

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA

**POLÍTICA DE SAÚDE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
MASCULINAS SOBRE O ADOECIMENTO POR CÂNCER E O
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**



Niterói-RJ
2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**POLÍTICA DE SAÚDE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
MASCULINAS SOBRE O ADOECIMENTO POR CÂNCER E O
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Política Social, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Política Social.

Doutoranda: Liana Dias Martins da Rocha

Orientador: Prof. Dr. João Bosco Hora Góis

Niterói-RJ
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE
DO CURSO DE DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

Aos três dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e quatro, às quatorze horas, realizou-se via *google meet*, na sala virtual com o link <https://meet.google.com/dzr-txeb-rub>, a sessão pública de defesa da tese intitulada “Política de saúde e representações sociais masculinas sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico”, apresentada por **LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA**. A comissão examinadora, aprovada pelo Colegiado do Programa, foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. João Bosco Hora Góis - UFF (orientador), Prof. Dr. Alberto Mesaque Martins - UFU (1º examinador), Prof.ª Dr.ª Leticia Batista da Silva – FIOCRUZ (2ª examinadora), Prof.ª Dr.ª Elaine Ferreira do Nascimento - FIOCRUZ (3ª examinadora) e Prof.ª Dr.ª Márcia Santana Tavares – UFBA (4ª examinadora). Após a apresentação da candidata, a Comissão Examinadora passou à arguição pública. A aluna foi considerada: (x) Aprovada () Reprovada.

E para constar do processo respectivo, a Comissão Examinadora elaborou a presente ata que vai assinada por todos os membros:

Joao Bosco Hora
Gois:40916979504

Assinado de forma digital por Joao Bosco Hora
Gois:40916979504
Dados: 2024.07.03 14:18:22 -0300

Prof. Dr. João Bosco Hora Góis - Orientador
Universidade Federal Fluminense

Documento assinado digitalmente
ALBERTO MESAQUE MARTINS
Data: 23/07/2024 12:27:54 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Alberto Mesaque Martins – 1º Examinador
Universidade Federal de Uberlândia

Documento assinado digitalmente
LETICIA BATISTA DA SILVA
Data: 23/07/2024 20:46:50 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.ª Dr.ª Leticia Batista da Silva – 2ª Examinadora
Fundação Oswaldo Cruz

Documento assinado digitalmente
ELAINE FERREIRA DO NASCIMENTO
Data: 23/07/2024 09:24:56 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.ª Dr.ª Elaine Ferreira do Nascimento – 3ª Examinadora
Fundação Oswaldo Cruz

Documento assinado digitalmente
MARCIA SANTANA TAVARES
Data: 23/07/2024 17:48:45 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.ª Dr.ª Márcia Santana Tavares – 4ª Examinadora
Universidade Federal da Bahia

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

R672p Rocha, Liana Dias Martins da
Política de saúde e as representações sociais masculinas
sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico /
Liana Dias Martins da Rocha. - 2024.
283 p.: il.

Orientador: João Bosco Hora Góis.
Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Escola de
Serviço Social, Niterói, 2024.

1. Representações Sociais. 2. Masculinidades. 3. Saúde dos
Homens. 4. Câncer. 5. Produção intelectual. I. Hora Góis,
João Bosco, orientador. II. Universidade Federal Fluminense.
Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD - XXX

AGRADECIMENTOS

Aos usuários em tratamento oncológico que cederam, generosamente, parte do seu tempo e aceitaram participar deste estudo, compartilhando suas memórias e experiências, mesmo em um momento tão delicado de suas vidas. Minha eterna gratidão!

À minha família, por me apoiar em todas as situações e me ajudar a superar os obstáculos da vida. Em especial à minha mãe, assistente social, de quem herdei a vocação pela profissão e ao meu marido e amigo, que mesmo diante das adversidades da vida, não economizou esforços para me incentivar nesta longa caminhada.

Ao meu orientador, Professor João Bosco Hora Góis, pelo apoio e cumplicidade nas várias etapas de elaboração desta pesquisa. Pela paciência, compreensão e dedicação ao longo de toda a caminhada para a concretização deste trabalho. Tenho muita admiração pelo seu conhecimento, minha enorme gratidão.

Aos Professores Marcos Nascimento, Letícia Batista e Márcia Tavares que aceitaram participar da banca de qualificação do projeto e contribuíram com importantes recomendações que serviram para o melhor direcionamento teórico e analítico da tese.

Às amigas e assistentes sociais, Jaqueline Pinheiro e Milena Martins, com quem dei meus primeiros passos nesta profissão e vivenciei incontáveis momentos de trocas, risadas e amadurecimentos.

Às assistentes sociais, colegas de trabalho do HCII/INCA, Debora Louzada, Isabel Huesca, Silvia Cristina e Ana Cláudia, que me apoiaram na conciliação do doutorado com a rotina do trabalho na assistência do hospital. Pelos momentos de troca, reflexão e pelas sugestões para a pesquisa.

À equipe do HCII/INCA, que de maneira direta ou indireta, contribuiu para que a pesquisa fosse possível.

Aos professores(as) e funcionários(as) do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFF, sempre empenhados em manter a qualidade do ensino e a estarem à disposição dos discentes para auxiliar no que for necessário.

E a todas essas e outras pessoas que possibilitaram ou potencializaram a realização deste trabalho, reitero meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

O câncer representa um grave problema de saúde pública e corresponde à segunda causa de óbito no mundo, com maior índice de mortalidade entre os homens. Consiste em uma doença crônico-degenerativa não transmissível, que afeta várias dimensões da vida humana e requer tratamento complexo e especializado. Apesar da importância dos fatores biológicos e hereditários na incidência de câncer na população masculina, é fundamental a compreensão acerca das categorias analíticas de gênero, geração, raça/etnia e classe social, que devem ser consideradas nos estudos em saúde por produzirem, de maneira articulada, desfechos diferenciados nas trajetórias de vida das pessoas. O objetivo deste estudo foi analisar as experiências e as representações sociais sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico de usuários do sexo masculino matriculados pela clínica do Tecido Ósseo e Conectivo (TOC), no Hospital do Câncer II (HCII), do Instituto Nacional do Câncer (INCA). A primeira etapa desta investigação consistiu na elaboração do perfil dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII, entre os anos de 2021 e 2022. Foram analisados o perfil de 288 usuários. Constatou-se que este grupo se caracterizava, majoritariamente, por homens idosos, brancos, com baixa escolaridade, inseridos em ocupações de baixa remuneração e valorização social. O tipo de câncer que mais acometeu e matou esta população foi o melanoma. A maior parte dos usuários chegaram até o HCII/INCA com o estadiamento avançado da doença e não obtiveram a cura para o câncer como o desfecho do tratamento oncológico. Na segunda etapa, foram realizadas 14 entrevistas com os usuários selecionados. Para categorização e análise dos dados qualitativos, utilizou-se técnica de análise hermenêutica-dialética. A partir da análise das entrevistas, foi possível reconhecer os elementos apontados como limitadores na busca pela atenção e cuidado à saúde por parte dos homens, a saber: a dimensão do trabalho remunerado, a construção social das masculinidades e a organização dos serviços de saúde na atenção primária. As narrativas dos usuários possibilitaram compreender o impacto que o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico proporcionaram na vida deles, repercutindo não só no corpo e na autoimagem, mas também, na dimensão familiar e social das relações e do mundo do trabalho, contrapondo à concepção de doença como processo biológico e individual.

Palavras-chaves: Representações Sociais; Masculinidades; Saúde dos Homens; Câncer.

ABSTRACT

Cancer represents a serious public health problem and is the second cause of death in the world, with a higher mortality rate among men. It consists of a non-communicable chronic degenerative disease, which affects several dimensions of human life and requires complex and specialized treatment. Despite the importance of biological and hereditary factors in the incidence of cancer in the male population, it is essential to understand the analytical categories of gender, generation, race/ethnicity and social class, which must be considered in health studies as they produce, in an articulated manner, different outcomes in people's life trajectories. The objective of this study was to analyze the experiences and social representations about cancer illness and oncological treatment of male users enrolled at the Bone and Connective Tissue (TOC) clinic, at the Cancer Hospital II (HCII), of the National Institute of Cancer (INCA). The first stage of this investigation consisted of preparing the profile of male users enrolled in TOC/HCII, between the years 2021 and 2022. The profiles of 288 users were analyzed. It was found that this group was mainly characterized by elderly, white men, with low education, working in low-paying and socially valued occupations. The type of cancer that most affected and killed this population was melanoma. Most users arrived at HCII/INCA with an advanced stage of the disease and did not obtain a cure for cancer as the outcome of the oncological treatment. In the second stage, 14 interviews were carried out with the selected users. For categorization and analysis of qualitative data, a hermeneutic-dialectic analysis technique was used. From the analysis of the interviews, it was possible to recognize the elements identified as limiting the search for health care and attention by men, namely: the dimension of paid work, the social construction of masculinities and the organization of health services in the primary attention. The users' narratives made it possible to understand the impact that illness due to cancer and oncological treatment had on their lives, affecting not only their body and self-image, but also the family and social dimension of relationships and the world of work, contrasting with conception of disease as a biological and individual process.

Keywords: Social Representations; Masculinities; Men's Health; Cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Quadro 1. Perfil da pesquisa bibliográfica | 73 |
| Quadro 2. Perfil Sociodemográfico | 160 |
| Quadro 3. Perfil Socioeconômico | 163 |
| Quadro 4. Perfil Clínico | 164 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | 128 |
| Tabela 2. Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII, INCA (2021-2022) | 135 |
| Tabela 3. Caracterização do diagnóstico clínico dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | 138 |
| Tabela 4. Caracterização do primeiro tratamento fornecido pelo INCA aos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | 142 |
| Tabela 5. Distribuição dos casos de câncer de acordo com as variáveis sociodemográficas e com o estadiamento do câncer entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | 143 |
| Tabela 6. Histórico de consumo de bebida alcoólica e tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | 144 |
| Tabela 7. Distribuição dos casos de câncer de acordo com as variáveis de consumo de álcool e tabaco associados ao estadiamento do câncer, entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | 145 |
| Tabela 8. Caracterização do tipo de câncer associado ao óbito dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | 147 |
| Tabela 9. Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII que foram à óbito por câncer (2021-2022) | 149 |
| Tabela 10. Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) que foram a óbito por câncer | 152 |
| Tabela 11. Histórico de consumo de bebida alcoólica e tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) que foram a óbito por câncer | 153 |
| Tabela 12. Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer | 154 |
| Tabela 13. Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer | 155 |
| Tabela 14. Histórico de consumo de bebida alcoólica e tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer | 156 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| Aids | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde Brasil |
| Cacon | Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CAPs | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CEBRAP | Centro Brasileiro de Análise e Planejamento |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CNCC | Campanha Nacional de Combate ao Câncer |
| CNRAC | Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade |
| CONPREV | Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, de Prevenção e Vigilância |
| CONTAPP | Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer |
| CQCT | Convenção Quadro para o Controle do Tabaco |
| Covid-19 | Novo Coronavírus 2019 |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública |
| ECOS | Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana |
| EUA | Estados Unidos da América |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz |
| Gema | Gênero e Masculinidades |
| Gesmap | Grupo de Estudos sobre Sexualidade Masculina e Paternidade |
| GM | Gabinete do Ministro |
| HCII | Hospital do Câncer II |
| HPV | Papilomavírus Humano |
| IAPs | Institutos de Aposentadorias e Pensões |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IFF | Instituto Fernandes Figueira |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| INPS | Instituto Nacional da Previdência Social |
| INSS | Instituto Nacional do Seguro Social |
| INTO | Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia |
| ISMH | International Society for Men's Health and Gender |
| IUPERJ | Instituto Universitário de Pesquisas do Estado do Rio de Janeiro |
| LGBT | Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros |
| MEDLINE | Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PBF | Programa Bolsa Família |
| PCD | Pessoa com Deficiência |
| PNAISH | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem |
| PNAO | Política Nacional de Atenção Oncológica |
| PNCT | Programa Nacional de Combate ao Tabagismo |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral à População Negra |

| | |
|----------|---|
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PNPCC | Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer |
| Pro-Onco | Programa de Oncologia |
| PSA | Antígeno Prostático Específico |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RBC | Revista Brasileira de Cancerologia |
| RHC | Registro Hospitalar de Câncer |
| SER | Sistema Estadual de Regulação |
| SNC | Serviço Nacional de Câncer |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCL | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TFD | Tratamento Fora de Domicílio |
| TRS | Teoria das Representações Sociais |
| TOC | Tecido Ósseo e Conectivo |
| UFPE | Universidade Federal de Pernambuco |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| Unacon | Unidades de Alta Complexidade em Oncologia |
| USP | Universidade de São Paulo |
| WHO | World International Health |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA PESQUISA | 24 |
| 1.1.1 Aspectos conceituais | 24 |
| 1.1.2 Aspectos operacionais | 36 |
| 1.2 CAPÍTULOS DA TESE | 44 |
| 2 PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE AS MASCULINIDADES, SAÚDE DO HOMEM E ONCOLOGIA | 46 |
| 2.1 CONTRIBUIÇÕES DO MOVIMENTO FEMINISTA PARA A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE GÊNERO | 47 |
| 2.2 ESTUDOS SOBRE OS HOMENS E AS MASCULINIDADES: ORIGEM E FORMULAÇÃO DO CONCEITO HEGEMÔNICO | 53 |
| 2.3 FORMAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE OS HOMENS E AS MASCULINIDADES NO CONTEXTO BRASILEIRO E LATINO-AMERICANO | 61 |
| 2.4 SAÚDE DO HOMEM, MASCULINIDADES E ONCOLOGIA: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CENÁRIO NACIONAL E INTERNACIONAL | 67 |
| 2.4.1 Análise dos estudos sobre as masculinidades e a saúde do homem em Oncologia | 69 |
| 2.4.2 Temas recorrentes e suas principais contribuições | 75 |
| 3 ADOECIMENTO POR CÂNCER E TRATAMENTO ONCOLÓGICO: POLÍTICA DE SAÚDE E AS MASCULINIDADES EM FOCO | 83 |
| 3.1 O CÂNCER NA AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE | 83 |
| 3.1.1 O câncer no Brasil | 92 |
| 3.1.2 De doença desconhecida a problema de saúde pública no Brasil | 95 |
| 3.2 CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL | 106 |
| 3.3 POLÍTICA DE SAÚDE ANTE AS ESPECIFICIDADES MASCULINAS NO ADOECIMENTO POR CÂNCER | 114 |
| 4 PERFIL DOS USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO MATRICULADOS NA CLÍNICA DO TECIDO ÓSSEO E CONECTIVO (2021-2022) | 127 |
| 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO | 127 |
| 4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO | 134 |
| 4.3 ADOECIMENTO POR CÂNCER ENTRE OS USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO DO TOC/HCII | 138 |
| 4.4 MORTALIDADE POR CÂNCER ENTRE OS USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO DO TOC/HCII | 146 |
| 4.5 USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO DO TOC/HCII SOBREVIVENTES AO CÂNCER | 153 |
| 5 EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS MASCULINAS SOBRE O ADOECIMENTO POR CÂNCER E O TRATAMENTO ONCOLÓGICO | 160 |
| 5.1 APRESENTAÇÃO DOS HOMENS ENTREVISTADOS PELO ESTUDO | 160 |
| 5.2 A RELAÇÃO DOS HOMENS COM OS CUIDADOS EM SAÚDE | 207 |
| 5.3 A FASE ANTERIOR AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER | 215 |
| 5.4 O ENCONTRO COM O ADOECIMENTO POR CÂNCER | 220 |
| 5.5 A VIVÊNCIA DO ADOECER E DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO | 229 |
| 6 CONCLUSÕES | 235 |
| REFERÊNCIAS | 240 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 257 |
| APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas | 260 |
| ANEXO I – Formulário de Avaliação Social - Serviço Social/Hospital do Câncer II | 262 |
| ANEXO II – Parecer Consubstanciado do CEP – Universidade Federal Fluminense | 264 |
| ANEXO III – Parecer Consubstanciado do CEP – Instituto Nacional do Câncer | 270 |

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática das masculinidades e da saúde do homem esteve presente ao longo da minha trajetória de formação acadêmica e profissional, enquanto assistente social. As desigualdades de gênero, percebidas e experimentadas no cotidiano das relações sociais, trouxeram inquietações que me motivaram, tanto pela busca do conhecimento como pela possibilidade de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Como discente de graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e como estagiária do Projeto Papo Cabeça¹, promovido pela Maternidade Escola da UFRJ, pude ensaiar as primeiras reflexões acerca das desigualdades de gênero, a partir da troca de conhecimentos promovida por este campo de estágio e pela academia. Dessa maneira, consegui desenvolver um olhar crítico para a configuração dos processos que atravessam e conformam a prática do cuidado em saúde, estabelecida de forma diferente e desigual para homens e mulheres.

À época, o objetivo do Projeto Papo Cabeça era sensibilizar a comunidade escolar para o cuidado da saúde sexual e reprodutiva, bem como para o exercício da maternidade e da paternidade corresponsável. Ao levar em consideração as atividades e os espaços de discussão mobilizados pela equipe multiprofissional do projeto, pude observar a pouca participação dos adolescentes do sexo masculino. De maneira geral, eram as adolescentes do sexo feminino quem participavam em maior número e de forma mais ativa nas dinâmicas de grupo e nos debates que envolviam a temática.

Os questionamentos advindos deste espaço de pesquisa, ensino e extensão universitária influenciaram minha escolha pela investigação sobre as percepções de pais adolescentes, alunos de escolas municipais da cidade do Rio de Janeiro, acerca da vivência da paternidade na adolescência e suas repercussões nessa fase da vida. Sendo assim, em 2006, elaborei o trabalho

¹ O Projeto Papo Cabeça foi criado em 1996, vinculado ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola da UFRJ. Tem como público-alvo os(as) alunos(as) compreendidos(as) na faixa etária de 12 a 19 anos que estejam cursando o ensino fundamental, nas escolas municipais da 7ª Coordenadoria Regional de Educação do Rio de Janeiro.

de conclusão de curso², que esteve vinculado ao Núcleo de Políticas Públicas, Indicadores e Identidades da UFRJ.

Após concluir a graduação, já como assistente social, continuei atuando por três anos consecutivos no Projeto Papo Cabeça. O exercício profissional e minha participação como discente, agora nos cursos de especialização e de mestrado, possibilitaram o amadurecimento e o entendimento mais profundo sobre a temática das masculinidades e da saúde do homem. Os estudos^{3,4} que elaborei naqueles cursos mostraram a necessidade de maiores investimentos em pesquisas, a fim de explorar a dimensão das masculinidades em suas singularidades e especificidades em saúde.

No desenrolar da minha trajetória profissional, surgiu, em 2015, uma nova forma de olhar para o universo das masculinidades e para o contexto da saúde do homem. Minha inserção como tecnologista⁵ e assistente social no Instituto Nacional do Câncer (INCA) permitiu estar mais próxima da complexidade das experiências - de ordem física, social, cultural e emocional - advindas do adoecimento por câncer⁶ e do tratamento oncológico da população assistida.

No INCA, o exercício profissional dos(das) assistentes sociais compreende as atividades de assistência aos(às) usuários(as) e seus(suas) respectivos(as) familiares, atendidos(as) nas enfermarias e/ou ambulatórios deste Instituto. Compete ao(a) assistente social o reconhecimento das condições sociais, a rede de suporte familiar, a condição socioeconômica e a situação ocupacional da população atendida. Este(a) profissional fornece orientações e

² ROCHA, L. D. M. **Paternidade na adolescência**: transformações significativas em busca da equidade de gênero. 2006. 129 f. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

³ ROCHA, L. D. M. **O cuidado da saúde sexual e reprodutiva no universo das masculinidades**: um olhar através do Projeto Papo Cabeça. 2011. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gênero e Sexualidade). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

⁴ ROCHA, L. D. M. **Saúde sexual e reprodutiva**: o que dizem os adolescentes do sexo masculino do Projeto Papo Cabeça? 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

⁵ A carreira profissional de Ciência e Tecnologia no âmbito do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações é segmentada em três níveis: Superior, Intermediário e Auxiliar. O Nível Superior compreende as carreiras de pesquisador, tecnologista e analista. Os tecnologistas em Ciência e Tecnologia atuam na elaboração de estudos, especificações, realização e execução de atividades de desenvolvimento e implementação de projetos afetos aos temas da unidade em que se encontra lotado.

⁶ Segundo a *World International Health* (WHO) (2020), o câncer é conhecido como uma doença caracterizada pela rápida multiplicação de células anormais pelo corpo, que se estendem além de seus limites usuais e podem invadir partes adjacentes ou se espalhar para outros órgãos, no processo chamado de metástase.

encaminhamentos, com o objetivo de viabilizar o acesso aos direitos sociais da população assistida e contribuir para a efetivação das políticas sociais.

A equipe de assistentes sociais do INCA ainda desenvolve atividades relacionadas ao ensino e à pesquisa, no âmbito do Serviço Social. Sendo assim, destaco a participação destes(as) profissionais nas atividades de docência, tutoria e preceptoria, vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia e nos Cursos de Aperfeiçoamento Profissional nos moldes *fellow*, promovidos por esta instituição.

No Hospital do Câncer II (HCII), unidade hospitalar na qual estou inserida na assistência ambulatorial aos(às) usuários(as) diagnosticados(as) com câncer, pude observar dois aspectos que foram fundamentais para o despertar da elaboração desta tese. O primeiro está relacionado à demora pela busca dos serviços de saúde por parte dos usuários do sexo masculino, após o aparecimento dos primeiros sintomas do adoecimento.

Pude constatar que a maior parte dos homens adentram ao serviço de atenção especializada em Oncologia com o estadiamento avançado da doença e com poucas possibilidades de cura, quando comparado às mulheres. O diagnóstico do câncer em sua fase inicial representa uma etapa fundamental para o aumento das possibilidades de tratamento e de cura da doença. De acordo com a WHO (2020), entre 30% e 50% dos cânceres podem ser prevenidos, diminuindo a exposição aos fatores de risco e implementando estratégias de prevenção à doença.

O segundo aspecto corresponde à fragilidade na rede de saúde pública em relação à cobertura das ações e à carência dos serviços na atenção básica. Durante os atendimentos, os usuários do sexo masculino reconheciam a demora pela busca do serviço de saúde que, ora era justificada pela descrença nos serviços oferecidos, ora pelas suas próprias fragilidades de ordem subjetiva, social e/ou econômica.

No que se refere ao aspecto econômico, despertou-me atenção a ênfase na preocupação com o trabalho remunerado e com o sustento da própria família. Para Medrado *et al* (2021), o trabalho remunerado é um aspecto fundamental para a vivência das masculinidades de diversos homens. A experiência de não estar empregado e a perda do lugar de provedor da família e do lar pode ter relação estreita com o afastamento de questões relacionadas ao processo saúde/doença/cuidado.

Somada a essas observações de natureza empírica, a escolha por investigar o tema do adoecimento por câncer e do tratamento oncológico entre os usuários do sexo masculino

consiste no fato de que a doença representa um grave problema de saúde pública e corresponde à segunda causa de óbito no mundo, com maior índice de mortalidade entre os homens. Além disso, o câncer é uma doença crônico-degenerativa não transmissível, que afeta várias dimensões da vida humana e requer tratamento complexo e especializado.

Para a WHO (2020), o número de novos casos de câncer deve saltar para 28,4 milhões em todo o mundo até 2040. O dado representa um aumento de 47% em comparação ao ano de 2020. Estima-se que uma em cada cinco pessoas desenvolverá a doença em algum momento da vida. Um a cada oito homens poderá ir a óbito em razão do adoecimento por câncer. Entre o público feminino, a taxa corresponde a um óbito para cada 11 mulheres acometidas pela doença.

De acordo com estatísticas mundiais, o câncer feminino de mama é o mais incidente (2,3 milhões de novos casos) e o câncer de pulmão é o mais frequente entre os homens (1,4 milhão de novos casos). No mundo, a maior causa de morte pela doença está relacionada ao câncer de pulmão, com 18% dos óbitos. Em seguida, destacam-se as mortes por câncer colorretal (9,4%), fígado (8,3%), estômago (7,7%) e mama entre as mulheres (6,9%). (WHO, 2020).

Segundo o *Global Cancer Observatory*⁷, em 2020 a taxa de incidência de todos os cânceres combinados foi 19% maior em homens (222 por 100 mil) do que em mulheres (186 por 100 mil). Em escala global, a diferença de gênero para mortalidade por câncer foi 43% maior para os homens, quando comparados às mulheres (120,8 e 84,2 por 100 mil, respectivamente). (WHO, 2020).

A estimativa do INCA (2022) para a incidência de câncer no Brasil aponta que, no período compreendido entre os anos de 2023 e 2025, ocorrerão 704 mil novos casos da doença no país, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. No Brasil, calculam-se 341.350 novos casos em homens e 362.730 em mulheres. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente no país, com 220 mil novos casos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos.

De acordo com o INCA (2022), os tipos de câncer mais frequentes entre os homens serão os de pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) novos casos; próstata, com 72 mil (21%);

⁷ O *Global Cancer Observatory* oferece uma ferramenta com diferentes formas de visualização de informações globais para examinar as estimativas nacionais sobre a incidência, mortalidade e prevalência de 27 tipos de câncer em 184 países.

cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Já entre as mulheres, serão os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4%); e tireoide, com 14 mil (3,9%).

No que se refere à distribuição por regiões geográficas do Brasil, é possível observar diferenças tanto na incidência como nos tipos de câncer que acometem a população. As regiões Sul e Sudeste do país concentram cerca de 70% da incidência de câncer. Para Roithmann (2022), parte da explicação se dá pela maior concentração de pessoas que habitam essas regiões, que corresponde a 57% da população do país. Outro motivo está relacionado à expectativa de vida, pois como há mais pessoas idosas nessas regiões há, também, maior número de casos de câncer.

Entre os homens, o câncer de próstata é predominante em todas as regiões do país, mas para as de maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁸, os de cólon e reto ocupam a segunda ou a terceira posição. Nas regiões com IDH menores, o câncer de estômago é o segundo ou o terceiro mais frequente. Entre as mulheres, o câncer de mama é o mais incidente e, nas regiões com maior IDH, os cânceres de cólon e reto são o segundo ou terceiro mais frequente. Nas regiões de menor IDH, o câncer de colo do útero segue na segunda posição (INCA, 2022).

O IDH revela não só as desigualdades regionais, mas, também, a ausência de políticas públicas que impactam diretamente na qualidade de vida das pessoas, bem como no acesso aos serviços públicos de educação, renda, trabalho e saúde. Silva *et al* (2022), com o objetivo de analisarem a realização de exames de rastreamento e diagnóstico para o câncer de colo do útero entre as mulheres, bem como o atraso para o início do tratamento, constataram que as regiões Norte e Nordeste detêm os piores indicadores de escolaridade, pobreza e acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas regiões apresentaram elevados índices de morbidade e mortalidade por tipos de cânceres que são facilmente evitáveis, através da detecção precoce⁹.

⁸ Para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde.

⁹ A detecção precoce do câncer constitui-se de duas estratégias: a) rastreamento, que tem por objetivo encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões pré-cancerígenas por meio de exames de rotina em pessoas sem sinais e sintomas sugestivos do câncer; b) diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença (WHO, 2020).

No que se refere à população masculina, o Brasil é o campeão mundial na incidência e na mortalidade por câncer de pênis¹⁰. A doença é mais comum nas regiões Norte e Nordeste, representando 2% de todos os tipos de câncer que atingem os homens (INCA, 2022). Apesar da pequena porcentagem, chama atenção a associação do câncer de pênis entre as regiões do país com baixo IDH. Correlacionados às precárias condições socioeconômicas da população masculina - como por exemplo, a falta de acesso à água potável e ao saneamento básico -, muitos casos estão associados à má higiene do órgão genital e à infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). Como agravante dessa situação, os homens procuram o serviço de saúde com a doença avançada e, muitas vezes, a proposta de tratamento é a amputação radical do pênis. Os especialistas afirmam que nos dois primeiros anos, ainda que apresente uma evolução lenta, o câncer de pênis pode levar os homens a óbito.

Os dados nacionais e internacionais assinalam que, de maneira geral, os homens estão em maior risco de desenvolver e morrer de câncer quando comparados às mulheres. Os indicadores do Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil (2020)¹¹ constataram que, apesar do número previsto de novos casos de câncer ser maior entre as mulheres, são os homens que morrem em maior número por causa da doença (121.686 óbitos em homens e 110.344 em mulheres).

O Perfil da Morbimortalidade da População Masculina no Brasil (2018) afirma que, no período compreendido entre os anos de 2009 e 2014, as taxas de morbidade e mortalidade entre os homens estiveram associadas às causas externas (acidentes e violências que provocam algum tipo de lesão, seja física ou psíquica), às doenças do aparelho circulatório e ao câncer (neoplasias), representando as três principais causas de óbito nesta população.

¹⁰ Em fevereiro de 2024, o Ministério da Saúde assinou a Nota Técnica nº 05/2024, contendo orientações sobre a prevenção e o cuidado integral focado no câncer de pênis no Brasil. Este documento estabelece algumas recomendações para os profissionais de saúde na orientação junto à população e, também, recomendações aos gestores estaduais e municipais de saúde. Entre elas, cabe destacar o fortalecimento de ações educativas e de comunicação em saúde direcionadas à população masculina sobre a higiene correta dos órgãos genitais, uso de preservativos, autocuidado em saúde e prevenção dos cânceres mais prevalentes e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

¹¹ O Atlas de Mortalidade produz, a partir das informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, indicadores para a mortalidade por câncer em formato de tabelas, gráficos e mapas. Atua na colaboração e na disseminação das informações sobre mortalidade por câncer, contribuindo para o monitoramento, planejamento e gestão. Permite, ainda, o melhor delineamento de ações para o controle do câncer no Brasil.

De acordo com o INCA (2022), o aumento da incidência e da mortalidade por câncer é justificado, em parte, pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, bem como pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco¹² de câncer, especialmente aqueles associados ao desenvolvimento socioeconômico. A maior parte da incidência de câncer (cerca de 80%) está relacionada à exposição de fatores de risco de natureza ambiental (causas externas), como o tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares e sexuais¹³, uso de medicamentos, inatividade física, fatores ocupacionais e exposição à radiação. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. Já as causas internas estão relacionadas aos fatores genéticos pré-determinados e à (in)capacidade de defesa do organismo aos agentes externos.

A transição demográfica representa outro aspecto relevante na discussão que envolve o aumento da incidência e da mortalidade por câncer na população mundial. Constata-se, cada vez mais, uma significativa redução nas taxas de fertilidade e um conseqüente aumento na proporção de pessoas idosas¹⁴. O envelhecimento representa uma fase da vida de maior risco para a incidência e para a mortalidade por câncer, pois impacta em aspectos relacionados à diminuição de mobilidade, recreação, dieta e maior exposição a fatores de risco (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Além das demográficas, as transições epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (Ferlay *et al*, 2015). Esse impacto afeta, sobretudo, os países em desenvolvimento, especialmente pelo maior número de mortes prematuras, que ocorrem antes dos 70 anos de idade.

Para Araújo (2012), desde a Revolução Industrial (século XVIII) até os tempos atuais, os países industrializados observaram uma mudança significativa no perfil epidemiológico, marcada pela progressiva diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e pelo aumento das

¹² O termo *risco* é usado para definir a chance de uma pessoa saudável, exposta a determinados fatores ambientais ou hereditários, desenvolver uma doença.

¹³ Como exemplo, pode-se mencionar a contaminação através do HPV. Entre os 12 tipos de HPV considerados oncogênicos, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero. Já o HPV do tipo 6 e 11, encontrados em 90% dos condilomas genitais e papilomas laríngeos, são considerados não oncogênicos.

¹⁴ No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - 2023) aponta que uma pessoa nascida no ano de 2022 possui a esperança de viver, em média, até os 75,5 anos de idade. Para os homens, essa expectativa é de 72,2 anos e, para as mulheres, de 79,3 anos. No entanto, de acordo com o IBGE, o indicador apresentou uma queda em comparação ao ano de 2019 (expectativa de vida de 76,2 anos), devido ao aumento do número de mortes relacionadas à pandemia causada pelo novo coronavírus 2019 (Covid-19).

doenças crônico-degenerativas. Já nos países em desenvolvimento, essas transformações se deram de maneira diferente, pois persistiram as elevadas taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, ao mesmo tempo que foi verificado o aumento das taxas de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas.

A partir da década de 1990, o Brasil passa a apresentar um perfil epidemiológico marcado pela existência de altas taxas de mortalidade e morbidade por doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer; que coexistem com elevadas taxas de incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Além disso, é marcante o elevado número de mortalidade, quando comparado aos países desenvolvidos e a outros países da América Latina (Araújo, 2012).

Diante da importância epidemiológica do câncer no Brasil, bem como da sua magnitude como problema de saúde pública, em 2013 instituiu-se a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)¹⁵, na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 874, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

O objetivo dessa política é a redução da mortalidade e da incapacidade causada por essa doença e, ainda, a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A PNPCC é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de assistência à saúde da população, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁶. Em consonância com a Portaria nº 4.279, do

¹⁵ Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, tendo como foco de atuação a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. Através da Portaria nº 2.439/05, o Ministério da Saúde propôs a implementação da política em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da gestão pública e a articulação entre as secretarias estaduais e municipais de Saúde. A Portaria foi revogada pela Portaria nº 874, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, em 16 de maio de 2013 (Brasil, 2013).

¹⁶ A RAS foi pensada como estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde. Busca superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde. Procura aperfeiçoar o funcionamento político e institucional do SUS, a fim de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência. Promove a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Além disso, incrementa o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, a PNPCC é implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (Brasil, 2010).

De acordo com Ministério da Saúde, no que se refere ao adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como no caso do câncer, o risco de morte na população masculina é de 40% a 50% maior quando comparado às mulheres (Brasil, 2020). Ante o elevado índice de mortalidade por câncer entre a população masculina no Brasil, ressalto o importante papel da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), elaborada através da Portaria nº 1.994, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009 (Brasil, 2009).

A PNAISH possui como objetivo a construção de estratégias que contribuam para a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade masculina. Além disso, busca cooperar para a qualificação da saúde dos homens na perspectiva de linhas de cuidado, que resguardem a integralidade da atenção. A atuação dessa política é voltada para o público masculino compreendido na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade e, entre outras propostas, procura priorizar o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, detecção precoce e o controle do câncer (Brasil, 2009).

Tendo em vista o crescimento do número de novos casos de câncer entre a população masculina e a dificuldade de mobilização desse público para as ações de prevenção e diagnóstico precoce, a PNAISH incentiva a construção de um novo olhar que busca compreender os aspectos simbólicos, socioculturais e organizacionais que interferem na maneira como os homens exercitam o cuidado com a saúde. No entanto, o desenvolvimento de ações voltadas para o público masculino ainda é um grande desafio para os trabalhadores da saúde, sobretudo no que se refere à necessidade de maior compreensão sobre os aspectos que atravessam as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oncológico¹⁷.

¹⁷ A escolha do tipo de tratamento oncológico está relacionada ao tipo de câncer e ao seu estadiamento. O tratamento do câncer tem diferentes objetivos, como: a) a cura para eliminar a doença; b) o tratamento primário a fim de remover completamente o câncer em área específica do corpo, através de tratamento cirúrgico e/ou sessões de radioterapia; c) o tratamento adjuvante para eliminar células tumorais que possam permanecer após o tratamento primário; d) o tratamento neoadjuvante realizado antes de uma cirurgia, que envolve radioterapia e/ou quimioterapia, para diminuir o tamanho do tumor e facilitar a cirurgia; e) o tratamento paliativo, para o alívio de sinais e sintomas causados pela doença, visando melhorar a qualidade de vida do paciente sem proposta de cura.

Apesar da importância dos fatores biológicos e hereditários na incidência de câncer na população masculina, considero fundamental a compreensão acerca das categorias analíticas de gênero, geração, raça/etnia e classe social, que devem ser consideradas nos estudos em saúde por produzirem, de maneira articulada, desfechos diferenciados nas trajetórias de vida das pessoas. De acordo com Couto, Schraiber e Ayres (2009), recentemente tem-se aprofundado as discussões sobre o dinamismo e a complexidade das articulações entre gênero, raça/etnia, classe social e geração, bem como os efeitos que as desigualdades produzidas, a partir da conjugação dessas categorias, trazem para as condições gerais de vida e saúde das populações.

Tendo isso em mente, esta tese possui duas hipóteses de investigação. A primeira está relacionada ao fato de que para produzir mudanças no contexto atual do quadro de saúde do homem, faz-se necessária a consolidação de uma assistência especializada em saúde que conheça os sujeitos alvos de sua atenção. Apesar do entendimento sobre a unidade do debate acerca do significado da opressão, exploração e luta de classes - que incidem sobre todos os gêneros -, existem particularidades e diferenças que precisam ser melhor exploradas, através da compreensão da dimensão subjetiva dos sujeitos sociais pertencentes ao sexo masculino.

A segunda hipótese argumenta que as desigualdades de gênero, geração, raça/etnia, classe social, entre outras vivenciadas pelos homens, interferem diretamente na maneira pela qual este segmento da sociedade se relaciona com os cuidados em saúde. As precárias condições de vida, as instáveis relações trabalhistas, a ausência ou a precarização dos vínculos previdenciários no mundo do trabalho, entre outros aspectos, configuram limites para a prevenção, diagnóstico e tratamento oncológico de tal segmento.

Orientada por essas hipóteses, esta tese possui como objetivo central analisar as experiências e as representações sociais sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico de usuários do sexo masculino, matriculados pela clínica do Tecido Ósseo e Conectivo (TOC), no Hospital do Câncer II (HCII), do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Para isso, procurei analisar o perfil socioeconômico e sociodemográfico dos usuários do sexo masculino; identificar os dados sobre o diagnóstico da doença e a proposta de tratamento; conhecer a relação destes usuários com os cuidados em saúde; e compreender a influência dos marcadores sociais nas vivências e nas representações sociais do adoecimento por câncer e do tratamento oncológico.

Este estudo consiste no esforço de contribuir para o debate sobre as masculinidades e a saúde do homem na Oncologia, especialmente em dois aspectos. O primeiro está associado à

demanda pela maior produção científica com enfoque nas especificidades do público masculino. Para Martins *et al* (2012), na literatura acadêmica e científica brasileira ainda persiste uma grande quantidade de estudos centrados no adoecimento das mulheres e das crianças com câncer, revelando, assim, a deficiência de investigações neste campo de estudo.

Ao colocar o foco de atenção na criança e na mulher, são atualizadas as diferenças e as desigualdades de gênero construídas e organizadas nos serviços de saúde. A conformação desses serviços, historicamente estruturados para atender mulheres e crianças, implica em dificuldades para o público masculino buscar assistência para suas próprias necessidades em saúde (Schraiber *et al*, 2010).

O segundo aspecto está relacionado à importância da elaboração de estudos qualitativos no campo da Oncologia que abordem a dimensão dos valores, dos significados, das experiências e dos aspectos subjetivos de pessoas que atravessam o processo de adoecimento por câncer e o tratamento oncológico. Segundo Rey (2010), as pesquisas desenvolvidas na área da saúde são, na maioria das vezes, de natureza quantitativa, do tipo epidemiológica ou clínica, voltadas para a investigação sobre a causa e o efeito das doenças na população humana. Para o autor, isso se deve ao fato de que as ciências da saúde estão apoiadas no modelo biomédico tradicional, que prioriza a dimensão patológica da doença e não considera a importância dos aspectos subjetivos, sociais e culturais dos processos de adoecimento.

A partir da relação entre teoria e prática, esta investigação poderá possibilitar ao Serviço Social do HCII a construção de estratégias de intervenção que possam potencializar e melhorar a qualidade de vida dos usuários do sexo masculino, sobretudo por ser uma doença estigmatizada e relacionada à ideia de finitude iminente. Além disso, o estudo poderá oferecer importantes subsídios à formulação de políticas de saúde e de prevenção ao câncer, na medida que promove um olhar plural e crítico à tentativa de reduzir as diversas masculinidades a uma categoria que torna os homens homogêneos, diante de suas necessidades em saúde.

1.1 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA PESQUISA

1.1.1 Aspectos conceituais

Do ponto de vista teórico-conceitual, esta tese articula-se com a metodologia feminista, que considera a atividade de pesquisa, bem como todos os seus critérios epistêmicos, enquanto relação social e, também, como uma relação de poder. Essa metodologia propõe analisar as relações de poder que permeiam a produção do conhecimento, considerando a busca de justiça social como principal tema de investigação.

A pesquisa feminista busca romper com hierarquias, dicotomias, binarismos e com narrativas formuladas com base no que é tido como *bom*, muitas vezes ancoradas em métricas masculinas (Rago, 1998). Por isso, esse modo de fazer pesquisa é, assumidamente, uma prática que busca o conhecimento interessado, comprometido e que fala, sobretudo, a partir de um determinado lugar social. Nesse sentido, ao desenvolver este estudo busquei utilizar a narrativa na primeira pessoa do singular, a fim de assumir uma postura crítica e dar maior ênfase a uma ciência que reconhece as mulheres como agentes e produtoras de conhecimento no discurso científico, onde tradicionalmente ocupam o lugar de objeto.

As contribuições da epistemologia feminista, através de sua origem, repercussão e problematização, apresentam-se como uma ferramenta importante na reflexão sobre o processo de formação das masculinidades. Essas contribuições se caracterizam por considerar como as posições referentes ao gênero podem influenciar as concepções de conhecimento, as pesquisas e produções científicas. Dessa forma, o conhecimento não representa um simples estudo apolítico da verdade, ao contrário, manifesta a reprodução das relações de poder de gênero e raciais, entre outras que definem tanto o que conta como verdadeiro, como quem tem a credibilidade para enunciar a verdade.

A epistemologia feminista surgiu como um campo de pesquisa da epistemologia social, preocupado em investigar o papel do gênero nas diversas atividades epistêmicas. Parte do princípio de que há preconceito de gênero infiltrado nas mais variadas áreas do conhecimento humano, assim sendo, uma de suas funções seria torná-los evidentes e questionar tais preconceitos. Não há interesse no estabelecimento de um conjunto de conceitos teórico-

metodológicos assentados, estáveis, mais ou menos indiscutíveis e aceitos por todos. Pelo contrário, na epistemologia feminista a ideia é operar com categorias analíticas instáveis e se movimentar em meio a um campo teórico que está em construção contínua e aceita a crítica como parte dessa construção (Louro, 1998).

A partir dos estudos feministas, a experiência das mulheres se tornou uma nova fonte teórica e empírica para as investigações científicas. A definição do que se constituiria como um problema a ser explicado ou respondido pelas Ciências Sociais deixava de estar restrita ao universo masculino dominante. Assim, era observado que os problemas tinham uma origem interessada e que *um problema é sempre um problema para alguém* (Harding, 1987, p. 7).

Na epistemologia feminista, alguns aspectos são relevantes em razão de suas implicações para as pesquisas sobre os homens e as masculinidades, ou seja, aqueles que se referem à relação entre o sujeito, conceitos, realidade e as concepções dominantes sobre esta relação de investigação. Entre eles, destaco a objetividade e o chamado processo de objetivação da realidade social; a suposta relação transparente e referencial entre a linguagem e a realidade; a existência de um ponto de visão neutro; de uma separação entre o assunto e a realidade; e a centralidade do sujeito na razão, como garantia da relação objetiva do sujeito com a realidade.

A partir de uma análise epistemológica desses aspectos, torna-se fundamental que as investigações sobre os homens e as masculinidades, na perspectiva de gênero, não deixem de contribuir para aquilo que o feminismo tanto tem criticado, ou seja, a incompreensão da existência do corpo de conhecimento feminista e a reprodução de uma epistemologia que tende a excluir e/ou prejudicar as mulheres.

Sendo assim, ao falar das masculinidades, busquei me distanciar da concepção de neutralidade científica e essencialista, ancorada na caracterização biológica ou corporal, bem como de uma concepção totalizante que assume, baseada na experiência, o masculino ou os homens como categoria unívoca e homogênea. Os estudos androcêntricos e coloniais, assentados na concepção de masculinidades como investigação sobre homens, sustentam o caráter retrógrado desse campo de estudo em relação aos estudos de gênero, feministas e *queer*. Ao passo que os estudos feministas e de gênero servem a um sistema de relacionamentos múltiplos e polimórficos, os estudos sobre as masculinidades se preocupam com uma categoria superficial e não aprofundam o conhecimento, a fim de compreender as diversas masculinidades que coexistem na sociedade.

Através deste estudo, pretendo o distanciamento do olhar masculinista¹⁸, compreendendo a dimensão das subjetividades e práticas de gênero como uma condição necessária para a produção de conhecimento, que contribui para a transformação das relações sociais de poder. A construção da epistemologia feminista é fundamental no enfrentamento de questões epistemológicas mais gerais, tanto para compreender a importância de repensar os fundamentos científicos que sustentam o homem como sujeito universal, quanto para pensar a relação necessária entre os estudos de masculinidades e os estudos feministas. Por meio desse movimento, a mudança de perspectivas éticas e políticas sobre a produção de subjetividades e a transformação das práticas conservadoras é uma condição essencial para uma nova produção de conhecimento, que tenha como objetivo contribuir para as transformações das relações sociais e de poder.

A importância do estudo sobre as masculinidades e saúde, desenvolvido por uma mulher a partir da epistemologia feminista, sugere um olhar sobre o objeto que visa romper com a lógica do binarismo, da opressão de gênero, da oposição entre masculinidade e feminilidade e da associação entre masculinidades e homens. Assim sendo, a investigação sobre o universo das masculinidades necessita considerar os homens na relação entre si e na relação com as diversas possibilidades de identidades de gênero existentes na realidade social.

Associada à epistemologia feminista, acolhi a ideia de que, para o entendimento sobre como o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico são experimentados e representados por usuários do sexo masculino assistidos pelo HCII, seria necessário me aproximar dos estudos sobre as representações sociais, por meio da teoria das representações sociais (TRS). A relação saúde/doença/cuidado envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, ambientais, culturais e sociais da condição humana e da atribuição de significados. Além disso, a saúde e a doença retratam uma relação que atravessa o corpo individual e social, representando fenômenos clínicos e sociais que são vividos culturalmente.

A TRS possui como principal teórico o psicólogo social Serge Moscovici, que desenvolveu a obra intitulada *La Psychanalyse, son image, son public*, publicada na França, em 1961. Nessa obra, traduzida para a língua portuguesa no ano de 2012, o autor afirma que as

¹⁸ Termo relacionado à superioridade masculina e ao androcentrismo. Porém, não se refere apenas ao privilégio dos homens, mas à forma com a qual as experiências masculinas são consideradas como experiências de todos os seres humanos e tidas como uma norma universal, tanto para homens quanto para mulheres, sem dar o reconhecimento completo e igualitário à sabedoria e experiência feminina.

representações sociais consistem em uma *modalidade de conhecimento particular, tendo a função de elaboração dos comportamentos e da comunicação entre os indivíduos* (Moscovici, 2012, p. 27).

As representações sociais operam como um elo social entre a comunicação e as representações da vida cotidiana. Por meio da interação entre os indivíduos, existe a necessidade de dar nomes/significados e tornar concreto/familiar algo que ainda é desconhecido. Nesse processo, é considerado o saber do senso comum, que se diferencia do conhecimento científico, entretanto, consiste em um objeto de estudo que é fundamental para a construção e interações sociais. Assim, as representações sociais pertencentes à esfera do senso comum podem ser analisadas como ciência, pois tudo que é percebido pelos indivíduos são respostas aos estímulos do ambiente onde eles convivem.

Pela necessidade de comportamento, informação, domínio físico e intelectual do mundo, os seres humanos criam as representações sociais. Enquanto saber prático do senso comum, as representações permitem aos atores sociais a possibilidade de adquirir conhecimentos e integrá-los ao contexto compreensível, em coerência com o seu funcionamento cognitivo e com os valores aos quais eles aderem. Por outro lado, as representações sociais facilitam e são condição necessária à comunicação social (Moscovici, 2011).

De acordo com Rocha (2014), essa teoria foi impulsionada pela necessidade de se construir uma Psicologia Social que superasse a dicotomia entre indivíduo e sociedade. De qualquer forma, a variedade de seus conceitos e o amplo uso a que pode ser submetida tornaram a TRS uma importante criação não somente para a Psicologia, mas também para outras áreas do conhecimento.

Através do conceito de *representações coletivas* de Durkheim (1987), Moscovici (1978) elaborou as condições para que a matriz da TRS se decompusesse em outras correntes teóricas. A substituição do termo *coletivas* por *sociais* marcou a principal diferença entre esses autores. Para Durkheim (1987), as representações coletivas, por terem características de fato social, assim como as instituições e as estruturas, eram consideradas como elementos exteriores ao indivíduo e exerciam coerção sobre as consciências individuais. Já a teoria de Moscovici (1978), partiu da premissa de que não *há um corte dado entre o universo exterior e o universo do indivíduo (ou do grupo)*, chamando atenção para a inter-relação entre sujeito e não-sujeito, e sujeito e outro sujeito (Moscovici, 1978, p. 48).

O fundamento do argumento acima foi, de um lado, o estabelecimento de fraturas existentes nas *forças coletivas* e, de outro, a maneira pela qual essas fraturas impactavam diversamente o cotidiano de grupos e indivíduos. Assim sendo, enquanto a teoria de Durkheim (1987) era mais apropriada para o contexto de sociedades menos complexas, a de Moscovici (2012) seria mais adequada para as sociedades modernas, que possuíssem a marca do pluralismo e da dinâmica econômica, política e cultural.

Ao propor mudanças quanto ao estatuto da objetividade e da busca da verdade, Moscovici (2012) pressupõe uma tentativa de ruptura com as vertentes clássicas das teorias psicológicas, apresentando a TRS como alternativa para pesquisadores e teóricos. Para o autor, sujeito e objeto não são funcionalmente distintos, visto que formam um conjunto indissociável. Isso quer dizer que um objeto não existe por si mesmo, mas apenas em relação a um sujeito social (indivíduo/grupo).

Nesse sentido, os sujeitos constroem e reconstróem o objeto em seus sistemas cognitivos, de modo a adequá-los aos seus sistemas de valores, os quais, por sua vez, dependem de suas histórias e do contexto social e ideológico que estão inseridos. Tal representação reestrutura a realidade para permitir a integração das características do objeto, das experiências anteriores do sujeito e das normas e valores do grupo.

Moscovici (2011) afirma que as representações sociais não são criadas por um indivíduo de maneira isolada. Portanto, é preciso buscar na realidade social o processo pelo qual essa representação se torna familiar para um determinado grupo. Em outras palavras, é preciso compreender como se desenvolvem os processos de *ancoragem* e de *objetivação*, tais como definidos por este autor.

Ancoragem – Esse é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. [...] Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa (Moscovici, 2011, p. 61).

No que se refere ao processo de objetivação, o autor sinaliza que consiste em *descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem* (Moscovici, 2011, p. 71). Sendo assim, as noções abstratas são transformadas em algo concreto, visível, materializando-se na palavra.

Para Minayo (2013) a ancoragem e a objetivação consistem em dois processos cognitivos, que atuam na formação das representações sociais pelos indivíduos e/ou grupos. A

autora afirma que, como mediação, as representações sociais possuem linguagem e se manifestam por palavras, sentimentos e condutas, institucionalizam-se e podem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais.

A partir dos conceitos fundamentais de objetivação e de ancoragem é que o conhecimento do senso comum pode ser identificado e apreendido nas diversas relações sociais. Para tanto, os instrumentos metodológicos eleitos para estudar determinados fenômenos podem ser adequados mediante a escolha da abordagem que melhor se adequar ao estudo específico.

A TRS deu origem a outras abordagens, sendo que cada uma delas trouxe um aporte particular para o desenvolvimento da grande teoria. Jodelet (2001) sistematizou, reforçou e divulgou as concepções originais de Moscovici, liderando uma abordagem cultural das representações sociais. Outras abordagens, igualmente importantes, se formaram em torno da TRS, a saber: a abordagem societal, liderada por Doise (2002); e a abordagem estrutural, também conhecida como a Escola do Midi, liderada por Abric (1998).

Ao considerar as diferentes abordagens no campo da pesquisa social, Queiroz (2000) aponta que a ênfase do conceito de representação social, dependendo do prisma teórico adotado, se desloca de um âmbito objetivo e estrutural para um âmbito em que predomina a subjetividade. O estudo das representações sociais passa pela reconstrução do intersubjetivo, concomitante com a trajetória da produção e reprodução de um texto socialmente constituído e com determinada permanência e pertinência, ou seja, lugar da negociação e da coexistência dos autores.

De acordo com Gomes, Mendonça e Pontes (2002), é no campo da saúde coletiva que se observa cada vez mais o desenvolvimento de estudos sobre as representações da doença e da saúde. O estudo das representações sociais tem sido objeto de reflexão e utilizado como referencial teórico nesse campo. Embora a TRS seja amplamente utilizada na pesquisa social em saúde, tanto o conceito como seu uso carecem de problematizações.

Ao discutir a problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença, Herzlich (2005) afirma que o principal limite da noção de representação social reside na generalidade do nível de análise que ela constitui. De fato, o principal problema de qualquer teoria em Ciências Humanas é, justamente, generalizar a partir de observações locais. Nesse sentido, essa discussão é tão ou mais importante quando se sabe que os estudos empíricos no campo da TRS apresentam alguma incapacidade de passar da micro à macro análise. Sendo assim, como alternativa, Herzlich (2005) propõe indicar de que modo essas representações

estão enraizadas na dinâmica social e histórica da realidade, ao passo que contribuem para sua construção social.

A outra crítica, articulada ao campo da saúde e apontada na TRS, está relacionada à determinação das representações sobre as práticas. De acordo com Alves e Rabelo (1998), essa divisão se relaciona a outras dicotomias já conhecidas como ação/estrutura, subjetividade/objetividade, indivíduo/sociedade. Com a finalidade de transpor a ideia de representações como sistemas fechados que determinam as práticas, os autores sugerem o deslocamento da doença como fato ou dado empírico para o curso da doença como experiência.

Assim sendo, para a elaboração desta tese, utilizei a perspectiva da doença, enquanto um processo experienciado pelos sujeitos sociais, como um recurso metodológico para a compreensão das representações sociais masculinas sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico. A experiência da doença é entendida como a *forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação* (Alves; Rabelo, 1999, p.171).

A doença age como fator de ruptura de um fluxo cotidiano, fazendo com que a pessoa acometida pela doença, bem como seus familiares, necessite de uma nova reorganização das suas atividades rotineiras. Assim, *as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores* (Alves; Rabelo, 1999, p.171).

Ferreira *et al* (2014) afirmam que estudiosos das áreas de Sociologia, Psicologia e Antropologia Médica cunharam o termo *experiência da enfermidade* para tentar abarcar essas considerações, discutindo a noção de saúde e doença como fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais.

Como categoria analítica utilizada neste estudo, a experiência da enfermidade é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. Assim sendo, a enfermidade, portanto, não é apenas um estado de sofrimento, mas também uma realidade social.

O câncer configura uma patologia de grande impacto, seja em razão do tratamento realizado a longo prazo, seja por conta das alterações nas rotinas do trabalho remunerado e/ou doméstico. Nesse contexto, a historicidade aparece como elemento importante para o entendimento da experiência da enfermidade, a qual se faz refletir acerca das concepções trazidas pelos sujeitos sociais, sendo fatores significativos para a produção do cuidado de forma

especializada. Além das questões relacionadas aos aspectos emocionais, as pessoas acometidas pela doença tendem a lidar com o enfrentamento das experiências no corpo físico, causadas pelo tratamento doloroso e invasivo.

Para compreender o processo de adoecimento, é necessário vinculá-lo a uma experiência. Afinal, é por meio das impressões produzidas pelo mal-estar físico e/ou psíquico que os sujeitos se consideram doentes. Em princípio, não é possível considerar uma pessoa como doente sem que seja revelada a experiência de que *algo não vai bem* (Alves, 1993, p. 268).

No entanto, nem toda alteração, disfunção orgânica ou psíquica desperta a experiência de mal-estar nas pessoas. Os processos patológicos podem estar presentes no corpo sem que se tenha consciência deles. As perturbações fisiológicas, tomadas em si mesmas, constituem o objeto da investigação biomédica. Apenas quando transformadas em sintomas, em impressões sensíveis, é que a doença se torna uma enfermidade.

Para que a *matéria bruta* das impressões sensíveis seja organizada, é necessário que ela seja *apreendida*, isto é, fundamentada pela *tomada de consciência* de uma condição (Alves, 1993, p.269). Tomar consciência de uma dada situação é organizar um somatório de fatos em algo compreensível e, portanto, repleto de significados. Assim sendo, a percepção sobre se sentir mal está intrinsecamente acompanhada de uma compreensão do seu significado.

A consciência não constitui seus objetos isoladamente pela autonomia da interioridade subjetiva, mas a partir de processos interpretativos adquiridos na vivência e na experiência das relações sociais. A enfermidade é, de forma subjetiva, constituída de sentido, na medida em que é afirmada como real para os membros da sociedade. Ademais, é real porque é originada no mundo do senso comum (Alves, 1993).

Nesse sentido, parto do princípio de que todo significado adquire lógica para as pessoas porque é vivido e legitimado social e culturalmente. Sendo assim, o desenvolvimento de ações especializadas em saúde pode contemplar, ao mesmo tempo, as dimensões social e individual do processo de adoecimento, reproduzidas nas representações sociais e presentes nas experiências individuais dos sujeitos.

Gomes, Mendonça e Pontes (2002) apontam alguns princípios para a complementaridade entre os polos representacionais e o das vivências e/ou experiências em análises sobre o processo de adoecimento. Esses autores sugerem princípios para articular a experiência da doença e seu contexto de produção material e simbólica, através de uma releitura

da descrição que os sujeitos fazem, em suas narrativas, sobre a sua posição em face da doença, em específico, e do mundo, em geral. Ainda sugerem a articulação do experienciado e o expectado da doença, presente no dia a dia dos sujeitos.

A partir das inferências, Gomes, Mendonça e Pontes (2002) propõem interpretar os sentidos subjacentes ao que os sujeitos representam e vivenciam, a fim de se chegar à compreensão das regras constitutivas das particularidades inerentes à doença, do ponto de vista das práticas sociais cotidianas. Dessa maneira, torna-se possível trazer subsídios para a elaboração de políticas e ações em saúde que possam contemplar os sujeitos para os quais estas se direcionam.

Ao adotar a perspectiva da TRS como parte integrante da metodologia desta tese, identifiquei a necessidade de uma leitura aprofundada sobre as masculinidades e a saúde do homem, percebidas em seu caráter interseccional. A TRS considera que o lugar de onde se fala é primordial para compreender a lógica do discurso. Dessa maneira, penso que para compreender as experiências e as representações sociais masculinas, vivenciadas pelo adoecimento por câncer e pelo tratamento oncológico, torna-se fundamental reconhecer os diferentes marcadores sociais.

Os marcadores sociais da diferença são um campo de estudo das Ciências Sociais que tenta explicar como são constituídas socialmente as desigualdades e as hierarquias entre as pessoas (Hollanda, 2019). Nesse sentido, compreendo que elementos, como por exemplo, raça/etnia, gênero, classe social, geração, entre outros que conformam a realidade social, produzem impacto na forma como os homens e as mulheres acessam os direitos e as oportunidades.

No campo do conhecimento relacionado às políticas e às ações em saúde, a interseccionalidade representa uma importante ferramenta de análise, que possibilita a compreensão sobre como os marcadores sociais, entre eles a desigualdade e o racismo estrutural, estão diretamente relacionados aos altos índices de agravos em saúde e mortalidade, especialmente entre os homens negros e pobres.

Nos primeiros anos do século XXI, a perspectiva interseccional passou a ser amplamente adotada por acadêmicos e acadêmicas, militantes de políticas públicas, profissionais e ativistas em diversos locais. Collins e Bilge (2020) definem o principal entendimento da interseccionalidade, a saber:

[...] em determinada sociedade, em determinado período, as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero, por exemplo, não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes. De fato, essas categorias se sobrepõem e funcionam de maneira unificada. Além disso, apesar de geralmente invisíveis, essas relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social (Collins, P. H; Bilge, S; 2020, p. 17).

O termo interseccionalidade foi cunhado pela jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw (1989) para apresentar as várias maneiras pelas quais raça/etnia e gênero interagem para moldar determinadas experiências. O objetivo da autora foi ilustrar que muitas dessas experiências não estavam categorizadas somente sob os aspectos de discriminação racial e/ou de gênero, mas que a intersecção entre sistemas de opressão, como racismo e sexismo, influenciava as experiências de vida e privilégios em tal proporção que não se poderia capturar os marcadores sociais de maneira isolada.

De acordo com Crenshaw (2002), a interseccionalidade é uma conceituação metafórica, onde vários eixos de poder (raça/etnia, gênero, classe social, entre outros) constituem avenidas que estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos. Para a autora, é através dessas vias que a dinâmica do poder se movimenta, criando intersecções complexas. A fim de exemplificar essa analogia, Crenshaw (2002) utiliza o racismo e a opressão de classe como vias definidas, por vezes distintas e mutuamente excludentes, mas que frequentemente se cruzam e se sobrepõem por duas ou mais vezes.

A associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata a forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw, 2002, p. 117).

Apesar do debate sobre seu significado, e até se é a escolha teórica mais apropriada, a interseccionalidade é um conceito consagrado, utilizado como ferramenta analítica quando se observa a necessidade de estruturas melhores para lidar com os problemas sociais. Consiste em uma abordagem teórica e metodológica que viabiliza a compreensão das desigualdades e propõe ações políticas para combatê-las. Além disso, potencializa a investigação sobre a temática relacionada às discussões de gênero, masculinidades e saúde do homem.

Cabe justificar que, neste estudo, optei pelo uso do conceito de interseccionalidade, porque considero as categorias de raça/etnia, classe social, gênero e geração como aspectos que implicam na forma pela qual os homens experienciam e representam o processo de adoecimento por câncer e o tratamento oncológico. Trata-se de uma escolha epistemológica e política, entre os saberes dominantes do Ocidente e os saberes periféricos.

As disputas que cercam o conceito de interseccionalidade são políticas e envolvem dimensões complexas. De acordo com Kergoat (2010), os teóricos da interseccionalidade refletem em termos de categorias e não de relações sociais, privilegiando uma ou outra, sem historicizá-las. Nesse sentido, o conceito de consubstancialidade surge com o objetivo de suprir a demanda por uma categoria de análise, que articulasse as relações sociais de sexo e de classe.

O conceito de consubstancialidade surgiu na década de 1970, desenvolvido pela socióloga feminista francesa Danièle Kergoat. Esteve vinculado à vertente do feminismo materialista francófono, influenciado pelo marxismo e pelo materialismo histórico. Seu campo de investigação se articula com a sociologia do trabalho e com o conceito de gênero, investigando questões como a divisão sexual do trabalho.

A crítica ao conceito de consubstancialidade está associada, por um lado, à disputa ao pioneirismo nas análises que entrecruzam gênero, classe e raça/etnia, ignorando uma discussão iniciada e empreendida por pensadoras negras. Por outro lado, embora com dissidências e apesar do descrédito promovido ao conceito de interseccionalidade, ele tem sido uma ferramenta indispensável para iluminar as perspectivas, antes ignoradas pelos debates feministas hegemônicos.

A interseccionalidade não é um fenômeno novo e não está circunscrita às nações da América do Norte e da Europa. De acordo com Collins e Bilge (2020), a interseccionalidade é usada frequentemente como ferramenta analítica, entretanto, não recebia essa denominação. Como exemplo, as autoras citam a ativista social *dalit*, Savitribai Phule (1831-1897), que desenvolveu um trabalho importante na Índia (século XIX), no qual enfrentou muitos eixos da divisão social (casta, gênero, religião, desvantagem econômica e de classe).

Collins e Bilge (2020) afirmam que, em vez de ver as pessoas como um bloco homogêneo e indiferenciado, a interseccionalidade fornece estrutura para explicar como categorias de raça/etnia, classe, gênero, idade, estatuto de cidadania e outras posicionam as pessoas de maneira diferente no mundo.

Por exemplo, as diferenças de renda que acompanham as práticas de contratação, segurança no trabalho, benefícios relativos à saúde e escalas salariais no mercado de trabalho não incidem da mesma maneira sobre os grupos sociais (Collins, P. H; Bilge, S; 2020, p. 35).

Destaco que as estruturas da interseccionalidade vão além da categoria de classe social e revelam como raça/etnia, gênero, sexualidade, geração, capacidade, cidadania, entre outras, relacionam-se de maneiras complexas e emaranhadas para produzir desigualdades. Nesse sentido, a análise interseccional permite iluminar os efeitos diferenciais das políticas públicas, na produção de desigualdades entre as pessoas.

A interseccionalidade, ao reconhecer que a desigualdade social raramente é causada por um único fator, adiciona camadas de complexidade aos entendimentos a respeito da desigualdade social. Usar a interseccionalidade como ferramenta analítica vai muito além de ver a desigualdade social através de lentes exclusivas de raça ou classe; em vez disso, entende-se a desigualdade social através das interações entre as várias categorias de poder (Collins, P. H; Bilge, S; 2020, p. 48).

Por meio da perspectiva interseccional, foi possível a construção de uma análise crítica aprofundada sobre as masculinidades e o contexto atual da saúde do homem, pois, ao incluir elementos como classe social, raça/etnia, geração, entre outros, tornou-se viável a identificação de várias desigualdades dentro de um único modelo de gênero. Nas investigações em saúde têm sido raros os estudos que se propõem a incorporar em suas análises a complexidade com que os fatores econômicos, geracionais, de gênero e de raça/etnia incidem nos corpos dos sujeitos e em suas experiências, o que tem gerado lacunas na produção do conhecimento.

Batista (2005), ao realizar um estudo com o objetivo de apontar as diferenças no perfil da mortalidade dos homens com enfoque nas desigualdades raciais, afirma que diversas pesquisas sobre as desigualdades sociais em saúde relacionam as condições sociais, econômicas e políticas de um grupo populacional/social ao perfil de saúde. O autor evidencia, ainda, que as pesquisas supõem que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. Além disso, apontam as desigualdades no perfil de saúde entre sexos, idade e diferentes segmentos de classe social, todavia, poucos associam especificamente a inserção social desqualificada e desvalorizada da população negra aos indicadores de saúde.

Oliveira *et al* (2020) afirmam que em investigações sobre a saúde dos homens negros no Brasil as questões de diversidade de pertencimento e reconhecimento de raça/etnia permanecem pouco exploradas, assim como são esparsas as discussões acerca das dinâmicas

das relações econômicas, sociais e comportamentais que esses homens estabelecem entre seus pares e com as mulheres.

Face ao exposto, considero que a utilização da abordagem interseccional propõe a elaboração de desenhos de pesquisa e modelos de análise capazes de compreender a multidimensionalidade dos marcadores sociais da diferença, em processos de iniquidades em saúde. Ademais, essa abordagem permite congrega a perspectiva da equidade e da justiça social, no que se refere aos estudos de gênero e saúde, visto que é percebida não como uma mera soma de marcadores, mas sim como uma articulação que produz experiências diferenciadas na realidade social.

1.1.2 Aspectos operacionais

Esta tese constitui uma pesquisa de natureza qualitativa, inserida no campo do conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas, voltada para a melhor compreensão das experiências e das representações sociais masculinas sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico. Para isso, procurei compreender as vivências, experiências, sentidos, crenças e representações com base na valorização da dimensão social e histórica dos sujeitos.

Nas Ciências Sociais, a investigação qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Não possui a finalidade de contar opiniões ou pessoas, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Minayo, 2021). Seu objetivo é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar.

Para entender os problemas sociais é necessário o conhecimento dos sujeitos que são diretamente afetados por eles. A abordagem qualitativa busca uma maior aproximação da realidade, sendo entendida como algo complexo, dinâmico, histórico e que tenta compreender a realidade que os números indicam, mas não revelam.

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto Nacional do Câncer (INCA), especificamente no Hospital do Câncer II (HCII). O local do estudo foi selecionado por se tratar de um centro de referência especializado no atendimento ao câncer no país e, também, pelo fácil acesso ao

campo, enquanto pesquisadora. Além disso, essa unidade hospitalar constitui um serviço público reconhecido pela qualidade de sua atuação em Oncologia.

Como centro de referência no tratamento especializado, o INCA adquiriu grande visibilidade por seus esforços dedicados ao controle do câncer. É uma instituição de Ciência e Tecnologia, conforme a Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993, cujos principais objetivos são a promoção e a realização da pesquisa e do desenvolvimento científico e tecnológico do país (Brasil, 1993).

O INCA constitui um órgão auxiliar do Ministério da Saúde, diretamente vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e ao Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), conforme Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde nº 140, de fevereiro de 2014 (Brasil, 2014). Atua em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce da doença, formação de profissionais especializados¹⁹, desenvolvimento de pesquisa, geração de informação epidemiológica e, ainda, coordena vários programas nacionais para o controle do câncer (INCA, 2019).

As unidades hospitalares do INCA integram o SUS e oferecem assistência ambulatorial e hospitalar aos usuários com câncer, domiciliados no Estado do Rio de Janeiro e, para alguns tipos de câncer, em outros Estados do país. Para ser paciente do INCA é necessário passar previamente por unidades de saúde de atenção básica (posto de saúde, clínica da família, ambulatório) e/ou de média complexidade (clínica especializada, hospital) do SUS, e ter recebido o diagnóstico de câncer.

Para as pessoas domiciliadas no estado do Rio de Janeiro, o encaminhamento ao INCA é realizado pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). Já para as pessoas que moram em outros estados, é feito pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). A solicitação de agendamento para pessoas do município do Rio de Janeiro no SER pode ser feita

¹⁹ Através de sua coordenação de ensino, o INCA promove cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu*, além de cursos técnicos, iniciação e aperfeiçoamento científico na área de pesquisa e ensino. São oferecidos cursos de Residência Médica, Residência Multiprofissional e em Física Médica, além de cursos de especialização, atualização e aperfeiçoamento profissional. Desde 2010, desenvolve o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, com o objetivo de especializar profissionais da área para atuar na prevenção e no controle do câncer, além de oferecer incentivos para assistência, ensino, pesquisa e gestão, em uma perspectiva interdisciplinar. A Residência Multiprofissional contempla profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Possui regime de dedicação exclusiva e duração de dois anos. Caracteriza-se como ensino de pós-graduação *lato sensu* e como ensino em serviço, sendo 20% da carga horária destinada às atividades teóricas e, 80%, às atividades teórico-práticas (INCA, 2019).

diretamente nas unidades básicas de saúde onde forem atendidas. Usuários(as) dos demais municípios do estado do Rio de Janeiro precisam procurar as secretarias de saúde das suas cidades para solicitar o agendamento. Os(as) usuários(as) de outros estados são encaminhados(as) pelas secretarias municipais de saúde e/ou secretarias estaduais de saúde para cadastro na CNRAC.

O INCA possui cinco unidades assistenciais²⁰, todas localizadas na cidade do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Essas unidades são classificadas como de alta complexidade, pois envolvem custos elevados e tecnologia de ponta. Entre as unidades assistenciais do INCA, o HCII, situado no bairro de Santo Cristo, região portuária da cidade do Rio de Janeiro, é a unidade de referência para o tratamento de câncer ginecológico e do TOC.

O HCII é a unidade hospitalar do INCA responsável pelo atendimento às pessoas em fase adulta, matriculadas nos serviços de Ginecologia e no TOC. Recebe pacientes para tratamento ambulatorial, internações e cirurgias. Sua infraestrutura possui dois edifícios: um prédio principal composto por sete andares, onde se localizam as unidades de internação (83 leitos); o centro cirúrgico; o centro de terapia intensiva; a unidade pós-operatória; a unidade diagnóstica, com os serviços de endoscopia; laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e centro de imagem; a direção da unidade hospitalar e os serviços de Ginecologia e Enfermagem.

No prédio anexo, construído mais recentemente, com três andares, estão localizados os ambulatórios de Ginecologia, do TOC e da Oncologia Clínica; a emergência; a central de quimioterapia; o arquivo médico e os demais serviços assistenciais, como Psicologia, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição e o Serviço Social. Durante o tratamento realizado no HCII, o(a) paciente conta com os serviços de uma equipe multiprofissional, formada por enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, médicos, psicólogos, farmacêuticos, entre outros profissionais.

²⁰ O Hospital do Câncer I atende crianças com diversos tipos de câncer e adultos com câncer nas regiões do aparelho digestivo, cabeça e pescoço, tórax, pele, além de prestar atendimento em neurocirurgia oncológica, urologia oncológica, hematologia oncológica, radioterapia e braquiterapia. O Hospital do Câncer II trata cânceres ginecológicos (útero, vulva, ovário e endométrio) e do TOC. O Hospital do Câncer III atende usuários com câncer de mama. O Hospital do Câncer IV é responsável pelo cuidado paliativo de usuários encaminhados pelas unidades do próprio Instituto e o Centro de Transplante de Medula Óssea realiza tratamento de doenças do sangue, como anemia aplástica, leucemia, linfomas e outras enfermidades com indicação de transplante de células-tronco hematopoéticas ou de medula óssea.

A clínica do TOC é responsável por prestar assistência cirúrgica e clínica às pessoas com câncer de pele²¹ e sarcomas²², localizados no tronco e nas extremidades do corpo, ou seja, tratamento oncológico de tumores malignos ósseos e/ou de partes moles. Os tumores do TOC são conhecidos como sarcomas de partes ósseas e sarcomas de partes moles, respectivamente, além das neoplasias de pele. A incidência do primeiro ocorre, em particular, na segunda década de vida, após períodos de maior crescimento ósseo, como o estirão na fase da adolescência. Já a incidência dos sarcomas de partes moles, menos frequente, ocorre a partir da sexta década de vida.

O público-alvo desta pesquisa consistiu nos usuários do sexo masculino, diagnosticados com câncer e matriculados na clínica do TOC/HCII, entre os anos de 2021 e 2022. A escolha do público-alvo esteve associada ao tema da investigação e, também, ao cotidiano profissional, de onde surgiram as demandas relacionadas ao adoecimento por câncer e ao tratamento oncológico nesta população.

A clínica do TOC/HCII representa um campo privilegiado de investigação, na medida em que se difere das demais especialidades médicas que, geralmente, destacam-se quando se trata de adoecimento por câncer na população masculina, como por exemplo, a Urologia. Sendo assim, a escolha pelos usuários do sexo masculino possibilitou a ampliação do tema deste estudo, numa perspectiva da integralidade do cuidado, sobre outros enfoques do adoecimento por câncer e do tratamento oncológico, para além daqueles associados aos significados de força, virilidade, sexualidade, impotência ou disfunção sexual.

No que se refere à saúde do homem, conforme estudo bibliográfico apresentado no próximo capítulo desta tese, pude verificar que nos últimos anos, grande parte das pesquisas desenvolvidas estiveram relacionadas ao adoecimento pelo câncer de próstata, com o enfoque na impotência e/ou disfunções sexuais por parte da população masculina. Em menor parte, apresentaram-se, os estudos associados ao câncer de cólon e reto. Entretanto, cabe destacar que, no mundo, o câncer que mais adoce os homens é o câncer de pulmão (INCA, 2022).

No primeiro momento da pesquisa, foi realizado o levantamento do número de homens matriculados na clínica do TOC/HCII, nos anos de 2021 e 2022, por meio das informações

²¹ Melanoma, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e tumores do anexo cutâneo.

²² Sarcomas de partes moles e sarcomas ósseos.

secundárias prestadas pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC)²³. O recorte temporal esteve relacionado à abordagem de usuários matriculados recentemente na unidade hospitalar e que, ao mesmo tempo, possuísem o estadiamento da doença e a proposta de tratamento oncológico definidos pela equipe médica.

Nessa fase, foi realizada a análise de 288 casos, equivalente ao número de homens com tumores do TOC/HCII, matriculados na instituição no período compreendido entre os anos de 2021 e 2022. Os dados coletados foram ordenados e classificados por meio do editor de planilhas do *Microsoft Excel 2013*. As variáveis analisadas estiveram relacionadas às características sociodemográficas (faixa etária, raça/etnia, grau de escolaridade, local de nascimento, local de residência e situação conjugal); socioeconômicas (profissão/ocupação) e clínicas (estadiamento da doença, tratamento oncológico, desfecho do tratamento e sobrevida).

No segundo momento da pesquisa, foram realizadas as entrevistas com os usuários do sexo masculino selecionados. Assim sendo, para a participação dos mesmos, foram observados os seguintes critérios de intencionalidade: pertencer ao sexo masculino; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter sido diagnosticado com câncer pela clínica do TOC/HCII; ter realizado tratamento cirúrgico ou clínico (quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e/ou hormonioterapia); ter realizado atendimento ambulatorial junto ao Serviço Social/HCII; possuir condições clínicas para a realização da entrevista e ter fornecido o seu consentimento expresso, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Já os critérios elegíveis para exclusão na pesquisa foram: usuários que não estivessem em condições psíquica, emocional ou cognitiva para responder as perguntas; usuários que não tivessem aderido ao tratamento oncológico proposto; e, usuários que não manifestassem o desejo de participar da pesquisa.

Como forma de identificar a realização do atendimento ambulatorial pela equipe de profissionais do Serviço Social/HCII junto aos usuários, busquei localizar o preenchimento do Formulário de Avaliação Social (Anexo I) em seus respectivos prontuários eletrônicos. O Formulário de Avaliação Social é um instrumento de trabalho do assistente social, no qual são identificados a situação socioeconômica, a organização familiar, o acesso aos direitos sociais e às políticas públicas, a composição familiar, as condições habitacionais, as principais demandas

²³ São centros de coleta, armazenamento, processamento e análise – de forma sistemática e contínua – de informações de usuários(as) atendidos(as) em uma unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de câncer. A informação produzida em um RHC permite o monitoramento da assistência prestada ao(à) usuário(a).

apresentadas pelos(as) usuários(as), entre outras informações importantes e que podem contribuir para o acompanhamento social do(a) usuário(a).

A partir da análise dos prontuários eletrônicos, baseada nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, pude elaborar uma relação de usuários elegíveis, ordenados pelo número de matrícula, para a participação dos mesmos na etapa das entrevistas. Dessa maneira, foram selecionados 14 usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII, no período compreendido entre os anos de 2021 e 2022.

A seleção destes informantes realizou-se de maneira intencional e dirigida, para contemplar a máxima heterogeneidade possível conforme os seguintes critérios de interesse: usuários com a doença em diferentes estadiamentos; com diferentes propostas de tratamento; de distintas faixas etárias; diferentes origens territoriais e étnico/raciais; e com diferentes condições socioeconômicas - baseadas nas seguintes variáveis: renda, escolaridade e ocupação.

No entanto, destaco que mesmo diante dos critérios de interesse estabelecidos pela pesquisa foi difícil atingir a heterogeneidade almejada na composição da amostra. A esta dificuldade atribuo as barreiras de acesso, que grande parte da população negra e transexual ainda encontra, na busca pela atenção especializada por meio do SUS. Além disso, ressalto as dificuldades institucionais, como por exemplo, as debilidades dos sistemas de registros hospitalares que são deficitários no que se refere a coleta e registro de informações sobre os(as) usuários(as) do SUS.

A etapa fundamental desta pesquisa consistiu na coleta de dados, por meio da realização de entrevistas. Este instrumento é entendido no sentido amplo da comunicação verbal e permite ao pesquisador explorar assuntos relacionados ao tema da pesquisa em profundidade, a partir de questões norteadoras. Assim sendo, o principal material de investigação é a fala, que possibilita a revelação de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos que transmitem por meio dos sujeitos a representação de um determinado grupo em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (Minayo, 2021).

Para esta finalidade, elaborei um roteiro prévio de entrevista, contendo perguntas abertas (Apêndice B). O entrevistado foi convidado a falar livremente sobre o tema da pesquisa e as perguntas, quando feitas, tiveram a finalidade de dar mais profundidade às reflexões. Cabe destacar que a entrevista consiste em uma conversa com objetivos delimitados, que surge por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa (Minayo, 2021).

Importante frisar, ainda, que os usuários do sexo masculino matriculados na clínica do TOC/HCI foram convidados a participar deste estudo por meio de contato telefônico. Neste primeiro contato, busquei esclarecer os objetivos da pesquisa, bem como seus riscos e benefícios. Os 14 homens selecionados para a pesquisa, aceitaram participar das entrevistas.

As entrevistas ocorreram mediante a assinatura do TCLE pelas partes envolvidas, nas dependências da instituição. Cada entrevista teve média de duração de 30 minutos. Os dados coletados foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos na íntegra para análise do conteúdo.

Além das entrevistas, também utilizei como técnica para a coleta de dados o instrumento de diário de campo. Nele, registrei minhas observações referentes às entrevistas realizadas, desenvolvimento da pesquisa, atitudes, fatos e demais fenômenos relevantes, percebidos na pesquisa de campo. Para Minayo (2014), o diário de campo consiste em um instrumento de pesquisa que:

[...] constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais (Minayo, 2014, p. 100).

No que se refere a análise dos dados, utilizei a técnica da hermenêutico-dialética, enquanto método de interpretação de sentidos. A articulação entre essas duas perspectivas me possibilitou desvendar o significado consensual sobre aquilo que se pretendia investigar e estabelecer uma crítica sobre as contradições dos significados e suas relações com o contexto histórico e social.

De acordo com Minayo (2014), diferente das técnicas de análise de conteúdo e da análise do discurso, que se colocam como uma tecnologia de interpretação de textos, a hermenêutico-dialética se apresenta como um caminho de pensamento, como uma via de encontro entre as Ciências Sociais e a Filosofia. Apresenta-se, também, como uma possibilidade de realização técnica em relação às comunicações referentes à área da saúde.

A hermenêutica consiste na teoria da interpretação do sentido. Representa uma categoria metodológica potente no movimento e na atitude de investigação. Possui como categorias filosóficas fundantes a liberdade, necessidade, força e consciência histórica. Além disso, atribui ao significado símbolo, intencionalidade e empatia às balizas do pensamento. A dialética, por

sua vez, está relacionada à articulação das ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, contradição, movimento e de transformação da natureza e da realidade social (Minayo, 2014).

A escolha pelo método da hermenêutico-dialética, enquanto caminho do pensamento, se deve à relação com o objeto de estudo histórico, que é, portanto, complexo e contraditório. A técnica de análise hermenêutico-dialética preserva, da hermenêutica, a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram em seus discursos. Além disso, articula, através da dialética, a percepção de tais sentidos face às contradições que lhes constituem e ao seu contexto social e histórico.

Para Minayo e Deslandes (2008), a hermenêutica é a disciplina que se ocupa da arte de compreender textos (biografia, narrativa, entrevista, documento, livro, artigo, entre outros). O traço essencial do compreender é o fato de que o sentido peculiar é sempre resultante do contexto, do todo. Por outro lado, a tarefa da hermenêutica se baseia na polaridade entre a familiaridade e a estranheza, buscando esclarecer as condições sob as quais surge a fala.

A hermenêutica e a dialética consideram fundamentais as condições históricas de qualquer pensamento e ambas partem do princípio de que não há observador imparcial. O pesquisador é parte da realidade que investiga e tanto a hermenêutica como a dialética questionam a capacidade do tecnicismo de compreender a realidade.

Na proposta dialética para análise de dados qualitativos, a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para ser melhor compreendida. Nesse método de análise não há consenso e nem ponto de chegada no processo do conhecimento, os resultados da pesquisa se constituem sempre numa aproximação da realidade.

Cabe destacar que este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF)/Ciências Humanas, como instituição proponente, por meio do parecer consubstanciado nº 6.172.375, de 10 de julho de 2023 (Anexo II) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (INCA), como instituição coparticipante, por meio do parecer consubstanciado nº 6.259.14, de 24 de agosto de 2023 (Anexo III).

Este estudo foi realizado respeitando os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466, de 2012 (Brasil, 2013), e na Resolução nº 510, de 2016 (Brasil, 2016), do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam, respectivamente, as normas aplicáveis às pesquisas envolvendo

seres humanos e às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Foram repassadas todas as informações sobre a pesquisa aos participantes envolvidos, bem como foram assegurados o sigilo e a confidencialidade de suas informações pessoais e o direito de desistir a qualquer momento. O TCLE foi aplicado individualmente, em local que garantisse a privacidade, e foi lido inteiramente, procurando dirimir todas as dúvidas.

1.2 CAPÍTULOS DA TESE

Esta tese está organizada e dividida em seis capítulos. O primeiro corresponde à seção introdutória, na qual busquei apresentar as principais motivações que me impulsionaram na construção desta pesquisa, o tema e o problema a ser investigado, bem como as hipóteses construídas e os objetivos do estudo. Além disso, procurei discorrer sobre as questões teórico-metodológicas que nortearam esta tese, bem como sobre a descrição dos procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados obtidos, através da pesquisa de campo.

No segundo capítulo, procurei situar a investigação sobre os homens e as masculinidades no interior dos estudos de gênero, assim como na construção relacional sobre as feminilidades e as masculinidades. A partir da reflexão sobre a produção diferenciada dos gêneros, busquei analisar como se estabelece o processo de formação das masculinidades e, além disso, procurei refletir sobre a influência da masculinidade hegemônica na relação dos homens com a saúde.

Para isso, realizei um resgate histórico e social referente à construção conceitual da categoria gênero, articulada às lutas do movimento feminista. Em seguida, desenvolvi uma breve reflexão sobre a origem dos estudos sobre os homens e as masculinidades, tendo como marco as iniciativas desenvolvidas nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa. Com a finalidade de situar o debate no contexto nacional, busquei identificar o surgimento desses estudos no Brasil, e compreender de que forma estabeleceram suas particularidades, guardada a relação com as lutas do movimento feminista.

Na segunda parte deste capítulo, foram apresentadas as principais tendências na construção do conhecimento relacionadas às temáticas da Oncologia, Masculinidades e Saúde

do Homem. Realizei uma pesquisa bibliográfica, por meio da perspectiva dos estudos de *estado da arte*, nas principais plataformas virtuais voltadas para a publicação de artigos científicos nacionais e internacionais.

O terceiro capítulo foi organizado com o intuito de promover o resgate histórico da trajetória do câncer, enquanto problema de saúde pública no Brasil. Para isso, visitei as principais políticas nacionais que envolvem a atenção em saúde para a população masculina e o tratamento oncológico no país. Dentre elas, destaco a PNAISH (2009), a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC - 2013) e a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN - 2017). Ao final deste capítulo, proponho uma reflexão crítica sobre como estas ações, considerando os aspectos de prevenção e controle do câncer, estão organizadas para atender a população masculina, considerando as suas especificidades e as suas distintas necessidades em saúde.

No quarto capítulo desta tese foram apresentados os dados do perfil socioeconômico e sociodemográfico dos usuários do sexo masculino matriculados na clínica do TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022. Além disso, busquei analisar o perfil clínico destes usuários com base nos dados sobre o diagnóstico, o tratamento proposto e o estadiamento da doença. Por fim, realizei uma breve comparação entre os usuários que foram a óbito e aqueles sobreviventes ao câncer, com o objetivo de analisar como se apresentaram os marcadores sociais nessa amostra da pesquisa.

O quinto capítulo se destina à análise e à discussão dos resultados da pesquisa, obtidos a partir da realização das entrevistas com 14 usuários do sexo masculino, que compuseram a amostra do estudo. Perseguindo os objetivos definidos na tese, procurei estabelecer um diálogo entre os resultados encontrados e o conteúdo exposto nos capítulos anteriores, no esforço de aprofundar e problematizar os aspectos fundamentais do tema.

As considerações finais do estudo foram construídas a fim de apresentar, de forma sucinta, como os objetivos foram respondidos pela pesquisa, a partir das informações coletadas pelo trabalho empírico e pela revisão da literatura. Destaco, ainda, alguns apontamentos sobre os avanços e os limites do estudo e as perspectivas para as investigações futuras referentes ao tema. Igualmente, procurei indicar algumas questões que, a partir das reflexões contidas nesta tese, podem contribuir para a produção de políticas e práticas institucionais direcionadas à atenção em saúde para homens que convivem com o câncer.

2 PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE AS MASCULINIDADES, SAÚDE DO HOMEM E ONCOLOGIA

Este capítulo tem como objetivo investigar a produção científica sobre as masculinidades, saúde do homem e Oncologia, a fim de evidenciar as lacunas e as dimensões abordadas ou privilegiadas relacionadas ao tema. As considerações apontadas pela literatura podem servir como ponto de partida para a realização de estudos sobre diferentes segmentos masculinos, assim como para o desenvolvimento de estratégias e ações de saúde.

Para isso, realizei o resgate histórico e social dos estudos sobre os homens e as masculinidades, considerando o marco das iniciativas desenvolvidas na Europa e nos EUA. Com a finalidade de situar o debate no contexto nacional, busquei identificar a origem dos estudos aqui realizados e compreender de que forma se estabeleceram suas particularidades. Além disso, procurei refletir sobre a relação dos estudos sobre os homens e as masculinidades com as lutas do movimento feminista.

Destaco que a compreensão sobre as masculinidades, adotada nesta investigação, está relacionada a um conjunto de experiências históricas que contribui e, também, se constitui na formação dos sujeitos sociais. São estas experiências que moldam, transformam e formam novas percepções sobre a realidade social, visto que possibilitam o deslocamento do olhar sobre os processos que naturalizam²⁴ as relações e as experiências de gênero para além da concepção do sujeito racional, unitário e universal.

Na perspectiva do *estado da arte*, desenvolvi uma pesquisa com artigos científicos nacionais e internacionais, cujos resultados são apresentados na última parte deste capítulo. Os artigos foram extraídos de bibliotecas virtuais, como a Biblioteca Virtual em Saúde Brasil

²⁴ Consiste no conjunto de convenções sociais que a partir das diferenças biológicas e sexuais entre homens e mulheres produz e transforma as atividades humanas, muitas das quais se cristalizam e são vistas como se fossem inerentes aos sujeitos.

(BVS)²⁵, a *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line – MEDLINE/PubMed*²⁶ (via *National Library of Medicine – EUA*) e o Portal *Web of Science*²⁷.

A pesquisa do *estado da arte* possui um caráter bibliográfico, descritivo e tem como objetivo mapear e discutir a produção acadêmica sobre um dado tema, em diferentes campos do conhecimento. Ademais, busca elucidar os aspectos e as dimensões que vêm sendo destacados em momentos e lugares distintos e de que forma e condições vêm sendo produzidos determinados estudos (Ferreira, 2002).

2.1 CONTRIBUIÇÕES DO MOVIMENTO FEMINISTA PARA A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE GÊNERO

O movimento feminista forneceu subsídios políticos e teóricos sobre a categoria gênero que possibilitaram a compreensão do processo de formação das masculinidades como uma forma de organização social hierárquica e desigual. O movimento político de defesa dos direitos iguais para homens e mulheres, tanto no plano normativo e jurídico quanto no plano das transformações culturais, ganhou força e se consolidou no Brasil, na década de 1970. Sua marca é, ainda hoje, a luta política que objetiva combater a posição de subalternidade e opressão das mulheres na sociedade.

²⁵ A BVS Brasil tem por objetivo a promoção do livre acesso às fontes de informação em saúde através da cooperação entre as instituições de saúde do Brasil, buscando a integração de suas redes temáticas. Congrega instituições e profissionais atuantes na área de informação em saúde para contribuir de forma voluntária e colaborativa, a fim de ampliar a representatividade e disseminação da informação e do conhecimento científico em saúde no país.

²⁶ *MEDLINE* é uma base de dados *on-line* de acesso gratuito para referências e resumos de revistas científicas da área Biomédica. São indexados, nesta base, aproximadamente 5.400 periódicos dos EUA e de mais 80 países. O *MEDLINE* é o principal componente do *PubMed* que, por sua vez, consiste em um recurso gratuito desenvolvido e mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA.

²⁷ O *Web of Science* (anteriormente, conhecido como *Web of Knowledge*) é uma página virtual que fornece acesso a vários bancos de dados para muitas disciplinas acadêmicas. Foi originalmente produzido pelo *Institute for Scientific Information*. Atualmente, é mantido pela *Clarivate Analytics*.

Feministas e acadêmicos(as) dividiram a história do movimento em três momentos distintos. A primeira onda²⁸ do movimento feminista se desenvolveu no Ocidente, no final do século XIX e início do século XX. De maneira mais global, tinha como objetivo a luta por direitos políticos (como poder votar e ser eleita) e por direitos sociais e econômicos (como o trabalho remunerado, o acesso à educação e à propriedade privada). Assim sendo, o movimento sufragista representou a primeira onda do movimento feminista, além disso, foi reconhecido como um importante marco na história das lutas pelos direitos das mulheres (Louro, 2008).

A segunda onda do movimento compreendeu o período entre as décadas de 1960 e 1980. Consistiu na luta pelo direito ao corpo, ao prazer e contra o patriarcado²⁹. Neste momento, o feminismo manteve o enfoque nas reflexões e construções teóricas para além das lutas políticas e sociais, elaborando e problematizando o conceito de gênero. Para as feministas, a raiz da opressão das mulheres estava no sistema de crenças e organização da sociedade em que os homens, enquanto categoria social, seriam os responsáveis por exercerem poder e dominação sobre todas as mulheres, explorando-as de diversas maneiras (Biroli, 2018).

Já a terceira onda do movimento feminista, iniciada na década de 1990, caracterizou-se por ser uma continuação e, ao mesmo tempo, uma reação às falhas anteriores do movimento. Foi a partir da perspectiva de gênero que o movimento feminista promoveu uma observação crítica sobre as desigualdades sociais, reivindicou a autonomia das mulheres sobre seus corpos e a igualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho.

A diversidade no campo dos estudos feministas compreende perspectivas e métodos heterogêneos e divergentes. Dessa forma, diferentes vertentes e conceitos sobre a hierarquização dos gêneros foram apresentados pelo movimento feminista, o que demonstrou a existência de posições distintas de interpretação no interior do próprio movimento. Nas últimas décadas, tem crescido, em suas produções, a interpelação das teorizações feministas a respeito das invisibilidades de determinadas opressões.

A questão de gênero e raça/etnia é outro aspecto que tem sido foco de tensão e rupturas no interior do movimento. No que se refere à produção do conhecimento, têm sido apontadas algumas fragilidades relacionadas a pouca centralidade da discussão racial, especialmente por

²⁸ A metáfora das ondas se consolidou como forma de nomear momentos de grande força e mobilização feminista.

²⁹ Representa um sistema complexo e heterogêneo, porém estruturado, combinado com um conjunto de padrões que resultam em desvantagens para as mulheres e permitem aos homens disporem do corpo, do tempo e da energia criativa destas (Biroli, 2018).

parte das feministas e mulheres negras, indígenas e periféricas. Elas apontam para o risco da produção hegemônica e branca, no campo dos estudos feministas, incorrerem na reprodução de histórias únicas, que acabam por invisibilizar outras experiências e pontos de vista (Adichie, 2012).

O conceito de gênero foi (re)formulado por diversos(as) estudiosos(as) interessados(as) no tema, ao longo dos anos e das lutas do movimento feminista. Sua importância, enquanto categoria de análise, consolidou-se na compreensão dos processos de formação das masculinidades e das feminilidades, bem como nas relações sociais desiguais entre homens e mulheres, que são estabelecidas nas diversas esferas da vida social.

Inicialmente, Simone de Beauvoir, considerada uma das maiores teóricas do feminismo moderno, expressou, por intermédio de sua obra *O Segundo Sexo*, a ideia básica do movimento feminista em seus primórdios. Através da frase: *Ninguém nasce mulher, torna-se mulher* (Beauvoir, 2016, p. 11), apontou para a importância do processo de desnaturalização do ser mulher e da eliminação de qualquer determinação vista como natural da conduta feminina, como por exemplo, a reprodução e a maternidade.

Ao desenvolver o conceito de gênero, Gayle Rubin, conhecida como antropóloga e feminista, buscou utilizar como referência o sistema sexo/gênero. Nesse sentido, estabeleceu como definição *um conjunto de disposições pelas quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e pelas quais se satisfazem essas necessidades humanas transformadas* (Rubin, 1986, p. 37).

Os sistemas sexo/gênero podem ser compreendidos como um agregado de práticas, símbolos, representações, normas e valores sociais elaborados a partir das diferenças entre os sexos e que vão dar sentido aos impulsos sexuais, à reprodução da espécie e ao relacionamento entre os sujeitos.

[...] postulou-se a ideia de sistemas de sexo-gênero com o intuito de demarcar os dois níveis diferenciais que a condição sexual comporta. O termo mantinha a referência direta ao dimorfismo sexual da espécie humana, ao mesmo tempo que salientava o plano da elaboração cultural de atribuição de significados a essa descontinuidade inscrita nos corpos (Heilborn; Sorj, 1999, p. 12).

A contribuição teórica de Butler (2003) permitiu o questionamento da divisão sexo/gênero como sendo uma espécie de pilar da política feminista, que parte da ideia de que o

sexo é natural e, o gênero, socialmente construído. Dessa forma, a autora procurou indicar que o sexo não é natural, mas, também, discursivo e cultural, assim como o gênero.

Para Butler (2003), [...] *talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma* (Butler, 2003, p. 25). Esta afirmação substituiria as noções unitárias de mulher e identidade genérica feminina por conceitos de identidades sociais que são plurais e de constituição complexa. A autora formulou críticas ao feminismo por considerar a mulher como sujeito universal formado pelo sexo (mulher), gênero (feminino) e desejo (heterossexual).

Dessa maneira, um dos desdobramentos desta autora seria o fortalecimento das teorias *queer*, dos movimentos de gays, lésbicas e transgêneros – travestis, transexuais, mulheres masculinizadas, dentre outros. O conceito de gênero é construído na prática, a partir da associação entre elementos completamente diversos, como por exemplo, o pertencimento racial ou étnico, a territorialidade, a classe social, a sexualidade, a geração, entre outros.

As ideias do historiador Thomas Laqueur (2001) são fundamentais para ajudar na compreensão sobre os conceitos de gênero e sexo como elementos culturais, que são construídos no interior das sociedades. Em seu livro intitulado *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud* (2001), analisou os conceitos relacionados à construção das diferenças sexuais.

Para Laqueur, a concepção dominante do século XVIII estava baseada no modelo de *sexo único*, onde o corpo do homem, com seus órgãos sexuais exteriorizados, representava a perfeição da anatomia humana. Já a mulher, com seus órgãos genitais interiorizados, representava o não desenvolvimento ou a não perfeição, a mulher era o homem invertido. Essa diferenciação dos corpos com relação aos órgãos genitais estaria associada a variações de recepção do calor durante o período de gestação.

Por meio desta análise, é possível compreender como os estudos desenvolvidos em anatomia reiteraram a ideia da supremacia do conhecimento androcêntrico, tendo o homem como modelo da estrutura do corpo humano e tratando a diferença sexual em termos de imperfeição. As representações anatômicas da época demonstravam como havia poucas ou tênues relações entre anatomia e sexo, sendo estas um conhecimento informado e conformado pela força das ideias e das convenções sociais de gênero e não pelos fatos da biologia.

Na atualidade, este modelo não explica a constituição e formação dos corpos masculinos e femininos. O posterior modelo de dois sexos e sua aceitação foi resultado não só de

descobertas científicas, mas também de um contexto social e político em que se procurava justificar uma suposta desigualdade entre homens e mulheres. Entre os séculos XVIII e XIX, encontra-se uma vasta produção de documentos médicos e jurídicos sinalizando as diferenças sexuais que determinavam o ser homem e o ser mulher. Especialmente a partir do surgimento da Ginecologia (século XIX), o corpo feminino passou a ser controlado, exposto e medicalizado, refletindo um discurso que reduzia a mulher à função sexual e reprodutiva.

O processo se deu de maneira distinta, tanto no campo da instituição de uma especialidade médica quanto na inclusão de discussões sobre a função sexual e reprodutiva, no que se refere ao controle dos corpos masculinos. Somente no final do século XX e início do século XXI, a temática sobre a saúde do homem foi incorporada em debates no campo da Medicina e da Saúde Pública. Assim, as políticas de saúde voltadas para a população masculina, a prevenção de doenças, a busca por serviços de saúde e a organização dos serviços foram – direta ou indiretamente – focalizando as especificidades dos homens e suas necessidades em saúde.

No desenrolar dos estudos feministas, a autora e feminista, Joan Scott, acrescentou ao movimento da década de 1990 o conceito de gênero baseado na dimensão relacional entre os homens e as mulheres. Neste ponto, a dimensão relacional não implica complementaridade, mas, sim, a assimetria de poder. A categoria gênero é conceituada a partir da conexão entre duas proposições, primeiramente, como elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; e, posteriormente, como forma primária de dar significado às relações de poder estabelecidas entre os sujeitos sociais (Scott, 1995).

Scott contribuiu para que diversos pesquisadores e pesquisadoras reconhecessem o valor das relações sociais estabelecidas a partir das diferenças percebidas entre os sexos. Além disso, demonstrou preocupação em discutir as relações entre os universos feminino e o masculino, a partir de uma ótica que fizesse com que estes não fossem vistos separadamente, mas nas relações de poder que estabelecem entre si.

Gênero é a organização social da diferença sexual. O que não significa que gênero reflita ou implemente diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres, mas, sim, que gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Esses significados variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e no tempo, já que nada no corpo [...] determina univocamente como a divisão social será estabelecida (Scott, 1995, p. 13).

A partir deste entendimento, o gênero não é apenas compreendido como uma distinção do sexo biológico, mas, também, como um processo de organização social construído através da relação entre os sujeitos sociais, vistos em suas subjetividades. Esta noção permite diversas maneiras de ser homem e mulher na sociedade, as quais extrapolam o limite das identidades físicas e fixas dos sexos.

Dessa maneira, o conceito de gênero vai além da percepção de características tidas como femininas ou masculinas e corresponde a um sistema de práticas sociais, que cria distinções entre os universos masculino e feminino, produzindo desigualdades e hierarquias de poder. Assim sendo, *gênero é um campo primeiro no interior do qual o poder é articulado* (Scott, 1995, p. 88).

Scott (1995) incorpora à discussão de gênero a crítica ao modelo binário e fixo de homem e de mulher no nível da política, das instituições e das organizações sociais. De acordo com a autora, o gênero constrói-se na multiplicidade de instituições, que não se limitam à família ou às relações de parentesco. Ou seja, ele é concebido, igualmente, na economia e na organização política, instâncias que operam de forma distinta e independente do parentesco.

A partir das considerações apontadas na literatura sobre o conceito de gênero, verifiquei a existência de um intenso debate teórico, político e social relacionados à temática. Pude constatar que a compreensão sobre este conceito, enquanto qualidade de ser homem e ser mulher, ocorre nos termos da cultura produzida e reproduzida na sociedade. Pensado a partir da perspectiva relacional, o conceito de gênero viabiliza a compreensão sobre as diferenças e as desigualdades em saúde não só de homens e de mulheres, mas, também, entre os homens e entre as mulheres.

Nesse sentido, ressalto que pensar sobre homens e masculinidades, em uma perspectiva feminista de gênero, ultrapassa leituras tradicionais sobre modos de socialização e de subjetivação masculina. Em suma, masculinidade e feminilidade não são associadas, respectivamente, a homens e mulheres, pois configuram metáforas de poder e de capacidade de ação e, como tal, podem ser acessadas independente de orientação sexual e identidade de gênero, embora com efeitos particularmente diferentes (Almeida, 1996).

Assim sendo, ao considerar a perspectiva dos estudos sobre os homens e as masculinidades, deparo-me com o desafio, posto nesta tese, da não reificação do conceito de homem universal, pois compreendo, sob essa rubrica, a existência de masculinidades distintas e com demandas por saúde bastante diferenciadas. Nessa perspectiva, busco compreender os

homens enquanto sujeitos que também possuem fragilidades em saúde, que podem adoecer e morrer, em contraponto à ideia natural e igualitária do exercício do poder social, como invariavelmente lhes é concebido.

Considero que, por meio desta reflexão, é possível compreender a maneira pela qual alguns homens constroem suas concepções sobre o cuidado e, assim, exercem diversas formas de se relacionarem com a própria saúde. Na construção da próxima seção deste capítulo, busquei investigar a origem dos estudos sobre os homens e as masculinidades. A partir desta investigação, procurei mostrar como a produção destes estudos compõem um cenário relevante e atual, uma vez que a maior parte da produção dos estudos de gênero foi elaborada para compreender as desigualdades sociais em saúde, com foco, especialmente, nas mulheres e nas crianças.

2.2 ESTUDOS SOBRE OS HOMENS E AS MASCULINIDADES: ORIGEM E FORMULAÇÃO DO CONCEITO HEGEMÔNICO

Nos EUA, a segunda onda do movimento feminista incentivou o desenvolvimento dos primeiros estudos sobre os homens e as masculinidades. Os movimentos gay e lésbico, ao provocarem novas reflexões sobre as identidades sexuais através de suas lutas por visibilidade e contra a discriminação, também foram fundamentais para o desdobramento desse processo. Assim, os estudos feministas forneceram a base dos chamados *men's studies*, tendo como marco a perspectiva de poder nas relações de gênero. Entretanto, como destaca Silva (2015), vale lembrar que os primeiros estudos anglo-saxões sobre os homens e as masculinidades ignoravam as relações de poder entre os sexos, logo, masculino e feminino eram compreendidos como sinônimos de diferenças inatas e eram, portanto, essencializadas.

Para o antropólogo Miguel Vale de Almeida (1996), os *men's studies*, inicialmente, assumiram uma posição revanchista em relação ao feminismo, com ênfase no processo de vitimização dos homens e invisibilidade dos homossexuais. Este revanchismo esteve associado ao silenciamento das relações de poder entre homens e mulheres e à manutenção dos privilégios oriundos da masculinidade. Além disso, os *men's studies* configuraram trabalhos produzidos por homens, sobre homens e para homens.

Os *men's studies* desenvolveram uma abordagem conservadora, vitimista e, até mesmo, antifeminista dos estudos sobre as masculinidades. Inicialmente, promoveram um debate que não reconhecia as contribuições do movimento das mulheres e os avanços teóricos oriundos de suas reflexões críticas. Sobretudo, não consideravam o feminismo como uma base teórica capaz de abarcar os fenômenos que envolvem o caráter múltiplo das feminilidades e das masculinidades (Arihla; Ridenti; Medrado, 1998).

A partir dos apontamentos de Silva (2015), é importante destacar que o movimento feminista contribuiu de forma significativa para o processo de desnaturalização da categoria homem, enquanto sujeito universal. Além disso, evidenciou as relações de poder entre os gêneros, ao mostrar que as subjetividades são decorrentes de processos históricos e não naturais.

Ao identificar a origem dos estudos sobre os homens e as masculinidades no século XX, Connell (2005) aponta para a existência de três projetos distintos – ou linhas de pensamento – nos quais se forjaram os elementos que podem constituir uma ciência que se debruce sobre as experiências das masculinidades. A saber: o conhecimento clínico, a Psicologia Social e as abordagens recentes das Ciências Sociais.

A primeira tentativa de explicar as construções das masculinidades se deu a partir do conhecimento clínico produzido pela Psicanálise (Connell, 2005). Sigmund Freud, médico e fundador da Psicanálise, identificou o momento de formação da masculinidade no Complexo de Édipo, definido como um conjunto de desejos que a criança sente em relação aos pais e que desempenha um importante papel na estruturação da personalidade e na orientação do desejo (Laplanche; Pontalis, 2001).

Segundo Connell (2005), a Psicologia Social inaugurou o segundo projeto de estudo com ênfase na divulgação da teoria dos papéis sexuais. O sociólogo estadunidense, Talcott Parsons, foi um dos primeiros a utilizar, em 1956, os papéis sexuais ao relacionar comportamentos e atitudes considerados como esperados para um indivíduo, conforme as normas sociais de gênero.

Quando se fala de gênero por meio da teoria dos papéis sexuais, nota-se a existência de um lugar-comum, de natureza uniforme, a todos os homens. Assim sendo, o gênero dos homens passa a ser compreendido como o *papel do sexo masculino* (Connell, 2005, p. 187), como um conjunto de atitudes e expectativas que definem uma masculinidade apropriada e legitimada.

Trata-se de um conceito que não nos permite ver as complexidades no interior da masculinidade e as múltiplas formas de masculinidade. Além disso, ele oferece

estratégias muito limitadas de mudança. Os pontos fracos da teoria do *papel sexual* são agora bastante claros e o conceito deveria ser dado como obsoleto (Connell, 2005, p.188).

Para Oliveira (2004), a teoria dos papéis sexuais seguiu uma tradição funcionalista e apresentou as possíveis disfunções do papel sexual masculino como consequência da ausência paterna e dos fardos da masculinidade, explicando, assim, as diferenças pelo prisma da inadequação. Qualquer comportamento desviante, em relação aos papéis sexuais, era considerado como resultado de uma falha no processo de socialização, sinalizando o caráter normativo e conservador dessa teoria.

A principal crítica à teoria dos papéis sexuais reside no fato de considerar os homens e as mulheres como *dois fixos, estáticos e recipientes de papéis mutuamente exclusivos* (Kimmel, 1986, p. 521). Esta teoria promove a noção de uma personalidade feminina ou masculina homogênea, que é fortemente contestada pela sociologia feminista, por desconsiderar as várias formas de feminilidade e masculinidade que as mulheres e os homens podem vivenciar.

Tal maneira de pensar as relações entre os sexos deixou forte marca na sociologia do gênero em, pelo menos, três aspectos. Primeiro, forneceu conceitos básicos, como papel sexual e *status*, através dos quais as diferenças entre homens e mulheres foram estudadas. Segundo, supriu os estudos de gênero com a hipótese de que as diferenças sexuais são mais centrais na instituição familiar do que em qualquer outra instituição social e que os arranjos de gênero funcionam primordialmente para assegurar a reprodução social. Finalmente, as análises sociológicas das relações de gênero, sustentadas no conceito de papéis sexuais, desafiaram as visões essencialistas da biologia e da psicologia sobre as identidades humanas, na medida em que facilitou o reconhecimento de que os indivíduos se constroem por intermédio da vida social (Heilborn; Sorj, 1999, p. 11).

Ao analisar os estudos sobre a relação das masculinidades com a saúde, desenvolvidos nos EUA, Courteney (2000) verificou que, a partir dos anos 1980, parte destes estudos passaram a incorporar uma nova terminologia, denominada *estudos sobre as masculinidades*, em substituição ao termo *estudos sobre os homens* ou *men's studie's*. Além disso, tanto na Epidemiologia como na Sociologia, observou-se que a teoria dos papéis sexuais foi dando lugar à teoria da construção social e relacional de gênero. A partir de então, constatou-se um avanço histórico e consistente relacionado à temática.

No século XX, o terceiro projeto de construção de uma ciência da masculinidade esteve articulado ao desenvolvimento das Ciências Sociais e Humanas, especialmente da História, da Antropologia e da Sociologia. As perspectivas teóricas que abordaram os homens como sujeitos

marcados pelo gênero entenderam a masculinidade não apenas como uma identidade pessoal, mas como uma configuração de gênero *profundamente intrínseca à história das instituições e das estruturas econômicas* (Connell, 2005, p. 29).

A Antropologia forneceu novos modelos de interpretação das masculinidades a partir das observações realizadas por meio do método etnográfico. Miguel Vale de Almeida (1996) buscou, por meio dessa técnica, compreender a reprodução da masculinidade hegemônica em uma aldeia, localizada na região Centro-Sul de Portugal. O objetivo foi responder se, em contextos de domínio da cultura oral, a masculinidade é mais resistente a transformações.

Miguel Vale de Almeida (1996) tinha como aporte a teoria crítica feminista e buscou situar o conceito das masculinidades no campo dos estudos de gênero. Observou que *a masculinidade hegemônica é um modelo cultural ideal, mas que a sua definição, aquisição e manutenção constitui um processo social frágil, vigiado e disputado* (Almeida, 1996, p. 163).

Na Sociologia, destaca-se a contribuição do debate sobre a dominação masculina, a qual se dá por meio da violência simbólica, caracterizada como:

[...] violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, [...] em última instância, do sentimento (Bourdieu, 2012, p. 7).

De acordo com Bourdieu (2012), a construção simbólica e opressora que se realiza sobre os corpos se espalha da divisão sexual do trabalho para todas as esferas da sociedade, imprimindo um fundamento aparentemente natural a uma visão androcêntrica do mundo. Essa ordem é interiorizada em certos *habitus*, conceito que descreve as disposições interiorizadas para geração de práticas e representações, no limiar entre a estrutura social e a relativa liberdade das condutas individuais. Sendo assim, a dominação simbólica se dá tanto na dimensão do pensamento como da ação, que organizam uma percepção sexuada do mundo e dos corpos.

O privilégio masculino também implica no dever do homem em estar, constantemente, reafirmando sua virilidade, definida como uma *capacidade reprodutiva, sexual e social, mas também como aptidão ao combate e ao exercício da violência* (Bourdieu, 2012, p. 64). A virilidade é interpretada como uma carga, já que *é esta que leva, paradoxalmente, ao investimento, obrigatório por vezes, em todos os jogos de violência masculinos, [...] e mais especialmente os que são mais adequados a produzir os signos visíveis da masculinidade* (Bourdieu, 2012, p. 65).

Destaco que as reflexões de Bourdieu foram alvo de críticas por parte de sociólogas e feministas, ao considerarem a dominação masculina como universal, ou seja, vivenciada igualmente em todas as culturas, e por não aderirem às contribuições dos estudos de gênero, temática esta já consolidada à época e de ampla discussão e teorização.

Os trabalhos de Raewyn Connell, socióloga australiana e referência contemporânea nos estudos sobre os homens e as masculinidades, também se situam na área do conhecimento da Sociologia. A partir dos seus estudos, a autora analisa o surgimento do modelo crítico aos elementos da teoria dos papéis sexuais e desenvolve a noção de *masculinidade hegemônica*. Assim, inaugura-se a ideia de que a masculinidade é uma manifestação histórica e não uma qualidade estática.

De acordo com Connell (2005), a definição de masculinidade hegemônica representa uma ordenação de prática que está associada à posição dos homens na estrutura das relações de poder entre os gêneros. Assim, este conceito busca caracterizar as masculinidades como experiências concretas, diferenciando-se dos papéis sexuais e de abordagens psicologizantes das identidades masculinas.

A masculinidade é uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Existe, normalmente, mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade. Em reconhecimento desse fato, tem-se tornado comum falar de *masculinidades* (Connell, 2005, p.188).

Connell e Messerschmidt (2013) compreendem as práticas como *coisas feitas, não apenas uma série de expectativas de papéis ou uma identidade* (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 245). O conceito de masculinidade hegemônica é associado a um conjunto de práticas de gênero que corporificam a resposta atualmente aceita para o problema da legitimação do patriarcado. Dessa maneira, entende-se que estaria assegurada a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres. Ainda que sustentada pela força, a hegemonia não é sinônimo de violência, mas, *ascendência alcançada através da cultura, das instituições e da persuasão* (Connell; Messerschmidt, 2013, p. 245).

No debate acerca das masculinidades, Connell (2005) argumenta que as masculinidades não são homogêneas, já que concentram desejos e condutas contraditórias entre as formas de masculinidade hegemônicas e subordinadas. Nesse sentido, identifica e analisa três categorias de masculinidades que estão em constante relação com a masculinidade hegemônica, a saber: as masculinidades cúmplices, as subordinadas e as marginalizadas.

As masculinidades cúmplices estariam associadas aos privilégios masculinos, pois poucos homens conseguem alcançar os padrões normativos da masculinidade hegemônica. Os homens que apresentam masculinidades cúmplices reconhecem que jamais participarão, integralmente, da esfera dominante. Nesse sentido, as masculinidades cúmplices são aquelas que sustentam privilégios, mas não ocupam os lugares privilegiados. Além disso, carregam a estrutura que esmaga as masculinidades subordinadas através das violências e das pressões sociais.

Já as masculinidades subordinadas, indicam as relações de dominância e de subordinação entre os grupos de homens e se manifestam na dominância cultural de uma masculinidade heteronormativa sobre as masculinidades gays e/ou sobre as masculinidades consideradas afeminadas. A homossexualidade, na ideologia patriarcal, é a junção de tudo o que não faz parte da masculinidade hegemônica e heteronormativa, ou seja, é a ligação com o feminino, com o que não é masculino. Dessa maneira, a subordinação se refere a relações internas para a ordem do gênero. A opressão localiza as masculinidades homossexuais na posição mais baixa da hierarquia de gênero entre os homens, de modo que a identidade gay *é o repositório de qualquer coisa que seja simbolicamente expelida da masculinidade hegemônica* (Connell, 2005, p. 78).

No contexto das associações entre os sujeitos e os marcadores sociais de diferenciação, como a raça/etnia e a classe social, surgem as masculinidades marginalizadas. No Brasil, bem como em grande parte do mundo, o exemplo de masculinidade hegemônica é o homem branco, de classe média e heterossexual. Qualquer homem que fuja a tal padrão estaria, automaticamente, fora dos limites da masculinidade hegemônica, ou seja, à margem da heteronormatividade e das estruturas sociais que definem a hegemonia local. Sendo assim, a marginalização é sempre relativa à autoridade hegemônica do grupo dominante.

O conceito relacionado à masculinidade hegemônica e às múltiplas masculinidades foi, progressivamente, utilizado como ferramenta de análise em pesquisas sobre as práticas em saúde e os comportamentos que envolvem riscos e danos para a população masculina. Esse conceito possui uma importância central para o desenvolvimento desta tese, visto que oferece elementos que possibilitam o entendimento das principais motivações que levam os homens à exposição ante situações de risco, como, também, das dificuldades enfrentadas para lidar com as próprias enfermidades e vulnerabilidades no campo da saúde.

A década de 1970 marcou o início do desenvolvimento dos estudos norte-americanos sobre os homens e as masculinidades na relação com os cuidados em saúde. De acordo com Schraiber *et al* (2005), o período traduziu a produção do pensamento influenciado pela teoria e política feminista, pressupondo que a masculinidade tradicional e conservadora produzia uma relação deficitária para os homens, especialmente em relação à saúde. Assim, ficaram evidentes as contradições entre a identidade masculina e as condições reais de vida dos homens – incluindo a alienação no trabalho, a burocracia política e militar, e a comercialização da sexualidade – revelando restrições e desvantagens de ser homem.

Os estudos sobre os homens e as masculinidades se consolidaram como um campo acadêmico entre as décadas de 1980 e 1990. Estiveram apoiados por uma série de conferências, publicações de livros e revistas acadêmicas e, rapidamente, expandiram a agenda de pesquisas nas Ciências Sociais e nas Ciências Humanas. A partir deste período, surgiram pesquisas sobre a saúde sexual e reprodutiva, bem como sobre os fatores de risco para a saúde masculina. Com isso, a temática sobre as masculinidades e a saúde do homem ganhou novas abordagens e procurou focalizar a saúde e a doença entre os diversos segmentos masculinos, por meio da perspectiva relacional de gênero.

As diferenças entre os gêneros – no que se refere à morbidade, mortalidade e expectativa de vida – seriam explicadas a partir de especificidades biológicas e genéticas de homens e mulheres; de diferenças e desigualdades sociais; distintas expectativas sociais de homens e mulheres; pela busca e uso de serviços de saúde por parte dos homens; e de cuidados de profissionais de saúde voltados, especialmente, para os homens (Moura; Gomes; Pereira, 2014).

No que se refere às discussões sobre as masculinidades e a saúde do homem, o salto de qualidade observado por Schraiber *et al* (2005) na década de 1990, esteve relacionado à associação destes estudos a outras temáticas, tais como: raça/etnia, orientação sexual, classe social, geração, religião, entre outras. A fim de compreender o processo de saúde/doença/cuidado, vivenciado pelas distintas expressões de masculinidades, essas discussões passaram a refletir sobre outros aspectos que poderiam interferir na relação dos homens com a saúde.

Ao considerar as múltiplas masculinidades existentes, Connell e Messerschmidt (2013) reconhecem o trabalho de feministas negras, marcado pela crítica aos preconceitos raciais – que ocorrem quando o poder é, unicamente, conceitualizado em termos de diferenças de sexo – permitindo o questionamento de concepções universalizantes das masculinidades. Sendo assim,

Patricia Williams, Michelle Wallace, bell hooks e Angela Davis, enquanto ativistas negras, denunciaram as dificuldades que os homens negros possuem ao corresponder às expectativas das masculinidades hegemônicas.

No contexto do debate entre gênero e outros marcadores sociais, Giffin (2005) atentou para o fato de que, embora os homens sejam beneficiados pelos dividendos do sistema patriarcal (obtendo salários maiores, representação política, riqueza empresarial, controle dos meios de violência, entre outros), grupos específicos de homens ganham muito pouco com ele. Como por exemplo, a autora cita os jovens de classe operária, acometidos pelo desemprego, bem como os diversos grupos de homens que sofrem, junto às mulheres, pela manutenção de uma ordem de gênero desigual. Ainda, destaca que os homens gays também são alvos do preconceito e da violência. Os homens com deficiências são constantemente humilhados; já os homens negros sofrem de níveis mais altos de violência letal em comparação aos homens brancos.

Gomes e Nascimento (2006) observaram na primeira publicação da WHO, intitulada *Boys in the picture (2000)*, a presença de uma abordagem específica para os homens nas ações de saúde. Para os autores, as principais causas da mortalidade entre a população masculina relacionam-se com suas formas de socialização e de viver. Ao incorporar as especificidades dos segmentos masculinos, estas publicações passaram a dar ênfase à saúde masculina em diferentes fases da vida, levando em conta o aspecto geracional da saúde.

Na segunda publicação, *Men, ageing and health (2001)*, constatou-se o estabelecimento de um aporte para que sejam desenvolvidas políticas e ações estratégicas, voltadas para os homens em processo de envelhecimento. O documento endossou a pertinência das abordagens de gênero, que costumam identificar as desigualdades persistentes no *status* que as mulheres ocupam nas sociedades. Também, alertou para a necessidade de promover investigações e estudos acerca da posição social específica dos homens, especialmente os mais idosos, e as repercussões em termos dos determinantes sociais da saúde masculina.

Através da revisão bibliográfica e do estudo aprofundado sobre a produção científica no campo das masculinidades, observei que ainda é necessário avançar na construção do conhecimento, considerando que esta forma de organização social não deve se restringir ao limite do corpo dos homens. Assim sendo, enfatizo que me refiro repetidamente, nessa tese, a este campo de estudos sobre os homens e as masculinidades com o intuito de pontuar a não equivalência destes termos, ainda que a maioria das pesquisas possua a tendência de simplificar essa relação.

De certo modo, a trajetória dos estudos internacionais sobre os homens e as masculinidades favoreceu a compreensão do surgimento, desenvolvimento e consolidação dessa temática no contexto brasileiro. No entanto, é importante destacar que os estudos produzidos na Europa e nos EUA possuem a marca característica de sociedades mais desenvolvidas. Nesse sentido, diferem-se substancialmente dos estudos nacionais, principalmente, no que se refere às características da população - marcada pelo traço do racismo e da desigualdade social, resultado de uma sociedade colonizada, fundada no trabalho escravo, no latifúndio e na monocultura (Carvalho, 2002).

2.3 FORMAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE OS HOMENS E AS MASCULINIDADES NO CONTEXTO BRASILEIRO E LATINO-AMERICANO

Os estudos sobre os homens e as masculinidades estiveram relacionados à consolidação do campo de pesquisas sobre as mulheres e o gênero no interior da academia e da comunidade científica do país. Ao abordar os aspectos relacionais entre os sexos, o conceito de gênero viabilizou a entrada dos homens nas discussões acadêmicas e tornou possível a instauração do campo de estudos sobre as masculinidades.

De acordo com Heilborn e Sorj (1999), ao traçar um paralelo entre os estudos feministas norte-americanos e os estudos que se desenvolveram no Brasil, observaram que os primeiros estiveram associados aos movimentos de protesto e ativismo político junto aos movimentos de luta contra o racismo, que surgiram no interior das universidades americanas ao longo da década de 1970.

Este movimento inspira o questionamento da visão e prática despolitizada do *establishment* profissional e acadêmico das ciências sociais. As feministas estarão à frente da crítica à organização científica e profissional dominante, suas divisões disciplinares, seus critérios de autoridade científica, hierarquia e deferência acadêmicas e dos fundamentos científicos sobre os quais repousavam as correntes dominantes da sociologia. Denominando-se *feminist* ou *women's studies*, é principalmente na docência, através da criação de novos cursos universitários, que as acadêmicas feministas pretendem impulsionar a reflexão sobre a experiência das mulheres e as aspirações feministas (Heilborn; Sorj, 1999, p. 2).

Já no contexto brasileiro, as relações entre o movimento feminista e a universidade ocorreram de forma diferente. Para Heilborn e Sorj (1999), a desigualdade social impôs ao

feminismo brasileiro uma orientação moderada, no que se refere ao enfrentamento entre os sexos e à maior articulação aos discursos progressistas da esquerda. Além disso, o movimento feminista contou com um expressivo grupo de acadêmicas. Sendo assim, notou-se que o feminismo apareceu primeiro na academia e, posteriormente, teria se disseminado entre as mulheres com outras inserções na sociedade.

Dessa maneira, o desenvolvimento dos estudos de gênero esteve fortemente associado ao feminismo dos anos 1970, incluindo uma conseqüente vinculação entre as militantes e as pesquisadoras da área (Corrêa, 2001). O Brasil foi apontado pela Fundação Ford como o país onde o interesse pela pesquisa e o número de pesquisadores e pesquisadoras voltados(as) ao estudo das mulheres estavam mais desenvolvidos do que em outros países da América Latina.

A Fundação Carlos Chagas, o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), o Instituto Universitário de Pesquisas do Estado do Rio de Janeiro (IUPERJ) e a Universidade de São Paulo (USP) abrigaram muitos destes(as) pesquisadores e pesquisadoras, tratando especificamente da temática ou inserindo-a no contexto de pesquisas mais amplas (Heilborn; Sorj, 1999).

Destaco que os estudos sobre os homens e as masculinidades, assim como os estudos feministas e de gênero, são caracterizados por uma série de contradições e disputas. Ao longo de seu desenvolvimento no país traduziram diversos desdobramentos e caminhos variados até a consolidação do que se intitulou como *estudos sobre os homens e as masculinidades*.

Segundo Mara Vigoya (2007), existem três principais vertentes de trabalhos que versam sobre a temática dos homens e das masculinidades, relacionadas às disciplinas de Psicologia Social, Antropologia e Sociologia. Assim, a primeira das três vertentes, em menor número de produções científicas, reuniu os trabalhos da Psicologia, elaborados a partir da década de 1980. Estes estudos enfatizavam um suposto mito da masculinidade e colocavam em cena o debate sobre os homens contemporâneos e suas problemáticas, traduzidas na noção de crise da masculinidade (Nolasco, 1995).

O debate sobre a crise do masculino já se fazia presente nos países centrais, como por exemplo, os trabalhos produzidos por Kimmel e Kaufman (1995). Os autores afirmaram que tal crise esteve enraizada nas transformações globais e políticas que abalaram os EUA desde o início do século XX. Os trabalhos relacionados a essa vertente lançam mão de conceitos como identidade masculina e subjetividade masculina, visando algum tipo de intervenção clínica ou psicossocial.

De acordo com Lisboa (1998), a crise da masculinidade esteve fundamentada em diversas causas, dentre as quais, ressaltam-se as próprias transformações comportamentais das mulheres, a moral sexual e os questionamentos feministas contra a posição *dominadora e patriarcal dos homens na sociedade e na família* (Lisboa, 1998, p. 131). Atribui-se à primeira vertente dos estudos sobre os homens e as masculinidades o desenvolvimento de uma abordagem conservadora, vitimista e antifeminista.

No Brasil, os trabalhos de Nolasco (1995), Cuschnir (1992) e Buffon (1993) colocaram em evidência as transformações da identidade masculina ao longo das décadas e sustentaram as reflexões sobre a crise do masculino. Entretanto, os cenários analisados acerca da crise foram bem específicos, abarcando, apenas, os homens de classes médias. As concepções iniciais desses estudos mostravam as características eminentemente essencialistas e pressuposições engessadas sobre as masculinidades.

Estimulados por discussões sobre a paternidade, sexualidade e conflitos psicológicos masculinos, os estudiosos filiados a essa vertente organizaram seminários entre 1980 e 1990. A organização do seminário intitulado *Macho, masculino, homem* (1985), realizado em São Paulo, possibilitou a continuidade e o desenvolvimento deste campo de estudos no país.

Adrião (2005), ao analisar alguns trabalhos sobre homens e masculinidades no Brasil, destaca que estes possuíam um enfoque no homem moderno, jovem, nas suas relações, nos seus corpos, na reprodução e na sexualidade. Buscavam compreender como se constituíam suas subjetividades por um lado e, por outro, como as normas e os valores compulsórios aos homens no convívio social os levavam a serem mais ou menos responsáveis em relação às mulheres e aos avanços feministas.

De forma mais abrangente, os trabalhos sobre os homens e as masculinidades, apoiados sobre o referencial teórico da primeira vertente, ou seja, da Psicologia Social, não obtiveram grande repercussão no contexto brasileiro e latino-americano (Gutmann; Vigoya, 2004). Isso se deve ao fato de que esse campo de estudos foi, desde o início, protagonizado por mulheres, autoras e pesquisadoras feministas que garantiram um afastamento da tendência vitimista, ao contrário dos países norte-americanos, onde esses estudos foram conduzidos por homens que pesquisavam sobre os homens e para os homens.

A segunda vertente de abordagem sobre os homens e as masculinidades abrange o conjunto de estudos assentados na Antropologia, onde o foco recai sobre os homens *gays*. O contexto desta vertente esteve vinculado à crescente visibilidade do movimento de lésbicas,

gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e pelo surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Em decorrência desse movimento, surgiram diversos estudos, na década de 1990, sobre a sexualidade e a homossexualidade masculina.

Já a terceira vertente dos estudos brasileiros foi materializada na diversidade de estudos sociológicos e feministas, procedentes de articulações teóricas e metodológicas com a obra de Connell (2005), bem como de interlocuções latino-americanas. Dentre estas, destaco as contribuições de Michael Kimmel & Michael Messner (2002) e Miguel Vale de Almeida (1996), oriundas de países como Chile, Peru e México.

A partir do diálogo e das tensões entre as produções políticas e conceituais feministas e as produções acadêmicas, que adotaram o gênero como conceito fundamental, instauraram-se no país diversas iniciativas, concretizadas através de eventos científicos e publicações (Medrado; Lyra; Azevedo, 2011). A tensão proveniente dos usos conceituais e políticos da categoria gênero possibilitou a fundação do Grupo de Estudos sobre Sexualidade Masculina e Paternidade (Gesmap) no país.

O Gemasp surgiu em 1995, no interior de uma organização não-governamental situada na cidade de São Paulo chamada Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana (ECOS) e obteve o apoio da Fundação Ford e da Fundação MacArthur. Mensalmente, o grupo reunia profissionais, entre homens e mulheres, orientados por perspectivas, temas e campos de formação e atuação variados (organizações não-governamentais, núcleos acadêmicos e centros de pesquisa e educação), que estavam iniciando estudos, pesquisas e projetos de intervenção sociopolíticos voltados para os homens, nos campos da saúde e relações de gênero, sexualidade e reprodução.

Em 1998, o Gesmap organizou, na cidade de São Paulo, o primeiro *Seminário Internacional Homens, Sexualidade e Reprodução*, no qual foi lançada uma coletânea de textos produzidos pelos integrantes do grupo, intitulada *Homens e Masculinidades: outras palavras* (Arihã; Ridenti; Medrado, 1998). Em linhas gerais, essa trajetória evidenciou o foco prioritário desses encontros no campo da saúde, sexualidade e reprodução.

Mara Vigoya (2007) reconheceu que os temas relacionados à identidade masculina, paternidade, práticas e representações da masculinidade, homossexualidade, saúde reprodutiva e sexualidade masculina foram os que mais marcaram a pesquisa acadêmica latino-americana e brasileira nas décadas de 1980 e 1990.

Os investimentos teóricos e políticos sobre a temática buscaram avançar nos demais níveis de análise relacionados à saúde do homem, a partir da segunda metade da década de 1990, com o marco do desenvolvimento da *Conferência Internacional de População e Desenvolvimento* (Cairo, 1994) e da *Conferência Internacional da Mulher* (Pequim, 1995). Essas conferências evidenciaram todo o investimento e a visibilidade dos estudos sobre os homens e a saúde, com foco especial para o incremento das discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva. As principais recomendações dessas conferências abrangeram a necessidade da maior participação masculina na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a necessidade de incorporação dos homens nas ações promovidas com o objetivo de contribuir para a equidade entre os gêneros.

No Brasil, há três décadas o tema das masculinidades se faz presente nas discussões das Ciências Sociais e das Ciências Humanas. Em termos de produção bibliográfica, resalto o número especial do periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, publicado em 2005. No editorial, entre outros aspectos, assinalou-se a necessidade de aprofundar as relações entre as ideologias hegemônicas de masculinidade e o processo de saúde-doença, com o objetivo de promover a saúde de homens e mulheres.

Através do percurso e análise dos estudos sobre os homens e as masculinidades traçados até aqui, pude analisar a quantidade de sistematizações sobre a análise, a compreensão e a teorização das masculinidades brasileiras. Entretanto, dentre a produção nacional, destaco a coletânea de Mônica Schpun (2004) intitulada *Masculinidades*; o ensaio sobre *A Construção Social da Masculinidade*, de autoria de Pedro Paulo de Oliveira (2004); e o livro de Sandra Garcia (2006), intitulado *Homens na Intimidade: masculinidades contemporâneas*.

Para além destas referências bibliográficas, pude constatar que a produção nacional, ainda, permanece dependente da produção teórica formulada no contexto internacional, implicando em limitações para explicar e apreender a complexidade das particularidades dos sujeitos e da realidade social brasileira.

Recentemente, bell hooks (2022) teve sua obra traduzida e publicada no Brasil - *A gente é da hora: homens negros e masculinidades* – onde tece críticas à adesão da maioria dos homens negros à masculinidade patriarcal, propagada pela sociedade capitalista, imperialista e de supremacia branca. São dez ensaios que buscam refletir sobre a libertação da população masculina negra, para construir análises estruturais das forças que oprimem os homens negros

e das maneiras pelas quais eles podem abandonar o vitimismo em busca de autenticidade e autodeterminação.

A discussão sobre os homens e as masculinidades tem buscado ampliar os espaços de debates em eventos nacionais, que visam a produção de conhecimento a partir do enfoque de gênero, na interface entre a produção acadêmica, a atuação militante e a gestão pública. Destaco, por exemplo, o *VI Colóquio Internacional dos Estudos de Homens e Masculinidades*, realizado no Brasil em 2007 e que foi organizado por instituições como o Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Instituto Papai, Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Promundo e *Men Engage* Brasil. Este colóquio adotou como tema central dos debates as masculinidades ante as *dinâmicas de poder/resistência contemporâneas: pressupostos éticos, ideológicos e políticos das diversas vozes, práticas e intervenções no trabalho com homens e masculinidades* (Brasil, 2017, p. 5).

Nas últimas décadas, os estudos sobre os homens e as masculinidades desenvolveram problematizações na comunidade acadêmica e que, apoiadas por diversas instituições – como Gesmap, Gema/UFPE, Instituto Papai e Rede Feminista Norte-Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero, e *Congressos Internacionais Fazendo e Desfazendo Gênero* – produziram um aporte literário, político e social sobre as masculinidades com foco na promoção da equidade de gênero e na ação feminista.

A entrada dos homens no campo de estudos de gênero no país promoveu e valorizou outras perspectivas de análise, bem como ampliou as discussões sobre os homens e as masculinidades, ultrapassando a concepção do homem universalizado e reduzido ao poder perante as mulheres. Esses estudos trouxeram em suas configurações abordagens teórico-metodológicas distintas e muitas vezes dissonantes, todavia, percebeu-se uma convergência entre eles, a saber, a consideração das relações de gênero como construções sociais (Giffin, 2005).

Ressalto que os estudos sobre os homens e as masculinidades não podem ser desenvolvidos de maneira isolada, outros aspectos/marcadores sociais devem ser levados em conta, tais como: raça/etnia, classe social, nacionalidade, geração, temporalidade, territorialidade, dentre outras, que são igualmente relevantes e não devem ser suprimidos nas análises e estudos científicos.

De acordo com Lyra (2008), o debate sobre os homens e as masculinidades é uma tarefa complexa e *significa não apenas apreender e analisar os sentidos disponíveis sobre o masculino no imaginário, mas também discutir preconceitos e estereótipos e repensar a possibilidade de construir outras versões e sentidos* (Lyra, 2008, p. 50).

Sendo assim, as reflexões construídas neste capítulo motivaram o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica apresentada na seção seguinte dessa tese. Tendo como contexto os estudos nacionais e internacionais, esta revisão bibliográfica adotou como objetivo a análise dos avanços e retrocessos no campo da produção do conhecimento sobre a temática dos homens e das masculinidades no campo da Oncologia. Para isso, realizei o levantamento e a análise de artigos acadêmicos relacionados a essa área de conhecimento, disponíveis nas principais bibliotecas virtuais, a fim de identificar e examinar as principais tendências sobre o tema.

2.4 SAÚDE DO HOMEM, MASCULINIDADES E ONCOLOGIA: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CENÁRIO NACIONAL E INTERNACIONAL

A pesquisa apresentada se desenvolveu a partir da busca por artigos científicos nacionais e internacionais disponibilizados na BVS Brasil, na *MEDLINE/PubMed* e no Portal *Web of Science*. Estas bibliotecas eletrônicas integram e disponibilizam grande número de estudos científicos, além disso, são fontes reconhecidas e utilizadas em diversos trabalhos de revisão da literatura.

O acesso ao banco de dados ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2022, por meio do *Acesso CAFe*, disponível no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)³⁰. Através do Portal de Periódicos da CAPES, foi possível acessar as bases de dados da BVS Brasil, *PubMed* e *Web of Science*. Como estratégia de busca, utilizei os descritores científicos do *DeCs e MeSH masculinity, men's health e Oncology*; guiados pelo operador booleano *and*; sem recorte temporal e disponibilizados até o ano de 2022.

Os filtros utilizados na pesquisa foram: a) estudos com modelo de artigo científico; b) textos na íntegra e disponíveis gratuitamente; c) desenvolvidos apenas com seres humanos; d)

³⁰ O Portal da CAPES consiste em um dos maiores acervos científicos do país. Além disso, reúne e disponibiliza conteúdos produzidos nacionalmente e outros assinados com editoras internacionais.

entre jovens e adultos com 19 anos ou mais; e) de abordagem qualitativa, f) nos idiomas em inglês, espanhol e português.

A primeira consulta apontou para a produção de 44 artigos científicos, sendo que três foram encontrados na BVS, 11 na *Web of Science* e 30 no *PubMed*. Entretanto, observei a necessidade de refinamento da pesquisa, que possibilitou verificar a repetição de alguns trabalhos. Posteriormente, precisei realizar a adequação do material aos critérios de busca preestabelecidos, como tratar sobre homens diagnosticados com qualquer tipo de câncer e ter amostra ou população composta, exclusivamente, por homens.

Sendo assim, foram eliminados os estudos: a) sobre homens não diagnosticados com câncer; b) comparativos entre homens e mulheres; c) que tivessem como público apenas mulheres; d) voltados para o rastreamento de câncer; e) de revisão sistemática ou revisão de escopo; f) sobre análise institucional e aspectos de promoção da saúde; g) de abordagem quantitativa ou envolvendo métodos mistos.

Ao final, encontrei 19 artigos científicos, sendo um artigo da BVS Brasil, quatro do *Web of Science* e 14 do *PubMed*. Todos os artigos estão relacionados à temática de estudo e restrito ao universo masculino. Somente um artigo foi localizado em plataforma nacional, os demais foram identificados em plataformas internacionais. Para a organização dos dados obtidos, optei pela elaboração de uma planilha no *Microsoft Office Excel 2013*, a fim de obter um perfil dos estudos selecionados.

Em seguida, realizei a caracterização dos artigos encontrados, com o objetivo de identificar o perfil dos(as) autores(as) e das instituições, bem como a análise dos principais temas e perspectivas teóricas e metodológicas adotadas em cada estudo. Nesse sentido, os trabalhos foram classificados quanto aos(as) autores(as); título do artigo; local de publicação; ano de publicação; revista de publicação; objetivo geral; abordagem; resultados; conclusão e base de dados. Quando não havia informação sobre o local em que o estudo foi realizado, considerei o país do periódico da publicação.

No que se refere ao acesso à base de dados, optei por fontes que incluíssem, apenas, os artigos científicos, deixando de lado outras fontes, como as teses de doutorado e as dissertações de mestrado. Assim sendo, as análises desenvolvidas tratam de concepções de determinados(as) autores(as) de artigos científicos que integram as bibliotecas virtuais mencionadas e, por isso, devem ser evitadas generalizações a partir dos achados e posicionamentos dos(as) autores(as).

Os dados dessa pesquisa bibliográfica foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, modalidade descrita por Bardin (2010). Para essa autora, o tema é unidade de significação que se liberta do texto analisado e traduz-se em resumo, frase ou palavra. Assim, pode-se caminhar no sentido da *descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado* (Gomes, 2016, p. 84).

De forma resumida, percorri os seguintes passos analíticos: a) leitura de cada artigo visando a compreensão global; b) identificação das ideias relacionadas às masculinidades e à saúde do homem em Oncologia; c) classificação dessas ideias em temas que resumem a produção do conhecimento acerca do assunto estudado; e, d) elaboração de sínteses interpretativas de cada tema.

2.4.1 Análise dos estudos sobre as masculinidades e a saúde do homem em Oncologia

No que se refere à classificação por sexo dos(as) autores(as) de cada artigo publicado, constatei maior presença das mulheres, representando 58% da autoria de toda a produção científica. Entretanto, destaco a participação significativa dos homens pesquisando sobre a temática (42%), o que denota o aumento da participação deles, sobretudo, em pesquisas voltadas para a compreensão das masculinidades e da saúde do homem.

As mulheres são apontadas na literatura acadêmica como sendo aquelas que mais investigaram sobre a temática de gênero em suas publicações (Martins *et al*, 2012). Conforme já apontado nesta tese, foram os estudos feministas que influenciaram o desenvolvimento dos primeiros trabalhos sobre as masculinidades na perspectiva de gênero.

A despeito da alienação inicial, os estudos sobre os homens e as masculinidades se desenvolveram graças ao mesmo intento de questionar os padrões e opressões de gênero. Estes estudos contribuíram para uma nova perspectiva de análise cultural ao introduzir perspectivas em que há flexibilidade, em que se reconhece um trânsito do sujeito e que, conseqüentemente, não há rigidez própria no gênero, senão uma coerção social para a norma. Com esta perspectiva, os estudos sobre as masculinidades puderam se desenvolver observando que não há modo de vida exclusivo para se *fazer* homens, e, certamente, investigando uma produção de masculinidades (no plural) contingentes (Aragão, 2013, p. 344).

Quanto à formação profissional do(a) primeiro(a) autor(a) de cada artigo analisado, verifiquei que 37% são graduados(as) em Enfermagem, 32% em Psicologia e 11% em Medicina. Esse dado reflete o maior número de profissionais na área da saúde discutindo sobre o assunto. As demais graduações estão relacionadas às atividades de terapeuta ocupacional (5%), cientista social (5%) e cientista da saúde (5%). Não identifiquei a graduação de um autor principal (5%), referente a um único artigo.

Despertou-me a atenção a ausência de assistentes sociais como responsáveis pela autoria principal dos artigos analisados, tendo em vista a longa tradição de inserção desses(as) profissionais no campo da saúde. No século XX, o Serviço Social esteve presente na maioria dos países da Europa. Foi sob a influência da Igreja Católica que o Serviço Social se legitimou como profissão. A dimensão pedagógica da profissão, inicialmente, esteve pautada na abordagem de conteúdos sobre higiene, educação e saúde.

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública por meio de práticas educativas sobre os procedimentos de higiene aplicados à vida privada. Buscava incentivar os controles da natalidade, de doenças infantis, de higiene bucal e de saneamento básico, para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde. A partir do trabalho educativo, o Serviço Social tinha como finalidade proporcionar o acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo (Pereira; Garcia, 2012).

Ainda no que se refere ao nível de formação desses(as) profissionais, observei que 58% possuem o título de doutorado, 16% são mestres, 11% possuem pós-doutorado e 5% são especialistas. Não foi possível identificar o nível de formação profissional de dois autores principais, referente a dois artigos.

A produção dos trabalhos analisados sobre os homens e as masculinidades concentra-se na Europa e na América do Norte. O maior número de estudos foi encontrado no Reino Unido (31%), especialmente em Londres (50%). Em seguida, predominaram os estudos desenvolvidos no Canadá (16%), Austrália (16%), Brasil (16%), EUA (11%), Suécia (5%) e Alemanha (5%).

Constatei que este dado guarda relação direta com a história e a origem dos estudos sobre os homens e as masculinidades, os quais emergiram nesses países. Ao mesmo tempo, o dado sugere que são nos países com os maiores sistemas de pós-graduação que a pesquisa sobre o tema em questão vem sendo desenvolvida.

No Brasil, destacaram-se o estado de São Paulo com 67% das publicações sobre a temática, seguido pelo estado de Minas Gerais (33%). Nesse sentido, é possível afirmar que o

maior número de publicações identificado na região sudeste do Brasil, seja o reflexo da concentração de grupos de pesquisa nesse território, bem como da presença de centros de pesquisa, notadamente, em São Paulo – marcado pela sua extensa rede de universidades públicas.

Esta pesquisa bibliográfica apontou para a necessidade de maiores investimentos em pesquisas sobre o câncer masculino nas demais regiões do país. As regiões norte e nordeste, por exemplo, apresentam uma elevada incidência de câncer de pele, que representa a neoplasia mais recorrente no país. Além disso, são nesses estados, marcados pelas desigualdades sociais, que prevalecem os tipos de cânceres associados às condições precárias de vida e higiene (INCA, 2022).

Todos os estudos desenvolvidos no país foram produzidos em universidades públicas (com destaque para a USP) e em institutos de pesquisa do governo federal, como a Fiocruz. De acordo com o relatório da empresa *Clarivate Analytics*, intitulado *Research in Brazil Funding excellence*, 15 universidades, todas públicas, produzem mais da metade da ciência brasileira. Três universidades estaduais paulistas, entre elas a USP, lideram a lista, com mais de 100 mil trabalhos científicos publicados no período de seis anos contemplados pelo estudo (2013-2018). Entre as outras 12 instituições, 11 são universidades federais e uma estadual, do Rio de Janeiro. Juntas, essas 15 universidades são responsáveis por mais de 60% do conhecimento científico produzido no país. Segundo o relatório, a produção científica do Brasil cresceu 30% entre 2013 e 2018 - o dobro da média mundial, de 15%, apesar da crise econômica nacional e dos cortes expressivos no orçamento do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações³¹.

O marco inicial das publicações analisadas foi o ano de 2001. A partir de 2013, identifiquei o significativo aumento da quantidade de publicações relacionadas ao tema, que se manteve estável até 2022. Entretanto, observei uma queda de 50% das publicações no ano de 2016. Os trabalhos produzidos a partir de 2001, coincidiram com o período anterior de inserção e maior discussão da temática relacionada à saúde do homem no contexto internacional.

Na década de 1990, os homens foram incluídos como categoria empírica e uma abordagem questionando os modelos de masculinidade hegemônica somou-se aos esforços de desconstrução do essencialismo. Esse campo em constituição alimentou-se também dos estudos sobre sexualidade cuja legitimação foi favorecida pela necessidade de enfrentar a pandemia da Aids (Aquino, 2006, p. 122).

³¹ Em 2020 e 2021, o desenvolvimento científico do Brasil teve a menor execução orçamentária desde 2014, de acordo com dados do Portal da Transparência, mesmo enfrentando a pandemia da Covid-19.

Para Gomes e Nascimento (2006), a criação da *International Society for Men's Health and Gender* (ISMH) e do periódico *Journal of Men's Health and Gender*, a partir de 2000, sinalizaram o aumento do interesse pela área da saúde em relação às especificidades a serem levadas em conta na abordagem da saúde masculina. Os autores destacam aspectos importantes levados em consideração pela literatura internacional nos estudos voltados à temática das masculinidades e saúde:

(a) os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte; (b) há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento da saúde dos homens; (c) tanto a construção da masculinidade quanto as suas implicações no campo da saúde devem ser vistas a partir da perspectiva relacional de gênero; (d) o desenvolvimento de habilidades agressivas por parte dos homens pode fazer deles um *fator de risco* quando cometem violência contra a mulher e as crianças [...]; (e) devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem como ser provedor, problemas relacionados ao desemprego podem também comprometer o bem-estar masculino e contribuir para o aumento de suicídios de jovens (Gomes; Nascimento, 2006, p. 902).

No contexto brasileiro, observou-se o impacto da consolidação desses estudos a partir dos primeiros anos da década de 2000. Nesse período, foi possível constatar a valorização da produção bibliográfica pelo meio acadêmico brasileiro, avaliada pelas agências de fomento como critério para financiamento de projetos. A preocupação com a saúde masculina ganhou força a partir da institucionalização da PNAISH, em 2009, que, por sua vez, contribuiu para o aumento do número de estudos sobre a temática.

Todos os artigos científicos analisados estiveram ancorados na abordagem qualitativa, oriunda, principalmente, das Ciências Sociais aplicadas à saúde. Por meio da abordagem qualitativa, as masculinidades podem ser tratadas como uma construção sociocultural. Cabe destacar que dois estudos encontrados consistiram em pesquisas de natureza etnográfica, pois analisaram de maneira profunda os comportamentos, crenças, costumes e outras características da população masculina.

Quanto ao veículo de publicação, notei que alguns estudos foram divulgados por meio de revistas da área médica (30%) e, os demais, em revistas de outras áreas (70%). Esse dado mostra que o tema associado aos artigos científicos de natureza qualitativa abre a possibilidade de discussão sobre a saúde do homem para além do processo de biologização e medicalização

das patologias. Sendo assim, os aspectos relacionados aos valores, crenças e sentidos podem ser mais explorados e valorizados pela respectiva área do conhecimento.

Nesse sentido, os demais artigos encontraram-se publicados em periódicos relacionados ao campo da Psicologia (15%), Enfermagem (15%), Sexologia (8%), Radioterapia (8%), Sociologia (8%), Saúde do Homem (8%) e multidisciplinar (8%). As revistas responsáveis pelo maior número de publicações sobre o tema foram *American Journal of Men's Health* (16%), *Psycho-Oncology* (11%) e *Psychology & Health* (11%).

No tocante às técnicas empregadas para a coleta de dados, observei a predominância das técnicas de entrevista e das atividades de grupo focal. O método de análise mais empregado para a qualificação dos dados foi a análise de conteúdo temática (48%). Em seguida, verifiquei que 16% dos estudos utilizaram a análise da fenomenologia interpretativa para a exploração dos dados.

Quadro 1. Perfil da pesquisa bibliográfica

| Estudo | Ano | Título | Foco do estudo | Revista |
|-------------------------------|------|--|---|---|
| Araújo, Nascimento e Zago | 2019 | Hegemonias incorporadas: dilemas morais no surgimento do câncer de próstata | Corpo, significado e experiência da doença | Revista da Escola de Enfermagem da USP |
| Chambers <i>et al</i> | 2018 | <i>Experiences of Australian men diagnosed with advanced prostate cancer: a qualitative study</i> | Suporte social, significado e experiência da doença | <i>BMJ Open</i> |
| Chambers <i>et al</i> | 2015 | <i>Defining young in the context of prostate cancer</i> | Juventude, significado e experiência da doença | <i>American Journal of Men's Health</i> |
| Moynihan <i>et al</i> | 2017 | <i>Ambiguity in a masculine world: being a BRCA1/2 mutation carrier and a man with prostate cancer</i> | Masculinidades, significado e experiência da doença | <i>Psycho-Oncology</i> |
| Yu Ko <i>et al</i> | 2018 | <i>The connections between work, prostate cancer screening, diagnosis, and the decision to undergo radical prostatectomy</i> | Comunicação e decisão de submeter a procedimento médico | <i>American Journal of Men's Health</i> |
| King-Okoye, Arber e Faithfull | 2019 | <i>Beliefs that contribute to delays in diagnosis of prostate cancer among Afro-Caribbean men in Trinidad and Tobago</i> | Experiências de pré-diagnóstico | <i>Psycho-Oncology</i> |
| Levy e Cartwright | 2015 | <i>Men's strategies for preserving emotional well-being in advanced prostate cancer: an interpretative phenomenological analysis</i> | Bem-estar e adoecimento por câncer | <i>Psychology & Health</i> |
| Klaeson, Sandell e Berterö | 2013 | <i>Talking about sexuality: desire, virility, and intimacy in the context of prostate cancer associations</i> | Sexualidade e adoecimento por câncer | <i>American Journal of Men's Health</i> |

| Estudo | Ano | Título | Foco do estudo | Revista |
|-------------------------------|------------|--|---|---|
| Rennoldson <i>et al</i> | 2013 | <i>A discursive psychology analysis of emotional support for men with colorectal cancer</i> | Suporte social, significado e experiência da doença | <i>Psychology & Health</i> |
| Zanchetta <i>et al</i> | 2016 | <i>From early detection to rehabilitation in the community: reading beyond the blog testimonies of survivors' quality of life and prostate cancer representation</i> | Sobrevivência, experiências e significados da doença | <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> |
| Ussher <i>et al</i> | 2017 | <i>Threat of sexual disqualification: the consequences of erectile dysfunction and other sexual changes for gay and bisexual men with prostate cancer</i> | Disfunção erétil, alterações sexuais e adoecimento por câncer | <i>Arch Sex Behav</i> |
| Chapple, Ziebland e McPherson | 2004 | <i>Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer</i> | Percepções sobre o atraso no tratamento oncológico | <i>British Journal of General Practice</i> |
| Bokhour <i>et al</i> | 2001 | <i>Sexuality after treatment for early prostate cancer: exploring the meanings of erectile dysfunction</i> | Disfunção erétil, alterações sexuais e adoecimento por câncer | <i>Journal of General Internal Medicine</i> |
| Rogers <i>et al</i> | 2022 | <i>Psychosocial determinants of colorectal Cancer screening uptake among African-American men: understanding the role of masculine role norms, medical mistrust, and normative support</i> | Determinantes psicossociais e adoecimento por câncer | <i>Ethnicity and Health</i> |
| Wenger e Oliffe | 2014 | <i>Men managing cancer: a gender analysis</i> | Suporte social, significado e experiência da doença | <i>Sociology of Health & Illness</i> |
| Nguyen <i>et al</i> | 2020 | <i>Living with male breast cancer: a qualitative study of men's experiences and care needs</i> | Suporte social, significado e experiência da doença | <i>Breast Care</i> |
| Kinnaird e Stewart-Lord | 2020 | <i>A qualitative study exploring men's experience of sexual dysfunction as a result of radiotherapy and androgen deprivation therapy to treat prostate cancer</i> | Comunicação, informação e percepções sobre a disfunção erétil | <i>Journal of Radiotherapy in Practice</i> |
| Conceição <i>et al</i> | 2022 | Masculinidades e rupturas após penectomia | Masculinidades, significado e experiência da doença | Acta Paulista de Enfermagem |
| Modena <i>et al</i> | 2014 | Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico | Masculinidades, significado e experiência da doença | Temas em Psicologia |

Fonte: Elaboração da autora (2024).

2.4.2 Temas recorrentes e suas principais contribuições

Para a construção das categorias temáticas e análise de conteúdo, considerei os temas, os títulos e os objetivos gerais, bem como a leitura dos resumos de todas as publicações identificadas. Dessa forma, os trabalhos de pesquisa associados aos temas da biologia, disfunção erétil, alterações sexuais e afins foram incluídos na categoria de *trabalhos biomédicos*. Os estudos que trouxeram em sua centralidade a análise sobre a compreensão de aspectos psicossociais, que permeiam o adoecimento por câncer, foram denominados de *trabalhos psicossociais*. Já os estudos voltados para a reflexão sobre os exames de prevenção, como por exemplo, a avaliação de toque retal e o Antígeno Prostático Específico (PSA), bem como os exames para realização do diagnóstico precoce, foram incluídos na categoria de *trabalhos sobre prevenção/diagnóstico*.

Nessa perspectiva, do total de artigos identificados, 68% integraram a categoria de estudos psicossociais, 21% referem-se a trabalhos biomédicos e 10% correspondem aos de estudos sobre prevenção/diagnóstico. Os artigos com enfoque psicossocial possuíam como objetivo geral a análise sobre as experiências e os significados acerca do tratamento oncológico e adoecimento por cânceres, associados, principalmente, às temáticas de suporte social ou rede de apoio (31%) e da influência do gênero e das masculinidades na relação com a saúde do homem (23%). Também correspondem aos eixos temáticos relacionados a esses estudos os aspectos sobre o funcionamento corporal (8%), sexualidade (8%), juventude (8%), determinantes psicossociais (8%) e sobrevida (8%).

No que se refere aos aspectos biomédicos, destacaram-se os estudos voltados para as disfunções eréteis e alterações sexuais, após o tratamento oncológico. Os trabalhos categorizados sob o aspecto da prevenção/diagnóstico estiveram associados às temáticas de atraso no tratamento oncológico e no rastreamento do câncer.

As principais neoplasias referidas nas publicações estiveram relacionadas aos cânceres do sistema genital urológico, com destaque aos cânceres da próstata (65%), testículo (5%) e pênis (5%). Os dados refletem a tendência já identificada na produção científica sobre saúde do homem e masculinidades, indicando uma limitação do tema às enfermidades genitais e urológicas e, ainda, à dificuldade de considerar os homens para além da dimensão sexual e reprodutiva, em um processo constante de vigilância da virilidade.

Neste ponto, foi necessária uma aproximação do conceito de integralidade, enquanto uma das diretrizes do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, a fim de evitar e sinalizar para os riscos de uma assistência reducionista em saúde. Mattos (2009), ao discutir a integralidade na atenção e no cuidado à saúde, aborda três grandes conjuntos de sentidos que incidem sobre diferentes pontos:

[...] o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde (Mattos, 2009, p. 65).

O que o conceito de integralidade apresenta como inovação para o campo da saúde - como princípio orientador de práticas da organização do trabalho ou da organização das políticas -, é a postura crítica de recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos. Nesse sentido, os usuários da saúde não deveriam ser reduzidos a uma lesão, em uma determinada parte do corpo que, em algum momento, lhes cause sofrimento. O princípio da integralidade busca ampliar as percepções das necessidades dos grupos e questionar as melhores formas de dar respostas a tais necessidades.

A integralidade em saúde é a busca de uma visão mais abrangente daqueles que são o público-alvo das políticas, além disso, consiste na recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. Ou seja, as respostas aos problemas de saúde procuram abarcar suas mais diversas dimensões (Matos, 2009).

Sob o prisma da assistência integral à saúde do homem, Medrado, Lyra e Azevedo (2011) apresentam um conjunto de princípios e diretrizes a fim de contribuir para o debate sobre as masculinidades. Dentre eles, os autores enfatizam que *cuidar da saúde não é apenas tratar das doenças* (Medrado; Lyra; Azevedo, 2011, p. 64). Sendo assim, as necessidades dos homens em relação à saúde vão muito além das enfermidades da próstata ou demais órgãos que compõem o trato urológico e genital destes sujeitos.

De acordo com Medrado, Lyra e Azevedo (2011), os aspectos psicossociais e culturais são considerados como fundamentais para o fortalecimento da atenção em saúde, não restringindo as ações às práticas assistenciais ou de caráter emergencial.

Para que seja efetiva, a atenção à saúde dos homens deve ser integral, ou seja, não se limitar aos aspectos biológicos e envolver: a) equipes multidisciplinares nas quais os profissionais dialoguem entre si; b) ações em saúde que contemplem o aspecto da assistência, prevenção e promoção; c) prática coordenada e continuada de atenção, por meio da interação com outras unidades de saúde e com outros setores (educação, esporte, trabalho, cultura, lazer etc. (Medrado; Lyra; Azevedo, 2011, p. 64).

Nos artigos científicos analisados, apenas um trabalho abordou a incidência de câncer de mama na população masculina. No Brasil, do total de 704 mil novos casos de câncer por ano, estima-se que 74 mil corresponderão a casos de câncer de mama (INCA, 2022). A ocorrência entre os homens corresponde a 1% do total dos casos anuais, entretanto, estes indivíduos possuem as piores taxas de sobrevivência em comparação às mulheres, em razão do diagnóstico por idade e estágios mais avançados da doença. O principal motivo está relacionado à baixa suspeita clínica, tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde.

De acordo com Guimarães (2019):

O atendimento a homens com câncer de mama é percebido tanto pela surpresa diante de um diagnóstico jamais imaginado por eles, como pela pouca possibilidade terapêutica devido à chegada tardia aos serviços de saúde. Aparece como doença imprevista no universo masculino, destoando dos elementos que fazem parte da construção das masculinidades e, por isso, esvaziada de ações preventivas no sistema de saúde (Guimarães, 2019, p. 2).

No tocante aos tipos de câncer que acometem a população masculina, 10% dos artigos investigaram as experiências e os significados produzidos pela dimensão do adoecimento por câncer e do tratamento oncológico, de forma que a discussão não ficasse restrita às neoplasias dos órgãos genitais, responsáveis por afetar a sexualidade e/ou a reprodução dos homens.

O dado revela a necessidade de maior investimento em estudos que explorem outros tipos de neoplasias na população masculina que, embora comum a ambos os sexos, possuem elevada incidência e mortalidade entre os homens, como por exemplo, os cânceres de pele não melanoma, pulmão, cólon, reto e estômago. Estas neoplasias ocupam as primeiras posições no *ranking* de neoplasias mais incidentes na população masculina (INCA, 2022).

Entre os artigos científicos analisados, 42% apontaram para resultados relacionados ao tema da representação da doença e da dimensão da sexualidade do homem com câncer. Os dados reiteram o fato de que grande parte dos estudos sobre o homem com câncer ainda enfoca apenas os órgãos genitais masculinos.

Ao analisar os estudos, verifiquei que o câncer de próstata interfere significativamente no desenvolvimento dos atributos ligados à sexualidade do homem, como o desejo, a libido e a ereção, provocando alterações sexuais que afetam a qualidade de vida deles. Entretanto, a ênfase dos estudos no adoecimento por câncer de próstata e seus possíveis efeitos colaterais acabam por limitar estes estudos às dimensões da vida sexual do homem heterossexual, sem notar a coexistência das diversas masculinidades e das várias formas de vivenciar o prazer e a sexualidade.

Para Araújo e Zago (2019), as disfunções sexuais ameaçam os preceitos de dominação e colocam o homem em uma posição de dominado, rompendo, assim, com os ideais hegemônicos de masculinidade. Os autores ressaltam a necessidade de articulações entre estudos que enfoquem outras perspectivas, não somente as psicossociais, pois compreende-se que ainda exista uma escassez de estudos que discutam esta relação sob os enfoques cultural, hermenêutico, histórico, dialético, social, entre outros, configurando assim, como um campo de pesquisa repleto de símbolos a serem investigados e descobertos.

No que se refere ao público-alvo envolvido nas pesquisas, constatei a pouca visibilidade e a insuficiência na produção de estudos que abordem a temática das masculinidades, da saúde do homem e da Oncologia associada às questões de orientação sexual e étnico/racial. Dentre os 19 artigos científicos explorados, encontrei um artigo que aborda a dimensão da sexualidade do homem *gay* e bissexual e, outro, que aborda a questão étnico/racial na população masculina.

O estudo intitulado *Threat of sexual disqualification: the consequences of erectile dysfunction and other sexual changes for gay and bisexual men with prostate cancer* (Ussher *et al*, 2017) analisou o significado e as consequências da disfunção erétil e outras alterações sexuais nos homens *gays* e bissexuais com câncer de próstata.

Esse estudo demonstrou que, embora os homens *gays* e bissexuais experimentem as mesmas alterações sexuais após o tratamento do câncer de próstata relatadas por homens heterossexuais, existem vários significados específicos e consequências psicológicas para aquela população. Nesse sentido, tais significados precisam ser melhor explorados por pesquisadores e profissionais de saúde, levando em consideração o contexto da construção discursiva da sexualidade e da identidade *gay*.

O objetivo central do estudo intitulado *Psychosocial determinants of colorectal cancer screening uptake among african-american men: understanding the role of masculine role norms, medical mistrust, and normative support* (Rogers *et al*, 2022) foi examinar a influência

dos determinantes psicossociais na saúde dos homens afro-americanos na adesão ao rastreio do câncer colorretal.

Apesar de apresentarem a maior incidência e mortalidade por câncer colorretal, entre todos os principais grupos raciais/étnicos, os homens afro-americanos possuem baixas taxas de rastreio/triagem para esse tipo de câncer. Assim, para o desenvolvimento de intervenções e programas de promoção da saúde com o objetivo de eliminar a disparidade racial nos resultados do câncer colorretal, este estudo aponta para a importância de abordar tanto as discussões sobre as masculinidades como as barreiras de desconfiança com a equipe médica.

Medrado, Lyra e Azevedo (2011), na obra *Eu não sou só próstata, eu sou um homem! Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero*, afirmam que ao passo que se acumulam experiências e conhecimentos a partir das iniciativas que aliam pesquisa e intervenção política, é necessário desenvolver reflexões teóricas com vistas à construção de um marco político e conceitual que auxilie na compreensão da dinâmica de gênero em que se inscrevem as experiências dos homens e a institucionalização das masculinidades.

Os autores mencionados ainda apresentam a dificuldade de incorporação de outras categorias de análise, tais como raça/etnia e idade nos debates sobre as masculinidades. Apesar disso, recentemente, as intersecções de raça/etnia, idade/geração e classe social foram sendo incorporadas ao debate de saúde. A perspectiva de gênero e masculinidades oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica em saúde, podendo se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e de seus determinantes na luta contra as desigualdades e pela justiça social.

Constatei nos artigos analisados que os principais entraves ligados ao distanciamento dos homens em relação à saúde estavam associados aos padrões estabelecidos pela masculinidade hegemônica. Observei, ainda, a predominância de estudos que relacionam as questões de gênero no processo de formação social e cultural das masculinidades, como sendo a única justificativa para o afastamento dos homens das práticas de cuidado em saúde, deixando em segundo plano os aspectos associados aos marcadores sociais das diferenças que, também, são responsáveis por produzir desigualdades em saúde.

A perspectiva hegemônica de masculinidades foi unânime entre os estudos analisados, remetendo as múltiplas masculinidades às margens destas discussões. Entretanto, compreendo que na construção das masculinidades coexistem teias de significados que apontam para a existência de outras concepções. Estas apresentam-se em constante disputa umas com as outras

pela adequação de padrões tidos como hegemônicos, sejam locais ou globais, presentes dentro de uma cultura. Ressalto, aqui, que as pesquisas sobre as masculinidades marginalizadas, cúmplices, subordinadas, entre outras, envolvendo os homens com câncer, não foram evidenciadas nos estudos analisados, mas, certamente, poderiam fornecer subsídios teóricos para a análise de futuras pesquisas.

No total dos artigos científicos analisados, 37% sugeriram a necessidade do reconhecimento das demandas e das dificuldades que possam interferir na relação dos homens com a saúde, por parte dos profissionais da assistência. Os estudos de Martins e Modena (2016) constataram que:

[...] as concepções de gênero dos profissionais entrevistados impregnam o seu discurso, orientando seus modos de pensar e sentir, materializando-se tanto nas práticas assistenciais ofertadas quanto nas iniciativas negadas e negligenciadas. Embora reconheçam as especificidades dos modos como os homens vivenciam o adoecimento pelo câncer e se vinculam ao tratamento oncológico, os participantes apontam para a inexistência de ações que considerem as singularidades do público masculino. No entanto, eles reconhecem a maior ênfase dada às necessidades das mulheres, refletindo o processo de divisão sexual do cuidado e a genderificação das instituições de saúde (Martins; Modena, 2016, p. 416).

Os homens ainda constroem e exercitam suas masculinidades em uma cultura marcada pelas desigualdades de gênero que os distanciam das práticas de cuidado e dos serviços de saúde. Da mesma forma, os(as) profissionais de saúde também estão atravessados(as) por estereótipos de gênero, (re)produzindo o discurso que não reconhece os homens como sujeitos das políticas de saúde e ações assistenciais e que prioriza o atendimento ao público materno-infantil.

Poucos estudos analisados apontaram para a importância do reconhecimento da população masculina em suas singularidades e intersecções. Nesse sentido, a perspectiva interseccional revela-se como uma ferramenta de grande valia para a compreensão da realidade social. Os aspectos relacionais, contextuais e circunstanciais das diversas masculinidades devem ser considerados nas análises, pois a depender de quais eixos de desigualdade se imbricam em determinado indivíduo (gênero, raça/etnia, classe, orientação sexual, geração, entre outros), podem produzir novas e diferentes formas de desigualdade, vulnerabilidade e marginalização.

É no campo do conhecimento relacionado às políticas de saúde que a perspectiva interseccional representa uma importante ferramenta de análise para a compreensão sobre como

os diferentes marcadores sociais podem influenciar na forma como os sujeitos ascendem aos direitos e às oportunidades. Entende-se que nenhum marcador social se sobrepõe ao outro, mas se relacionam no processo de produção de diferenças e desigualdades (Crenshaw, 2002).

O reconhecimento sobre as necessidades da rede de apoio familiar e suporte social aos homens com câncer é estabelecido como uma valiosa contribuição, apontada por parte dos estudos analisados (16%). Já a necessidade de melhoria na comunicação e na relação entre os(as) médicos(as) e os homens com câncer (21%), surge como uma estratégia que visa possibilitar a decisão por parte da população masculina sobre o diagnóstico e as formas de tratamento, recuperação e reabilitação.

Os estudos destacaram que a relação entre os profissionais de saúde e os homens com câncer é bastante deficitária e que, em alguns casos, geram hierarquias e desinformações que ameaçam os ideais masculinos, como a força, o poder e o domínio. Dessa forma, para manter socialmente essa masculinidade, os homens acabam adotando ações como a negligência de cuidados com a saúde e a não relação de informações que possibilite contribuir para a oferta de cuidados a essa população.

Ressalto que a análise dos artigos mencionados revelou algumas limitações que merecem uma abordagem mais aprofundada. Sendo assim, a escolha por um intervalo de tempo de investigação mais amplo, permitiria potencialmente a identificação de outras evidências relevantes para a análise proposta. Adicionalmente, alguns estudos não apresentaram descritores e elementos suficientes para serem adequadamente incorporados nesta pesquisa.

Outra limitação esteve associada à delimitação do público-alvo, restringindo-se aos homens já diagnosticados com câncer. Contudo, ao considerar também os estudos sobre homens em estágios de diagnóstico ou rastreamento do câncer, outras manifestações de masculinidades poderiam ter sido analisadas de forma mais abrangente.

Além disso, destaco a escassez na produção científica referente ao estudo do câncer masculino, evidenciando lacunas, sobretudo em relação a questões étnico/raciais e de orientação sexual. No entanto, torna-se crucial salientar que a discussão acerca da temática da saúde do homem é um campo recente e em fase constante de expansão, o que sugere um terreno fértil para futuras investigações e contribuições.

Ao realizar este estudo, pude constatar a relevância da elaboração de pesquisas voltadas para a identificação e análise das diversas manifestações de masculinidade. Essa abordagem revela-se essencial ao considerar duas perspectivas fundamentais: em primeiro lugar, uma

análise singular, que busca contemplar as dimensões subjetivas e individuais dos sujeitos; e, em segundo lugar, uma abordagem plural, que compreende o conjunto de marcadores sociais responsáveis por intersecções e determinações desiguais na sociedade.

Ao reconhecer a diversidade da população masculina e suas demandas específicas em relação à saúde, torna-se possível construir estratégias e ações mais eficazes. Este estudo reforça a necessidade de uma abordagem das masculinidades em saúde que vá além de uma concepção restrita, branca e heteronormativa, ou que simplifique a diferença entre o masculino e o feminino com base apenas na categoria do sexo biológico.

Destaco a importância da compreensão das masculinidades de forma múltipla, considerando o meio cultural onde os homens compartilham suas experiências de saúde e de adoecimento. Nesse contexto, é possível observar a coexistência de masculinidades subordinadas, cúmplices, marginalizadas, locais e globais, cada uma capaz de proporcionar experiências diferenciadas aos homens acometidos pelo câncer. Essa perspectiva enriquece a compreensão e a implementação de práticas de saúde mais inclusivas e sensíveis às diversas realidades masculinas.

3 ADOECIMENTO POR CÂNCER E TRATAMENTO ONCOLÓGICO: POLÍTICA DE SAÚDE E AS MASCULINIDADES EM FOCO

Neste capítulo, busquei desenvolver uma abordagem crítica, a fim de compreender as razões e os processos que levaram o câncer a ocupar um lugar de destaque, entre as políticas de saúde no Brasil. Para isso, procurei analisar a produção das representações sociais sobre esta doença, enquanto um grave problema de saúde pública. Além disso, busquei identificar os elementos que viabilizaram a entrada do câncer na agenda de saúde política e governamental do país.

A partir desta perspectiva de análise crítica, no primeiro momento, foi possível refletir e compreender a dinâmica e a complexidade que envolve o processo de formulação das políticas públicas – aqui, em especial, as políticas sociais de atenção à saúde - levando em conta seus espaços de construção, a mobilização desencadeada pelos grupos de interesse e/ou pelos atores sociais, as disputas e os objetivos políticos em questão.

No segundo momento, busquei investigar os principais programas e políticas públicas nacionais, que envolvem a atenção em saúde pública e o tratamento oncológico, voltados à população masculina em fase adulta. A fim de atender aos objetivos analíticos desta tese, destaquei a PNAISH (2009), a PNPCC (2013) e a PNSIPN (2017).

Sendo assim, procurei elaborar uma reflexão crítica sobre *como* e *se* estas ações, considerando os aspectos de prevenção e controle do câncer no Brasil, estão organizadas para de fato atender a população masculina na fase adulta, considerando as suas especificidades e as suas distintas necessidades em saúde. Esta perspectiva sugere um olhar ampliado, a fim de considerar as populações de homens, historicamente, estigmatizadas e muitas vezes alijadas do direito a usufruir de adequadas políticas públicas de saúde, como por exemplo, a população *gay*, negros, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, entre outras.

3.1 O CÂNCER NA AGENDA DA POLÍTICA DE SAÚDE

Na área voltada para o conhecimento das políticas públicas, é possível constatar que não há uma única, nem melhor, definição sobre o seu conceito. Tendo isso em mente, esta tese

procurou situá-la, na relação entre o importante papel da sociedade e do Estado. Parto do princípio de que a política pública não tem identificação exclusiva com o Estado, e sim, sua maior identificação está associada com a *coisa pública*³² (de todos), por isso está relacionada tanto ao Estado quanto à sociedade. Nesse contexto, o Estado e a sociedade ganham representatividade, poder de decisão e condições de exercer a direção sobre os atos e as deliberações do governo.

De acordo com Pereira (2008), fazem parte do *gênero* políticas públicas todas aquelas que requerem a participação ativa do Estado, sob o controle da sociedade, no planejamento e na execução de procedimentos e metas voltados para o atendimento das necessidades sociais – como por exemplo, as políticas econômica e social. No que se refere ao conceito de política pública, esta autora destaca duas interpretações: a primeira privilegia o Estado como seu produtor exclusivo e concebe o termo *público* como sinônimo de *estatal*; e, a segunda evidencia a relação contraditória entre o Estado e a sociedade. Nesta, a sociedade exerce um papel de destaque ativo e decisivo, onde o termo *público* é muito mais amplo e abrangente que o termo *estatal*.

Não pretendo aqui, trabalhar as diversas teorias ou concepções sobre o Estado, bem como suas relações estabelecidas com a sociedade. É sabido que o Estado não é um fenômeno unívoco em todos os momentos históricos e em todos os contextos socioculturais, e por isso, não constitui um conceito universal. Sua dinâmica e particularidade recomendam qualificá-lo e situá-lo na história, pois, todas as definições de Estado estão assentadas na ideia de poder, configurando pactos institucionalizados.

No entanto, é fundamental destacar seu papel como ator político na busca de objetivos que não são meros reflexos das demandas ou dos interesses de grupos sociais, classes ou sociedade. Nesse contexto, evidenciam-se as capacidades do Estado de se opor a grupos sociais poderosos, implementar políticas públicas e executá-las em situações socioeconômicas adversas.

Trata-se, a sociedade, de um conceito complexo e que, também, não será aprofundado neste estudo³³. Mas, para os objetivos desta tese, busquei focar a sociedade na sua relação

³² Forma de organização política que se pauta pelo interesse comum, de todos, da comunidade e não, apenas, da soberania do Estado (Pereira, 2008).

³³ Foram os pensadores jusnaturalistas modernos/liberais clássicos (confiantes da existência de um direito natural, diferente do direito positivo – criado pelos homens e regulado pelo Estado), dentre eles Hobbes e Locke, que

com o Estado, também, de forma recíproca e antagônica. Parto do princípio que a definição de sociedade vai além da soma de indivíduos e de qualquer atividade humana, assim, mesmo individual ela é social. Além disso, a sociedade consiste no conjunto de instituições que são responsáveis pela representação de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos e de ideologias³⁴ – como por exemplo, os partidos políticos, as igrejas, as organizações profissionais, os sindicatos, os meios de comunicação, as instituições de caráter científico e artístico (Coutinho, 1996).

A política pública enquanto um campo da *policy science*, surgiu nos EUA e na Europa no segundo pós-guerra, quando estudiosos sobre os assuntos políticos procuravam entender a dinâmica das relações entre os governos e os cidadãos. Enquanto área do conhecimento e disciplina acadêmica, a política pública emergiu nos EUA, diferenciando-se dos estudos e pesquisas europeus, que tinham como foco central de suas análises o papel do Estado e suas instituições, em detrimento da ação dos governos.

A área voltada para o conhecimento sobre as políticas públicas teve como principais contribuições os estudos de Lasswell³⁵ (1936), que introduziu a expressão *policy analysis*, como forma de conciliar o conhecimento científico e acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre os cientistas sociais, os grupos de interesse e o governo.

Para Bachrach e Baratz (1962), as decisões políticas deveriam ser analisadas não apenas a partir do que se decide, mas, também, sob o ponto de vista do que não se decide. Nesse contexto, os autores chamam a atenção para os conflitos encobertos/ocultos, mostrando que a luta pelo poder não pode ser evidenciada somente nos conflitos aparentes. Na mesma direção, Dye (1984) afirma que a política pública sintetiza tudo aquilo que o governo decide ou *não*

incorporaram na teoria política moderna o uso do termo sociedade civil, a partir do século XVII. A acepção do termo teve a marca original da ideologia liberal. Nesse contexto, a sociedade civil era equivalente à sociedade civilizada e oposta à sociedade primitiva - percebida como em permanente estado de guerra.

³⁴ Nesta tese, contraponho o pensamento que concebe a separação entre indivíduo/sociedade e compartilho do conceito de *sociedade civil*, conforme entendido por Gramsci (1978). Este pensador, de filiação marxista, difere-se da concepção de Estado em Marx, para quem o Estado é um instrumento de dominação da classe dominante e a sociedade civil faz parte do terreno estrutural, ou seja, da base de reprodução material – onde se eleva uma superestrutura jurídica e política. Para Gramsci (1978), a sociedade é um conjunto de instituições que garantem a *hegemonia*; marcada por relações contraditórias de ordem ideológica e cultural.

³⁵ Lasswell foi o primeiro autor a desenvolver uma abordagem para o estudo do governo, a fim de auxiliar na tomada de decisão. Para isso, contou com o apoio e criação de um corpo de profissionais treinados em teorias e métodos adequados a essa finalidade. Entre os anos de 1940 e 1970, o autor desenvolveu e refinou sua visão sobre essa abordagem, com o foco no conhecimento do processo e no processo de produção de políticas públicas.

fazer. Sendo assim, este autor chama a atenção para o fato de que uma política pública não significa somente a ação do Estado frente às demandas sociais. Pode ser também a *não-ação*, marcada pela intenção de uma autoridade pública frente a um problema ou uma responsabilidade de sua competência.

Embora estas perspectivas de análise, associem a política pública, somente, à escolha do Estado, seu mérito reside em chamar a atenção para dois aspectos a respeito dessa temática. O primeiro, é que ela torna evidente a importância do papel do Estado para a elaboração das políticas públicas. Por mais que possam exercer influência sobre as escolhas e as ações governamentais, as ações dos setores da sociedade (como por exemplo, as instituições de caridade ou grupos/indivíduos de interesses particulares) não configuram como políticas públicas. Segundo que, muitas das *não-ações* do Estado ocorrem como parte de um plano, que não prevê determinadas escolhas públicas. Apesar disso, não se tornam inócuas pelo fato de não se realizarem, ao contrário, muitas vezes produzem impactos que podem ser mais drásticos do que os gerados por ações governamentais.

A fim de traçar um paralelo entre as definições de políticas públicas descritas por Bachrach e Baratz (1962) e Dye (1984), menciono a título de exemplo prático, a política de governo do Presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), frente à primeira fase da epidemia por Covid-19. A estratégia *bolsonarista* de negação da epidemia estimulou uma série de comportamentos inadequados da população frente às ações de prevenção e controle da doença, além disso contribuiu para a disseminação de uma série de informações inverídicas. Assim, no contexto mundial, o Brasil representou o segundo país a produzir os piores indicadores relativos a óbito e contaminações.

Em meio ao *desgoverno* do Presidente Jair Bolsonaro, foi possível, ainda, acompanhar o conjunto de negligências às ações promovidas pelo Ministério da Saúde e as estratégias de distorção do sentido de cuidado e saúde, em *prol* de um ordenamento machista (Medrado *et al*, 2021). Como noticiado pela imprensa brasileira, o presidente Jair Bolsonaro afirmou, em um pronunciamento público, que seria preciso enfrentar o problema *como homem, pô, não como moleque*. Em outros momentos, também, foi possível constatar o emprego de expressões oriundas desse ordenamento machista, no pronunciamento em rede nacional, onde o presidente afirmou que *no meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar. Nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma*

*gripezinha ou resfriadinho*³⁶.

No Brasil³⁷, foram vários os fatores que contribuíram para o aumento do interesse na área das políticas públicas. Souza (2007), destaca como fatores preponderantes: a adoção de medidas restritivas de gasto; a substituição das políticas *keynesianas* do pós-guerra por políticas restritivas de gastos; e, por fim, a ausência de políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e a inclusão social, principalmente, nos países em desenvolvimento.

Assim, as preocupações iniciais dos estudos sobre as políticas públicas no Brasil, estiveram associadas às preocupações de ordem econômica, em detrimento das preocupações de ordem política, como por exemplo, o papel das instituições, partidos e eleições. No entanto, a batalha entre estes paradigmas – marcados por determinações econômicas de um lado, e políticas de outro – possibilitou que a política pública passasse a ser compreendida enquanto uma variável independente, ou seja, que ela pudesse destacar a participação de atores estratégicos na sua produção e requerer teorias políticas e sociais para sua explicação.

Nesse sentido, é possível inferir que a política pública necessita explicar as relações que são estabelecidas entre Estado, política, economia e sociedade. Para tal, ela busca sintetizar as teorias construídas nos campos da Sociologia, Ciência Política e da Economia, configurando um campo multidisciplinar do conhecimento. Por isso, os pesquisadores de diferentes disciplinas (Economia, Ciência Política, Antropologia, Ciências Sociais Aplicadas, dentre outras) manifestam interesse pela área e contribuem de maneira significativa para os avanços teóricos e empíricos nesta área.

Viana e Baptista (2008), ao abordarem o conceito de política pública, afirmam que é fundamental compreender as ações do Estado, referindo-se ao processo de construção de uma iniciativa governamental, voltada para um setor específico. Esse processo engloba aspectos como alocação de recursos, envolvimento de diversos atores, consideração de arenas de debate, formulação de ideias e negociações. Assim, a política pública corresponde a uma ação do Estado que busca responder e atender as demandas da sociedade em diferentes setores. Elas se traduzem em políticas econômicas, políticas externas, políticas administrativas e políticas

³⁶ UOL. Diferente do discurso de Bolsonaro, *histórico de atleta* não salva competidores profissionais do coronavírus. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/vida-fit/2020/03/5603546--historico-de-atleta-nao-salva-competidores-profissionais-do-coronavirus.html>. Acesso em 26.03.2024.

³⁷ O final dos anos 1970 e os anos 1980 marcaram o início efetivo dos estudos de políticas públicas no Brasil.

sociais – como por exemplo, saúde, educação, saneamento básico, transporte, segurança, entre outras.

Na mesma perspectiva, Souza (2007) afirma que a política pública representa um campo do conhecimento que busca, simultaneamente, mobilizar a ação do governo e que, quando preciso, propõe ajustes na execução ou na orientação de tais políticas. Esta autora, resume a política pública como:

[...] o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (Souza, 2007, p. 69).

Pereira (2008) afirma que para alguns estudiosos o conceito de política pública está relacionado, somente, aos resultados da atividade política dos governos (*outputs*). Entretanto, a política pública vai além dessa visão parcial e pragmática, ela contempla, também, as demandas externas, provenientes da sociedade (*inputs*), bem como as reivindicações e apoio de grupos de interesse³⁸ de dentro do próprio sistema (*withnputs*).

No desenvolvimento de minhas análises, pude compreender que a elaboração de uma política pública consiste em um processo complexo, marcado por diversos condicionantes de caráter polifônico e muitas vezes contraditório em si, respondendo a determinados interesses e excluindo outros, de acordo com a correlação de forças em disputa. Além disso, constatei que a política pública implica sempre e, simultaneamente, a intervenção do Estado, envolvendo diferentes atores sociais, seja por meio de demandas, seja através do controle democrático.

De acordo com Marques (2013), a política pública é definida como um *conjunto de ações implementadas pelo Estado e pelas autoridades governamentais, em um sentido amplo* (Marques, 2013, p. 24). Este autor afirma que estudá-las, significa analisar *como e por que* o Estado age, dadas as condições que o cercam. A partir de suas análises, foi possível constatar o crescente processo de *politização* que passou a influenciar a produção das políticas públicas - desde as primeiras formulações nos anos 1930 e 1940, até o início do século XXI - tornando evidente sua marca central:

³⁸ São os grupos que procuram fazer valer seus interesses junto ao poder político. Diferem-se de outros grupos pela sua interação – sob qualquer forma – com as instituições do Estado e com os partidos engajados na luta pela conquista e o exercício do poder (Mény, 1992).

[...] processos complexos, atravessados por diversas dinâmicas de poder, embora em constante interação com ambientes institucionais, relacionais e cognitivos que as cercam, ambientes estes que são construídos ativamente pelos atores (Marques, 2013, p. 24).

Muitos modelos explicativos de formulação e análise das políticas públicas foram desenvolvidos ao longo dos anos, a fim de viabilizar o entendimento de como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação. Isso se deve ao fato de que, a fase inicial dos estudos relacionados à política pública foi marcada por certa indistinção, absorvendo tanto as contribuições do campo da Administração Pública, bem como da Ciência Política³⁹.

Com o objetivo de sugerir alternativas para aprimorar o funcionamento das políticas e do Estado, o conhecimento oriundo da Administração Pública desenvolveu estudos centrados no campo operacional e técnico das políticas, associado à administração de serviços e benefícios sociais. Durante o século XIX, no contexto de racionalização do Estado e da política, as Ciências Sociais foram marcadas pelo entendimento de que os problemas sociais seriam passíveis de serem solucionados mediante o conhecimento apropriado e a aplicação de técnicas específicas, bastava o engenho técnico e a racionalidade operativa. Nesse sentido, não estariam incorporados nas análises das políticas públicas os processos políticos e as mediações sociais, mas, somente, os problemas eminentemente técnicos a serem resolvidos de maneira técnica.

Já o campo da Ciência Política, com viés mais *analítico*, buscou compreender e analisar as políticas e o Estado, contextualizados dentro de uma dinâmica complexa e conflituosa da realidade social. Segundo Marques (2013), os modelos de natureza *analítica* das políticas públicas, tendem a considerar os mesmos processos complexos, plenos de conflitos e gerados por vários centros de dinâmica.

Por meio do viés analítico, foi possível identificar a importância do crescente papel das agências estatais, burocracias e instituições, a configuração dos atores sociais em interação, assim como, o papel das ideias e dos valores na produção de políticas públicas. Consequentemente, notou-se a perda da importância da *racionalidade* e do próprio processo de *decisão* na formulação de políticas, trazendo para o centro do debate outros momentos do ciclo de sua produção, como por exemplo, a fase de formação da agenda.

³⁹ Entre estas perspectivas, destacam-se o pluralismo, o marxismo, a teoria das elites e o neoinstitucionalismo.

Na produção das políticas públicas, é bastante comum que a formação da agenda seja apresentada como uma etapa inicial, à qual se seguem, em geral, a tomada de decisão, implementação e avaliação. Além disso, ela vem antes de qualquer atividade de normatização de uma política, envolve a identificação de problemas que requerem atenção governamental e uma busca inicial por soluções possíveis, confrontadas com seus custos e efeitos estimados.

O ciclo de produção das políticas foi originado por Lasswell (1951), dividindo o processo da política em sete fases que compreendem desde a promoção de determinada ideia, de como solucionar um problema, até a própria solução do problema, porém, circunscrita ao âmbito governamental. Dessa maneira, a política pública atravessa os seguintes estágios: entrada do problema na agenda pública, estruturação do problema, conjunto das soluções possíveis, análise dos pontos positivos e negativos das mesmas, tomada de decisão, implementação e avaliação. Este modelo de ciclo, configura um processo incessante, pois se realimenta constante e sistematicamente.

No entanto, outro aspecto que Marques (2013) chama a atenção, ao analisar a configuração das políticas públicas, está relacionado à representação de seu processo. As fases do ciclo de produção das políticas se tornaram mais complexas, formando um intrincado conjunto de políticas e programas novos e antigos, ao mesmo tempo superpostos e específicos de cada política. Apesar das críticas deste autor, ao modelo de representação das políticas através do ciclo de produção, este modelo se apresenta como uma importante ferramenta descritiva, que pode fornecer um mapeamento da configuração de cada política específica, que após a compreensão dos detalhes que cercam a política sob estudo, necessita ser problematizado.

Capella (2018), ao apresentar e discutir os modelos teóricos que auxiliam na compreensão do processo de formulação de políticas públicas, resume este processo por meio de dois elementos, a saber: a definição da agenda (*agenda-setting*) e a definição de alternativas. A definição da agenda envolve o foco da atenção em torno de questões ou problemas específicos/individuais, que quando compreendidos enquanto problemas sociais, são incorporados na agenda pública de um determinado governo, por meio de um processo complexo.

De acordo com Capella (2018):

A agenda está relacionada ao conjunto de temas ou problemas considerados importantes em um determinado momento, como resultado da ação política de atores

como burocratas, movimentos sociais, partidos políticos, mídia, entre outros (Capella, 2018, p. 13).

Por sua vez, a etapa de definição de soluções/alternativas compreende a exploração e o desenho de um plano possível para a ação. Assim sendo, o exame do processo de formulação de políticas corresponde à compreensão do porquê alguns assuntos se tornam importantes e acabam concentrando o interesse de vários atores, enquanto outros não.

De maneira mais abrangente, pode observar que a forma como o problema é compreendido pelos atores políticos e a maneira pela qual ele é definido na fase de formação da agenda, orientará todo o debate que permeia as escolhas no processo decisório e influenciará as ações nos momentos de implementação e avaliação. Nesse sentido, cabe destacar que os estudos desenvolvidos sobre as políticas públicas, têm mostrado que investigar a definição de agenda e de alternativas corresponde, em última análise, a investigar, apenas, o poder político. Isso porque, tanto a agenda como as alternativas são definidas, isto é, determinadas em termos de suas características, em uma complexa combinação de instituições e atores, envolvendo elementos técnicos e políticos.

Não pretendo trazer para o debate, as diversas perspectivas e os modelos de análise sobre as políticas públicas encontradas na literatura nacional e/ou internacional, pois, para os objetivos definidos previamente nesta tese, basta-me a compreensão sobre o processo de reorientação de tais análises que, cada vez mais, vem sendo pensadas sob a perspectiva *política* em detrimento de uma análise *racional/normativa*, exigindo um viés político para a compreensão das mesmas.

Sendo assim, a noção de política pública privilegiada neste estudo, fornece a possibilidade de compreender as relações entre o Estado e a sociedade como relações recíprocas e antagônicas ao mesmo tempo. Além disso, busca romper com o enfoque hierárquico, linear e funcionalista do ciclo de produção das políticas; evidenciando os atores sociais no processo de formação e processamento da política e revelando as estratégias e os métodos do Estado para alcançar as demandas sociais.

Face ao exposto, na próxima seção deste capítulo, procurei expor o complexo processo de disputas que o problema do câncer, enquanto doença grave, percorreu até ser reconhecido como um foco de atenção mais (ou menos) relevante de importantes ações governamentais. Além disso, busquei identificar as políticas públicas, desenhadas para responder às necessidades sociais, relacionadas ao adoecimento por câncer e ao tratamento oncológico entre

a população masculina, seus possíveis conflitos, o contexto social, o papel dos indivíduos, grupos e instituições que estiveram envolvidos nas decisões e que, também, foram afetados por tais políticas.

3.1.1 O câncer no Brasil

Até o início do século XIX, o câncer foi visto como um mal que atingia de forma generalizada o corpo do indivíduo, em consequência de desequilíbrios orgânicos, fatores ambientais e/ou hereditários. Além disso, a doença já esteve associada aos castigos divinos e representada no imaginário social como uma sentença de morte.

A partir do século XIX, o conhecimento sobre o câncer passou por várias modificações que foram centrais na compreensão mais ampla da doença, como por exemplo, os avanços técnicos da microscopia, o desenvolvimento do campo da patologia e a ampliação do conhecimento sobre as células e suas funções. Dessa maneira, as noções adquiridas permitiram que a doença fosse compreendida como um *evento biológico específico*, ou seja, como um *processo patológico degenerativo de um órgão específico* e, não mais como um *problema generalizado*, relacionado aos corpos dos indivíduos (Teixeira *et al*, 2012, p. 19).

Mesmo com os avanços mencionados, e que permitiram um novo olhar sobre a doença, *as possibilidades de tratamento eficazes permaneciam inexistentes, restando aos acometidos, a internação em asilos para desenganados, nos quais em meio ao sofrimento, esperavam o momento da morte* (Teixeira; Fonseca, 2007, p. 15). Assim, ao longo do século XIX, o câncer continuou associado à imagem de morte iminente e caracterizado como um grande causador de mal-estar à saúde da população.

Neste período, a eficácia dos tratamentos médicos voltados para a doença continuava quase nula. Grande parte das cirurgias não obtiveram êxito, ou no máximo proporcionaram uma curta sobrevida às pessoas acometidas pela doença. No campo dos tratamentos medicamentosos, a situação era a mesma, as diferentes fórmulas preconizadas para a regressão dos tumores não obtiveram nenhuma eficácia e, muitas vezes, ainda pioraram o estado geral das pessoas com câncer.

No tocante à assistência terapêutica às pessoas acometidas pela doença, foi possível

observar que as instituições filantrópicas foram as principais responsáveis pela condução do cuidado oncológico. No Brasil, as pessoas acometidas pelo câncer recorriam aos cuidados de agentes da medicina popular ou de entidades filantrópicas, como por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia - que surgiram no país a partir do século XVI. Já as pessoas que possuíam melhores condições financeiras, eram cuidadas em suas residências com a devida assistência médica (Teixeira *et al*, 2012).

No que se refere ao campo do conhecimento, ao longo do século XIX, os principais objetos de estudo das faculdades médicas brasileiras foram os cânceres de pele, de mama, do útero e do aparelho digestivo. Entretanto, a terapêutica do câncer incorporava diversas fórmulas não específicas, somadas às técnicas de cauterização de tumores de pele e realização de cirurgias que, por vezes, foram criticadas em virtude do alto índice de insucessos.

As cirurgias mais empregadas à época, foram a mastectomia⁴⁰ e a histerectomia⁴¹ radicais. A ablação cirúrgica dos órgãos reprodutores femininos, do útero e dos ovários, era vista como uma maneira de tratar as mulheres, ou como uma prática suspeita. A duvidosa reputação das cirurgias ginecológicas, juntamente, com a alta mortalidade resultante dessas cirurgias, repercutia, ocasionalmente, nos profissionais envolvidos que foram acusados de homicídio pelos procedimentos malsucedidos (Moscucci, 1990).

No que se refere aos aspectos de prevenção da doença, as medidas propostas estavam vinculadas ao âmbito das noções da medicina, que tinham no cuidado com a alimentação e na abstinência de fortes emoções suas principais indicações. Dessa maneira, é possível afirmar que o século XIX não representou um período marcado por avanços relevantes, no que diz respeito à produção de conhecimento e desenvolvimento da prática médica relacionada ao câncer no Brasil.

Não obstante ao aumento da eficácia da medicina no período mencionado - através do desenvolvimento de testes diagnósticos, novas profilaxias e métodos terapêuticos da microbiologia - as pessoas com câncer, ainda permaneceram sem ganhos reais em seus tratamentos oncológicos. A alternativa continuava sendo a retirada do órgão ou tecido atingido

⁴⁰ A mastectomia radical consiste no procedimento cirúrgico de remoção da mama, dos linfonodos axilares e dos músculos peitorais (parede torácica). Atualmente, essa cirurgia é raramente realizada.

⁴¹ A histerectomia radical consiste no procedimento cirúrgico de retirada do corpo do útero, do colo do útero, da região superior da vagina e de parte dos tecidos. A técnica é utilizada, somente, em casos de câncer em estágio avançado.

pela doença, por meio de técnicas cirúrgicas, ou a destruição e cauterização dos tumores.

Dessa maneira, pode-se constatar que até o início do século XX, a preocupação médica com a doença em questão se manteve inexpressiva. No Brasil, o câncer era considerado como uma doença de pequena incidência, sem possibilidade de cura e que atingia a população mais abastada da sociedade. Esta visão distorcida, de que o câncer escolhia suas vítimas entre os mais ricos, ocorria por conta da grande quantidade de mortes por tuberculose, observada à época entre a população mais desassistida.

Sendo assim, ao longo do século XIX e início do século XX, não houve nenhuma ação específica voltada ao controle da doença e sim, a ausência de conhecimento sobre a origem do câncer e a incapacidade terapêutica da medicina para tratá-lo. Sua pequena incidência, quando comparado às doenças epidêmicas da época, tornavam o adoecimento por câncer distante das preocupações da saúde pública.

A despeito da pouca resolutividade da medicina, no final do século XIX e no início do século XX, cabe destacar algumas ações e sujeitos que foram referências no combate ao câncer no país. Dentre eles, ressalto o médico Hilário de Gouveia⁴², responsável por publicar o primeiro estudo sobre a temática do câncer e da hereditariedade, na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, no ano de 1886.

Na década de 1910, no que se refere à prática de assistência médica, foram evidenciadas as primeiras intervenções por meio do uso de forma terapêutica dos aparelhos de radiografia – trazidos ao país, por médicos do Rio de Janeiro e da Bahia – entretanto, com muitas restrições para utilização no tratamento de alguns tipos de câncer. No que se refere à produção do conhecimento, outro marco importante foi a realização do I Congresso Brasileiro de Câncer, na cidade do Rio de Janeiro, em 1935. O evento foi motivado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e pelo interesse de associações médicas no combate ao câncer e detecção precoce (Teixeira; Fonseca, 2007).

Ao longo dos diferentes períodos históricos, até aqui analisados, pude observar o silenciamento e a ausência do debate sobre a assistência à população masculina, no que se refere aos aspectos relacionados à prevenção, controle e cuidado do câncer, por parte dos governos e dos atores/grupos sociais inseridos na dinâmica e consolidação de uma atenção especializada. Esta invisibilidade dos corpos masculinos, frente ao adoecimento por câncer e ao tratamento

⁴² Médico oftalmologista e professor. Um dos pioneiros da oftalmologia brasileira e primeiro a descobrir o retinoblastoma (tipo de câncer nos olhos), como uma doença hereditária.

oncológico, pode estar associada, tanto ao controle e forte medicalização dos corpos femininos, bem como ao distanciamento social dos homens, no que se refere aos cuidados em saúde.

Do ponto de vista do controle e da medicalização social, na construção das políticas públicas de saúde no Brasil, os grupos populacionais de mulheres, crianças e idosos tiveram uma atenção especial do Estado, com a finalidade de cuidar do corpo social. As mulheres, pela responsabilidade em reproduzir corpos saudáveis e fortes; já as crianças e os idosos, por serem considerados frágeis diante das doenças e dos infortúnios da vida (Carrara; Russo; Faro, 2009).

Outra possível explicação sobre a invisibilidade dos corpos masculinos na saúde, pode estar associada ao fato de que o conhecimento produzido pelas áreas biomédicas e de formulação de políticas públicas, tendem a não problematizar o homem como sujeito autor do cuidado e as masculinidades como objeto de estudo. Sendo assim, as questões culturais, políticas e econômicas que permeiam o universo das masculinidades, não são reconhecidas como vulnerabilidades próprias do público masculino e não configuram demandas para as políticas públicas e para os serviços de saúde (Couto *et al*, 2010).

Apesar disso, foi possível constatar o acúmulo de conhecimento produzidos a partir da década de 1980, que representou um marco para o fomento do debate, em vários espaços, sobre a importância das relações de gênero para se discutir questões sociais, inclusive aquelas relacionadas à saúde, considerando as contradições inerentes às práticas de saúde e aos processos de saúde/doença/cuidado entre homens e mulheres. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde, foram impactadas por essas modificações advindas do campo do conhecimento, conforme foi possível verificar no debate apresentado, nos tópicos seguintes deste capítulo.

3.1.2 De doença desconhecida a problema de saúde pública no Brasil

Nas duas primeiras décadas do século XX, a saúde pública alcançou uma posição de destaque em decorrência da demanda por parte da elite brasileira e por meio do movimento sanitário, que identificaram as precárias condições sanitárias como resultado da ausência do poder público. O movimento sanitário buscava a centralização dos serviços de saúde pública, a criação de um serviço de endemias rurais e do Ministério da Saúde Pública. Além disso,

afirmava que a superação do insatisfatório quadro de saúde que assolava o país, só seria viável por meio da centralização e da expansão dos serviços federais de saúde (Hochman, 1998).

Ao elaborar o estudo sobre as origens das políticas nacionais de saúde pública durante a Primeira República, com especial ênfase nas décadas de 1910 e 1920, Hochman (2011) observou que:

Um dos poucos consensos estabelecidos no primeiro século republicano foi de que caberia ao poder público, e na maioria das formulações ao Estado nacional, a responsabilidade de nos livrar de todos esses males. Essa concepção deriva, entre outras, da percepção de que doenças transmissíveis (em suas formas endêmicas ou epidêmicas) eram fenômenos da crescente e complexa interdependência social do mundo moderno, e que seus efeitos negativos não poderiam ser minorados ou suprimidos apenas por ações ou soluções individuais ou voluntárias (Hochman, 2011, p. 482).

Em sua primeira fase, o movimento sanitarista circunscreveu suas ações ao saneamento urbano e às epidemias que mais atacaram a cidade do Rio de Janeiro. Um desses movimentos, ficou conhecido como a Liga Pró-Saneamento, criada em 1918, que desencadeou uma campanha pelo saneamento rural e o combate às endemias. O movimento sanitarista pretendia alertar as elites políticas e intelectuais para a precariedade das condições sanitárias e obter apoio para uma ação pública efetiva de saneamento no interior do país. Sua principal reivindicação foi a criação do Ministério da Saúde Pública, onde não obteve êxito. Sendo assim, o Departamento Nacional de Saúde ficou subordinado ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores, sob direção de Carlos Chagas⁴³.

Cabe destacar quatro acontecimentos que foram importantes para o surgimento e consolidação do movimento sanitarista. O primeiro está relacionado ao impacto da divulgação, também em 1916, do relatório da expedição médico-científica ao interior do Brasil, pelo Instituto Oswaldo Cruz. Para Albuquerque *et al* (1991), este relatório revelou um país com uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutiva e abandonada, e sem nenhuma identificação com o Brasil. O segundo evento está associado à repercussão do discurso proferido por Miguel Pereira⁴⁴, caracterizando o país como um imenso hospital. Terceiro, a

⁴³ Foi um biólogo, médico sanitarista, infectologista, cientista brasileiro, que trabalhou profissionalmente como clínico e pesquisador. Atuante na saúde pública do Brasil, iniciou sua carreira no combate à epidemia por malária.

⁴⁴ Foi um professor e médico sanitarista brasileiro, membro da Academia Nacional de Medicina. Conhecido como inaugurador do movimento pelo saneamento no Brasil.

repercussão dos artigos de Belisário Penna⁴⁵ sobre saúde e saneamento e, por último, a própria atuação da Liga Pró-Saneamento, entre os anos 1918 e 1920, período em que se iniciou a implementação da reforma dos serviços de saúde federais.

Diante do interesse pela saúde das regiões rurais e pelo controle de doenças, associados aos entraves no desenvolvimento econômico e social do país, efetivou-se uma reforma sanitária que criou o primeiro serviço de saúde de âmbito nacional. O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920, foi considerado o precursor da nacionalização das políticas de saúde e saneamento no país. A partir de sua constituição, ampliaram-se as ações de saúde que, até então, eram de responsabilidade do Estado, no sentido de inspecionar o controle de doenças, dentre elas, o câncer.

Apesar da iniciativa ter trazido o problema do câncer para a órbita da saúde pública, não obteve resultados satisfatórios em relação à doença. A única medida posta em prática foi a ampliação dos quesitos específicos nos atestados de óbitos pela doença, com o objetivo de obtenção de dados epidemiológicos confiáveis para as estatísticas. Embora o regulamento do DNSP indicasse a responsabilidade do Estado pelas ações de controle do câncer, as atividades nesse campo foram de caráter residual em comparação às doenças transmissíveis, que dominavam as discussões sobre saúde, estruturas sanitárias e higiene (Araújo Neto; Teixeira, 2017).

No Brasil, o aumento da preocupação com o câncer só foi observado, a partir da proximidade de médicos brasileiros com a literatura internacional e, principalmente, por meio da participação destes em congressos e conferências internacionais. A partir do contato de alguns médicos brasileiros com trabalhos apresentados em congressos e conferências sobre o câncer, que à época começavam a surgir, foram aumentando as preocupações com a doença, fazendo com que a comunidade médica brasileira, aos poucos, passasse a compartilhar as mesmas preocupações observadas nos países do hemisfério norte em relação à possibilidade de aumento de sua incidência (Araújo Neto; Teixeira, 2017).

Mesmo assim, o interesse pelo controle do câncer se restringiu a uma pequena parte da elite médica do Rio de Janeiro. As ações de saúde pública voltadas ao câncer estiveram longe das responsabilidades das esferas governamentais. A doença era conhecida como um problema pertencente aos países civilizados, resultado dos avanços da medicina e das condições de vida

⁴⁵ Foi um médico e inspetor sanitário, também, conhecido como um dos fundadores da Liga Pró-Saneamento, em 1918.

das populações urbanas (Rabello, 1928).

A partir da década de 1940, os profissionais de saúde despertaram para a necessidade de adotarem medidas mais amplas em relação à enfermidade. O câncer assumiu o espaço de um problema de saúde grave em expansão, porém, seu controle ficou restrito à medicina curativa e às ações pontuais de propagandas sanitárias, que mostravam a importância de sua detecção precoce e a necessidade de tratamento especializado.

Naquela década, também ocorreu o surgimento de várias iniciativas em relação à doença, como por exemplo, a ampliação da ação pública e filantrópica, observada na criação de leitos em hospitais públicos e privados pelo país, voltados para o tratamento de pessoas com câncer. Além disso, verificou-se o surgimento das primeiras ações de prevenção nos ambulatórios, estabelecendo-se as bases objetivas para o processo de institucionalização da Oncologia no Brasil, como uma especialidade da medicina.

A necessidade de ampliar as ações na luta contra o câncer levou à criação, em 1941, do Serviço Nacional de Câncer (SNC), cujos objetivos eram organizar, orientar e controlar a doença no país. O SNC foi o primeiro órgão direcionado à criação e execução de ações e políticas relacionadas ao controle da doença no território nacional. Além disso, este serviço previa a publicação da Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) - com o objetivo de divulgar os conhecimentos sobre a doença - e a cooperação com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na formação de profissionais para a área, por meio de cursos de especialização em Oncologia.

Sob a direção do médico brasileiro Mário Kröeff⁴⁶, conhecido pela medicina brasileira como protagonista do processo de luta contra o câncer, foram instituídos 16 serviços nacionais voltados para as doenças consideradas como obstáculos ao desenvolvimento do país, dentre elas o câncer. Em meio a instauração do Estado Novo⁴⁷ (1937-1945) e a reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública, inaugurou-se o Centro de Cancerologia do Distrito

⁴⁶ Fundou o primeiro núcleo oficial de combate ao câncer no Brasil, chamado Centro de Cancerologia, no bairro do Estácio, na cidade do Rio de Janeiro-RJ, em 1938. Foi eleito para a Academia Nacional de Medicina em 1940. Em 1941, fundou o SNC que foi chefiado pelo mesmo até 1954. Em maio de 1946, transferiu o SNC para o Hospital Gaffrée e Guinle, na Tijuca, Rio de Janeiro-RJ. Fundou a Sociedade Brasileira de Cancerologia e a Associação Brasileiro dos Cancerosos, que mais tarde se converteria no Hospital Mário Kroeff. Fez a primeira exposição sobre câncer no Brasil, patrocinada pelo Jockey Club Brasileiro, em 1948.

⁴⁷ O Estado Novo consistiu no momento da história política brasileira (1937-1945), caracterizado pela centralização do poder, nacionalismo, anticomunismo e pelo autoritarismo do Presidente Getúlio Vargas.

Federal e a primeira enfermagem dedicada aos doentes de câncer em 1938, no Hospital Estácio de Sá, no Rio de Janeiro-RJ. A criação deste Centro prestigiou os serviços médicos dispensados às pessoas com câncer, a formação de recursos humanos para o setor e, também, a área de pesquisa básica. Além disso, ficou conhecido como precursor do que viria a ser, em um período histórico posterior, o INCA.

A partir da década de 1950, a Oncologia deixou de ser um campo de interesse periférico entre os médicos e passou a ocupar um lugar distinto, como uma especialidade médica consolidada. Em agosto de 1957, o INCA foi inaugurado por Juscelino Kubitschek⁴⁸ e Ugo Pinheiro Guimarães⁴⁹. A história da criação e dos primeiros passos do INCA envolveram relações pessoais e interesses profissionais, em um processo que colocou as ações contra o câncer em um patamar mais alto do que a organização e a especialização do campo médico possibilitaram, naquele momento. Situação que determinou vários reveses, no longo processo de institucionalização da Oncologia no país.

A fim de dinamizar as atividades de cunho oncológico, o SNC institucionalizou a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), efetivada em 1967. A CNCC teve como objetivos básicos intensificar e coordenar, no território brasileiro, as atividades desenvolvidas por instituições públicas e privadas, atuando nas áreas de prevenção, diagnóstico, assistência médica, formação de técnicos especializados, ação social, reabilitação e pesquisas relacionadas com a doença. Procurava-se assim, reduzir a incidência e o índice de mortalidade por câncer na população brasileira.

Apesar da amplitude das suas incumbências, na fase do Estado Novo, o SNC teve uma ação bastante tímida, pautada na progressiva incorporação de instituições existentes nos principais estados da federação à CNCC. Somente em fins do século XX, no âmbito das profundas mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, que o câncer passou a ser tratado como um tema de saúde pública, que não poderia estar restrito aos esforços terapêuticos.

No contexto do Estado Novo, especialmente, a partir da segunda guerra mundial, acentuaram-se os mecanismos de disciplinamento e controle social da força de trabalho. Esta fase de aprofundamento do capitalismo trouxe uma nova racionalidade, ou seja, uma nova

⁴⁸ Médico e oficial da Polícia Militar do estado de Minas Gerais. Em 1934, foi eleito deputado federal, mas teve seu mandato cassado pelo golpe do Estado Novo. Elegeu-se presidente do Brasil, em 1955.

⁴⁹ Médico-cirurgião e professor, diretor do SNC e, também, diretor do INCA, no período compreendido entre os anos de 1970-1972. Membro e fundador da Sociedade Brasileira de Tuberculose e da Sociedade Brasileira de Cancerologia.

forma de pensar, por meio da qual, a questão social deveria ser conduzida. O desenvolvimento das forças produtivas, a centralização e a concentração do capital, o aumento de sua composição orgânica, a complexidade e o aumento dos ritmos de trabalho, trouxeram como consequência novas exigências quanto a qualificação e produtividade de importantes parcelas da força de trabalho.

Estas novas exigências e demandas passaram a ser reconhecidas como necessidades sociais da força de trabalho, cujo atendimento representava um acréscimo efetivo no seu valor. Assim, o Estado assumiu uma organização corporativa, canalizando para sua órbita os interesses divergentes, que emergiram das contradições entre as diferentes frações dominantes e as reivindicações dos setores populares, para em nome da harmonia social e do desenvolvimento, da colaboração entre as classes, repolitizá-las e discipliná-las, no sentido de se transformar em um poderoso instrumento de expansão e acumulação capitalista.

As políticas públicas formuladas à época, tomaram forma através da legislação sindical e trabalhista, o que representou, sem dúvida, um elemento central do processo de acumulação. Originárias do reconhecimento público dos riscos sociais do trabalho assalariado, as políticas de seguridade ampliaram-se a partir do segundo pós-guerra mundial, como meio de prover a proteção social aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, inscrevendo-se na pauta dos direitos sociais. A partir da pressão da burguesia industrial, a intensificação da ação do Estado no mercado de trabalho se desenvolveu a partir do bloqueio da capacidade reduzida de manifestação dos operários e dos sindicatos e da restrição e aplicação de aspectos importantes da legislação trabalhista brasileira (Behring, 2022).

As instituições assistenciais e previdenciárias tomaram forma a partir do Estado Novo, a partir desse momento histórico, apareceram de forma evidente, as repostas às necessidades do processo de industrialização e do enquadramento da população urbana, nos marcos do aprofundamento do modo de produção capitalista (Behring, 2022). As ações e as políticas de proteção social do Estado Novo, pouco alteraram as condições de vida da população brasileira. A assistência médica teve por base a noção limitada de saúde, como ausência relativa de doenças, compondo um projeto de medicalização sobre as sequelas da exploração capitalista do trabalho remunerado.

Cabe destacar que, desde a década de 1920, o Estado já vinha lançando mão de estratégias para ampliar seu poder nacional. Dentre elas, a saúde pública obteve destaque na pauta de discussão do poder, por meio de tentativas de ampliação dos seus serviços pelo país.

Nesse contexto, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)⁵⁰, configurando o surgimento do desenho previdenciário brasileiro em 1923.

De acordo com Bravo (2022), as CAPs eram financiadas pelo Estado, pelas empresas e pelos empregados. Elas eram organizadas de modo que, só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e previstos na forma de assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Em 1930, as CAPs deixaram de ter por âmbito as grandes empresas, tomadas individualmente, para abrangerem as chamadas categorias profissionais, dando origem aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Desvinculados da Administração Pública, os IAPs representavam autarquias e eram organizados por categoria profissional. Além disso, os IAPs eram marcados pela crescente participação e controle do Estado, com financiamento tripartite (empresas, operários e Estado). A lógica que sustentava os IAPs era de acumulação e menor gasto com o segurado. Verificava-se assim, a primazia dos benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões), em detrimento dos serviços sociais (Bravo, 2022).

De modo geral, a partir da década de 1930, a sociedade brasileira sofreu alterações substantivas no que se refere ao atendimento de suas necessidades sociais, tendo como indicadores visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além da antecipação do Estado frente às reivindicações dos trabalhadores.

A partir das análises de Santos (1979), observa-se que as relações de trabalho que eram resolvidas no âmbito privado, passaram a ser reguladas e decididas pelo aparato estatal. A legislação trabalhista passou a premiar aqueles segmentos inseridos na ordem *regulada*, por meio de incentivos e benefícios sociais, punindo, ao mesmo tempo, aqueles trabalhadores e organizações sindicais não regularizados e não inseridos no novo marco institucional.

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e

⁵⁰ A partir da Lei Eloy Chaves, aprovada em 1923, lançaram-se as bases para a efetiva política de Seguro Social, cujos princípios fundamentais permaneceram válidos até 1966, quando foram unificadas as instituições da previdência no então, denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

definidas em lei (Santos, 1979, p. 75).

A *cidadania regulada* traz o reconhecimento da dependência do reconhecimento formal por parte do Estado da profissão exercida pelos indivíduos. Todos que exerciam profissões não reconhecidas por lei, como os trabalhadores rurais e os trabalhadores domésticos, tornavam-se pré-cidadãos. Dessa maneira, criavam-se barreiras à entrada na arena política e se estimulava um comportamento de submissão política frente ao Estado. A condição de cidadão ficava, assim, subordinada à categoria profissional. Os direitos sociais eram alcançados, apenas, por aqueles(as) trabalhadores(as) inseridos(as) formalmente no mercado de trabalho e que atendiam à ordem econômica do país, constituindo-se de forma estratificada.

Assim, a política de saúde, compreendida no período de 1930 a 1940, era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (Bravo, 2022). Até 1964, a assistência médica previdenciária era fornecida, basicamente, pelos IAPs, que tinham como pretensão estender para um maior número de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios, como estratégia de antecipação às reivindicações destas categorias, evitando assim uma cobertura mais ampla. Já a saúde pública, enfatizava a necessidade de campanhas sanitárias e concentrava-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas. Assim sendo, nota-se o predomínio da medicina curativa, individual, assistencialista e especializada.

Em 1966, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), os IAPs foram unificados. Por meio da regulação estatal houve a centralização e uniformização dos benefícios assistenciais, excluindo os trabalhadores do processo de gestão. No entanto, o Estado com a finalidade de reduzir as tensões sociais e ganhar legitimidade frente à sociedade, passou a intervir através de ações de assistência e coerção.

Em face da *questão social* no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, com também servir de mecanismo de acumulação do capital (Bravo, 2022, p. 93).

A política nacional de saúde, com ênfase na predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado, enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do

movimento sanitário (Bravo, 2022).

Na década de 1980, com o período de redemocratização política do país, um amplo debate, no que concerne à saúde, permeou a sociedade civil, o que possibilitou uma progressiva mudança em relação à visão de saúde pública. A saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas apresentadas para o setor.

De acordo com Nogueira e Miotto (2006), a aprovação da Constituição Federal, em 1988, foi permeada por confrontos e negociações de grupos opostos ligados ao setor, representando interesses antagônicos. Um bloco formado pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacional), que defendia a privatização dos serviços de saúde, e um outro bloco denominado de Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, referentes à democratização do acesso, a universalização das ações e a descentralização com controle social.

A discussão da questão da saúde teve a sua consagração na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual compreende a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado. Deste modo, surge o projeto de Reforma Sanitária, que teve como principais eixos a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do SUS.

A promulgação da Constituição Federal (1988) apresentou um arcabouço jurídico-legal com a afirmação e extensão dos direitos sociais para enfrentar as desigualdades sociais no país. Compreender a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, implicou em ampliar seu conceito teórico para o campo político e histórico da construção dos direitos sociais.

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (Bravo, 2022, p. 96-97).

Como resultado das lutas populares, dos profissionais e intelectuais da área, o campo da saúde obteve avanços jurídicos no que se refere aos direitos sociais, refletidos na Constituição Cidadã de 1988. Dessa maneira, a Constituição Federal (1988) consagrou o conjunto de princípios do Movimento Sanitário, sendo a saúde incorporada ao tripé da Seguridade Social. Portanto, no que se refere ao modelo de proteção social brasileiro, esta Constituição caracteriza-

se como progressista, sendo a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, as políticas que constituem a tríade da Seguridade Social.

No art. 196 da Constituição Federal (1988), a saúde foi definida como:

Direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196).

Através do esgotamento do modelo bipartido de saúde (saúde pública/medicina previdenciária), determinado pela crônica crise de financiamento e gestão da previdência, novas concepções foram estabelecidas e tornaram possíveis a busca pela ampliação do papel do Estado em relação à saúde como direito social. O movimento social pela saúde, liderado por sanitaristas alinhados ao pensamento progressista, compreendia a saúde da população como um fator determinado, principalmente, por sua forma de vida e de trabalho. Assim sendo, com o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária, foi possível o estabelecimento de debates e novas ideias, com a intenção de provocar mudanças e transformações na área da saúde.

A Constituição Federal (1988) tornou possível estabelecer o caminho para a transformação pretendida, ao dar corpo a uma reforma sanitária que assumiu a *saúde como direito de todos e dever do Estado* (Brasil, 1988, art. 196), possibilitando a construção de um sistema de saúde, descentralizado, gratuito, universal e financiado pelo Estado. No art. 198, encontram-se as diretrizes constitucionais para a estruturação desse sistema:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988, art. 198).

A despeito dos grandes obstáculos, que se impuseram durante sua implantação e dos problemas de financiamento e gestão - que até hoje dificultam o funcionamento do setor, a reforma iniciada com a Constituição Federal de 1988 determinou avanços consideráveis em relação à saúde. A elaboração e a regulamentação do SUS, por meio da Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990, possibilitou a disposição sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Em seu art. 3º é retomada a concepção ampliada de saúde adotada na Constituição

Federal de 1988, onde:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990, Art. 3º).

Na segunda da década de 1990, o projeto de saúde articulado ao mercado consolida-se pautado na política do ajuste, apresentando como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Nessa conjuntura coube ao Estado, apenas, garantir os mínimos sociais aos que não podem pagar, deixando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores.

Em função das políticas de ajustes econômicos e a ênfase no mercado, as possibilidades de financiamento de serviços públicos são reduzidas, ou seja, a saúde continua a sofrer grande impacto pela diminuição dos investimentos e consequente sucateamento dos seus serviços apesar do respaldo jurídico-legal.

Segundo Iamamoto (1999):

As repercussões da proposta neoliberal no campo das políticas sociais são nítidas, tornando-se cada vez mais focalizadas, mais descentralizadas, mais privatizadas. Presencia-se a desorganização e destruição dos serviços sociais públicos, em consequência do enxugamento do Estado em suas responsabilidades sociais (Iamamoto, 1999, p. 36).

Embora o SUS tenha proporcionado avanços jurídicos na organização da saúde, ainda, não foi capaz de superar suas contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto aos atendimentos, a burocratização e a ênfase na assistência médico-curativa. Sendo assim, implementar a legislação referente à saúde, ainda, representa um grande desafio, já que há uma desarticulação entre os níveis de atenção, resultando no retardo de diagnósticos e de tratamento para doenças graves, como o câncer. Isso significa afirmar que o acesso às ações de promoção de saúde no Brasil, ainda, é deficitário.

Face às limitações do SUS, cabe destacar que o advento da Constituição Federal (1988) possibilitou significativos avanços no que se refere ao controle do câncer no Brasil. Dentre eles destacam-se três aspectos que se mostraram centrais, como por exemplo, o desenvolvimento das ações preventivas, a busca de integração entre as instituições relacionadas à doença e o

fortalecimento do papel do INCA na política de controle da doença.

No processo de construção do sistema universal e descentralizado de saúde, o INCA, paulatinamente, passou a assumir o protagonismo na elaboração e implantação da política de controle do câncer do país. O SUS possibilitou que diversas ações fossem atualizadas e que novas diretrizes fossem reforçadas na área da Oncologia, conforme apontado na próxima sessão deste capítulo.

3.2 CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL

Mesmo antes da consolidação da Constituição Federal (1988), o INCA já atendia às necessidades de uma parcela da população, relacionadas ao adoecimento por câncer, por intermédio do Programa de Oncologia (Pro-Onco), criado em 1986. Este Programa, instituído no âmbito da CNCC, caracterizou-se como um termo de cooperação técnica entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde.

Neste momento, o Pro-Onco, a fim de implantar as ações de âmbito nacional nos campos da informação, da prevenção, do diagnóstico e do controle do câncer, prestava a assistência oncológica, somente, para as pessoas que possuíam o vínculo formal de trabalho.

O INAMPS se constituiu como uma política pública de saúde, até a criação do SUS. Foi responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a previdência social, já os setores da população que não faziam esta contribuição, não podiam acessar estes serviços. O INAMPS foi extinto pela Lei nº. 8.689, de 1993, e suas funções, competências, atividades e atribuições foram absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Com a criação do SUS, o atendimento passou a ser universal⁵¹, sendo assim, qualquer pessoa pode acessar o serviço público de saúde, em qualquer parte do país. O Pro-Onco foi transferido para a responsabilidade do INCA nos primeiros anos da década de 1990, marcando o início da discussão sobre o controle do câncer no SUS, principalmente, no que se refere aos

⁵¹ Cabe destacar que a empregabilidade do termo *universal*, faz referência a *universalidade* concebida no campo jurídico.

aspectos de prevenção e cuidados paliativos; incluindo a detecção, o diagnóstico, o tratamento e a recuperação para todas as pessoas com câncer.

As normas específicas para sua organização, funcionamento e financiamento foram publicadas em 1993, com as Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde nº 170 e nº 171 (assistência de alta complexidade cirúrgica oncológica hospitalar e seus respectivos procedimentos), culminando em 1998 com as Portarias nº 3.535 (organização e habilitação de serviços na alta complexidade em oncologia) e nº 3.536, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (atualização, com grande expansão, de radioterapia e de quimioterapia, com procedimentos únicos para o atendimento ambulatorial e hospitalar).

A Portaria nº 170/1993 da Secretaria de Assistência à Saúde foi a primeira iniciativa regulatória de alta complexidade em câncer no Brasil. Após cinco anos, foi publicada a Portaria nº 3.535/1998, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, tendo em vista a necessidade de garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas, estabelecer uma rede hierarquizada dos centros que prestam atendimento pelo SUS e atualizar os critérios mínimos para o cadastramento dos Cacons.

De acordo com Gadelha (2018), no que se refere à atenção oncológica, quatro áreas de atuação foram priorizadas pelo INCA: a) os programas nacionais de controle dos cânceres do colo do útero e de mama; b) o controle do tabagismo; c) os registros de câncer; e d) a capacitação para controle e avaliação em oncologia. Cabe destacar que, em paralelo à essas ações, envidaram-se esforços para desenvolver o campo de cuidados paliativos no Brasil e implementar ações de educação para o controle do câncer nas escolas de medicina e de enfermagem.

Através do INCA, na segunda metade da década de 1990, foi implantado o Projeto Piloto Viva Mulher⁵², com a finalidade de desenvolver as bases para a estruturação de um programa de rastreamento do câncer do colo de útero, com o alcance nacional. Entre as ações que ganharam destaque na área da atenção oncológica, o Programa Viva Mulher teve um papel fundamental na ampliação da cobertura das políticas de controle do câncer e na construção de redes de atores e instituições, dedicados a um empreendimento de grande monta, para lidar com

⁵² Conhecido, também, como Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama.

o problema do câncer no Brasil (Gadelha, 2018).

Inicialmente organizado como uma campanha de capacitação profissional e realização de exames citopatológicos em diversas cidades brasileiras, o Viva Mulher passou por diversas transformações em quase uma década de sua história, até tornar-se parte oficial da agenda programática da saúde pública nacional. Nesse intervalo, consolidou bases fortes pelos Estados da federação, que podem ser notadas na manutenção de seu nome nos planejamentos de alguns programas estaduais de oncologia. Também estabeleceu ações que têm permanência na política atual, como a capacitação de profissionais em saúde, a parceria entre coordenações estaduais e o INCA, e o início da organização de sistemas de informação fundamentais ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama (Siscolo e Sistema de Informação do Câncer de Mama – Sismama) (INCA, 2018, p. 15).

Assim, o Programa Viva Mulher buscou reduzir a incidência e a mortalidade pela doença, a partir da ampliação do acesso ao exame citopatológico, priorizando as mulheres sob maior risco, garantindo o acolhimento e o tratamento adequado da doença e das lesões precursoras. O desenvolvimento deste Programa esteve atrelado às demandas e às lutas do movimento feminista, reforçadas pela participação do Brasil na VI Conferência Internacional da Mulher (1975). Foi a partir desse momento histórico, que o Ministério da Saúde em conjunto com os demais setores responsáveis, organizou uma grande campanha de rastreamento para o câncer do colo de útero.

No que se refere ao controle do tabagismo no Brasil, o INCA esteve à frente da coordenação do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), criado em 1989. Progressivamente, instituiu-se no país uma grande mobilização para a criação de uma política contra o tabagismo⁵³. O PNCT tinha como objetivo capacitar recursos humanos, desenvolver pesquisas, elaborar livros didáticos, folhetos, cartazes e adesivos sobre o assunto, prestar assessoria técnica nos projetos de lei relacionados ao tabagismo e participar de congressos de todas as áreas de conhecimento sobre o tema.

Em 1996, surgiu a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (CONTAPP), formada por um grupo de 27 profissionais responsáveis pela coordenação do PNCT. A CONTAPP visava atender a necessidade de realização de um trabalho mais amplo sobre o tabagismo, uma luta que o INCA havia incorporado participando de

⁵³ O tabagismo é considerado uma doença epidêmica, decorrente da dependência à nicotina e incluído na 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11) no grupo de transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico, devido ao uso de substâncias ou comportamentos viciantes. Além de ser uma doença, é um fator causal de, aproximadamente, 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como o câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas.

inúmeras campanhas e de eventos realizados, destacando-se o Congresso Brasileiro de Tabagismo. Posteriormente, as ações de destaque do INCA, como por exemplo, a prevenção e a detecção precoce do câncer, passaram a ser desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, de Prevenção e Vigilância (CONPREV), que resultou da unificação de duas áreas de trabalho: o Pro-Onco e a CONTAPP.

Mais uma vez, ao analisar as campanhas implementadas para a prevenção, diagnóstico e controle do câncer no Brasil, agora, no período compreendido entre as décadas de 1980 e 1990, foi possível identificar a predominância e o enfoque nos problemas e nas estratégias direcionadas às questões específicas da saúde das mulheres, como por exemplo, o controle do câncer do colo de útero e do câncer de mama.

Assim sendo, pouco foram identificadas campanhas desenvolvidas em massa, para o atendimento das necessidades específicas, voltadas para o controle do câncer na população masculina na fase adulta. Mesmo diante das campanhas de controle e prevenção ao tabagismo, pode-se observar o *silenciamento* e/ou *invisibilidade* no campo da saúde dos homens, principalmente, no que refere à limitação e ao enfoque das campanhas nacionais voltadas, apenas, ao controle e à prevenção do câncer de próstata.

Até os dias atuais, foi possível constatar que o câncer de próstata apresenta um lugar de destaque nos dados epidemiológicos brasileiros. No que tange a sua incidência, é o tipo de câncer que mais acomete os homens adultos, em idades mais avançadas. Logo após, o câncer colorretal assume o segundo lugar e vem crescendo significativamente entre os homens adultos. Apesar disso, na atualidade, o câncer de pulmão é o tipo da doença que mais mata os homens adultos, no Brasil e no mundo, seguido pelo câncer de próstata (INCA, 2022).

Em relação ao tabagismo, os homens consomem mais cigarros e com maior frequência em comparação às mulheres. Esse quadro os predispõem em maior número às doenças cardiovasculares, cânceres, doenças pulmonares, da cavidade bucal, entre outras. Além disso, os tumores e as doenças do aparelho digestivo, circulatório e respiratório, acometem com frequência esse grupo populacional (Ximenes Neto *et al*, 2013).

A associação entre o tabagismo e os diversos tipos de câncer, em especial o de pulmão, foi estabelecida por meio de pesquisas realizadas na Alemanha, na Inglaterra e nos EUA, desde os anos de 1940. Estudos comparativos mostraram que as pessoas que fumavam tinham maiores possibilidades de desenvolver câncer (Ximenes Neto *et al*, 2013). Já no Brasil, desde 1970 surgiram movimentos liderados por profissionais de saúde e sociedades médicas na

sensibilização sobre as consequências para os usuários e as pessoas de seu convívio.

Em 1979, o primeiro projeto para o controle do tabagismo no país foi elaborado por um conjunto de associações médicas, centros universitários e secretarias de saúde. Também, nesse período, foi organizada a Primeira Conferência Nacional Brasileira de Combate ao Tabagismo, em 1980, na cidade de São Paulo-SP.

Dados de pesquisa levantados pela WHO (2019), apontam que o câncer de pulmão, ainda, é o primeiro tipo de câncer associado à mortalidade entre os homens e o segundo, entre as mulheres. Mesmo assim, no fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis. As estimativas mundiais apontaram a incidência de 2,2 milhões de casos novos, sendo 1,4 milhão em homens e 770 mil em mulheres.

Associado às questões de invisibilidade e/ou distanciamento das práticas de cuidado, relacionadas à saúde do homem, despertou-me a atenção o fato de que, apenas, 16% dos cânceres de pulmão são diagnosticados em estágio inicial. Este dado pode ser associado, ainda, ao silenciamento e à demora para a procura dos serviços de saúde entre os homens, para o qual a taxa de sobrevivência, somente, cinco anos corresponde a maioria dos casos (56%). No Brasil, a doença foi responsável por quase 29 mil mortes em 2020 (INCA, 2022).

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão, entre os homens. No ano de 2021, o relatório de epidemia global do tabaco da WHO sinalizou que mais de 60% dos fumantes querem parar de fumar, mas, somente 30% têm acesso a ferramentas/medicamentos para auxiliar na cessação. A dependência da nicotina motiva o usuário a dirigir parte importante de sua renda na manutenção e na compra desta droga, que poderia ser usada em algum outro bem de consumo.

Cabe destacar que, de acordo com o relatório sobre a Epidemia Global do Tabaco, publicado pela WHO (2019), o Brasil foi citado como o segundo país responsável por adotar programas integrais de cessação ao tabagismo. Nesse sentido, nota-se que o país tem conseguido implementar uma política eficiente para redução do tabagismo. Entretanto, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)⁵⁴, por meio de seu último relatório, divulgado em 2023, mostrou que ainda

⁵⁴ Desde 2006, o Vigitel vem cumprindo, com grande eficiência, seu objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. O Vigitel compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do MS e, conjuntamente a outros inquéritos, como os domiciliares e em populações escolares, vem ampliando o conhecimento sobre as DCNT no país.

há muito o que fazer. Isso porque, a queda do número de fumantes não tem sido igual em toda população. No conjunto das 27 cidades brasileiras pesquisadas, a frequência de adultos fumantes foi de 9,3%, sendo maior no sexo masculino (11,7%) em comparação com o sexo feminino (7,2%) (Brasil, 2023).

Através da Portaria nº 520, de 13 de junho de 2023, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, instituiu-se o PNCT no âmbito do SUS. As atuais diretrizes do PNCT são o cuidado integral ao usuário de produtos de tabaco; organização de ações com base nas melhores evidências científicas disponíveis, de acordo com as medidas da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da WHO; atuação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional para promover o cumprimento e implementação da CQCT; garantia do acesso e do acolhimento em todos os níveis de atenção à saúde do SUS.

A partir dos programas e ações mencionados acima, notou-se o quanto, ainda, é preciso avançar na garantia de implementação das políticas de prevenção e controle ao câncer, levando em consideração as desigualdades de gênero, bem como outros aspectos relacionados aos marcadores sociais da diferença. Assim, ao reconhecer a elevada incidência e mortalidade por câncer entre a população masculina, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias e ações que visem garantir, de maneira concreta, o atendimento das demandas específicas em saúde, considerando as particularidades desse grupo populacional.

De maneira mais abrangente, o conjunto de iniciativas e diretrizes da saúde pública vem redimensionando a preocupação com o câncer no Brasil, principalmente, no período posterior à reforma sanitária. De problema de saúde relacionado, fundamentalmente, às ações curativas de alta complexidade, ou a campanhas pontuais, o câncer passou a ser visto como uma questão de saúde pública, cujo controle deveria ter em sua base a prevenção, a detecção precoce e a integração dos serviços.

No entanto, as diversas dificuldades relacionadas, principalmente, às desigualdades de gênero na assistência à saúde, à escassez de recursos humanos e materiais, ao nível desigual de organização do sistema de saúde em diferentes regiões do país e, mesmo, às duras condições de vida nas áreas mais pobres, determinaram a persistência de diversos obstáculos no controle do câncer no Brasil.

Segundo Mendes e Vasconcelos (2015), no período compreendido entre os anos de 2005 a 2013, o SUS estruturou respostas para melhor organizar a atenção ao câncer, levando em consideração as dimensões e a heterogeneidade cultural e socioeconômica do Brasil. A atenção

oncológica no país foi norteada pela Portaria nº 2.439, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, publicada em 2005. Ao utilizar o conceito do câncer como um problema de saúde pública, esta Portaria extrapolou a mera regulamentação dos serviços de alta complexidade e fixou as bases da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).

A PNAO estabelecia como objetivos a promoção da qualidade de vida e da saúde da sociedade; a organização das linhas de cuidado que envolviam todos os níveis de atenção (básica e especializada, de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos); e a constituição das redes hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral (Brasil, 2005a).

Através da Portaria nº 741, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, publicada em 2005, estabeleceram-se os mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção oncológica e a execução de projetos de incorporação tecnológica. Por reconhecer o câncer como um problema de saúde pública, esta Portaria indicava que as ações para seu controle no Brasil deveriam ser realizadas por meio dos Cacons e das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacons). Além disso, propunha parâmetros para o planejamento e a avaliação da Rede de Alta Complexidade em Oncologia e o estabelecimento de procedimentos para melhoria das informações sobre a atenção ao câncer por meio do RHC (Brasil, 2005b).

Na perspectiva da atenção integral ao câncer, foi instituída a Lei nº 12.732, de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Para tentar diminuir o retardamento do diagnóstico do câncer, esta Lei estabelece prazo determinado para o paciente receber seu tratamento no SUS. Assegura que o paciente com câncer tenha o direito ao primeiro tratamento no SUS em até 60 dias, contados a partir do dia do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica (Brasil, 2012).

Ao considerar a importância epidemiológica e sua magnitude como problema de saúde pública, bem como a necessidade de redução da mortalidade e da incapacidade devido ao adoecimento por câncer, foi editada a Portaria nº 874, em 16 de maio de 2013, que instituiu a PNPPCC, na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS

(Brasil, 2013).

Um dos objetivos da PNPCC encontra-se em seu art. 2º:

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (Brasil, 2013).

De acordo com a PNPCC, os estabelecimentos de saúde habilitados como Unacon ou Cacon, devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. A portaria também desenvolve artigos tratando de modos de prevenção, combate, comunicação das pesquisas científicas e descobertas na área – que devem ser em linguagem que possibilite o acesso à população – e da integração dos serviços no SUS.

Sendo assim, é possível afirmar que hoje a doença está no centro dos debates, onde a promoção de hábitos saudáveis e de ações de prevenção se tornaram a base para seu controle. Mesmo assumindo grande relevância no conjunto de estratégias e ações em saúde, o câncer, ainda, configura como uma grande preocupação para a saúde pública. Conforme sinalizado, na parte introdutória desta tese, a alta incidência da doença, somada à transição demográfica vivenciada pelo país - como aumento da longevidade - tem implicado na adoção de políticas de controle, atenção e prevenção inscritas entre as ações prioritárias do SUS.

Ressalto que, na atualidade, existe a unanimidade do consenso no que se refere ao fato de que a incidência e a mortalidade por câncer não estão mais associadas, somente, aos aspectos biológicos, ou hereditários, mas, também, às condições de vida, ao acesso no sistema de saúde e aos padrões culturais específicos das diversas sociedades, dentre eles àqueles associados às questões de gênero. Nesse sentido, é possível verificar que o desenvolvimento da doença está atrelado, também, à maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco cancerígenos resultantes das condições de vida, de trabalho, de moradia e de consumo no mundo moderno.

Por outro lado, o tratamento oncológico requer, cada vez mais, o investimento de tecnologias de ponta e gastos elevados, refletindo em dificuldades para a execução das políticas de saúde em países em desenvolvimento. No caso do Brasil, o impacto dessa desigualdade é bastante representativo, onde a pobreza e a carência de cuidados básicos de saúde convivem com tecnologias complexas e um vigoroso sistema de pesquisa e inovação em diversos campos

da saúde.

3.3 POLÍTICA DE SAÚDE ANTE AS ESPECIFICIDADES MASCULINAS NO ADOECIMENTO POR CÂNCER

O câncer é reconhecido como uma doença que pode acometer todas as pessoas. Guardadas as devidas particularidades, alguns tipos da doença são mais prevalentes em um determinado sexo, seja por questões anatômicas, seja por questões sociais. Entretanto, nem sempre foi assim, trata-se de uma constatação nova. *Até meados do século XX o câncer era visto como uma doença que afetava principalmente as mulheres* (Löwy, 2015, p. 09).

De acordo com Löwy (2015), nas diversas áreas onde os estudos sobre o câncer se desenvolveram, observou-se o grande interesse nos cânceres femininos, como por exemplo, os cânceres de mama e ginecológicos (colo do útero, ovário, vulva e corpo do útero). Para a autora, essa tendência se relaciona, principalmente, a dois fatores. O primeiro, diz respeito à construção da trajetória social e histórica da doença onde, por muito tempo, o câncer foi visto como uma doença, majoritariamente, feminina. Isso se deve ao fato de que as formas mais reconhecidas do câncer como, os cânceres de colo, útero, ovário e mamas, acometiam exclusivamente às mulheres. O segundo fator está relacionado ao fato de a saúde da mulher ter ganhado maior importância nas últimas décadas no país, tentando se desvincular dos aspectos relacionados à reprodução e assumindo, em alguma medida, uma orientação visando à integralidade do cuidado com esse grupo.

No cenário mundial, entre o final do século XIX e o início do século XX, as taxas de mortalidade registraram quase três vezes mais mortes por câncer entre as mulheres que entre os homens. Porém, entre os anos 1940 e 1950, houve uma mudança nos dados devido ao rápido aumento do número de mortes por câncer de pulmão, naquele tempo reconhecido como uma doença quase que exclusiva aos homens. Mesmo assim, observou-se que os especialistas e as organizações do câncer voltadas para o tratamento e a prevenção da doença, falavam, principalmente, *sobre e para* as mulheres (Reagan; 1997).

De acordo com Löwy (2015), a representação do câncer, desde meados do século XX, é caracterizada como uma doença pavorosa e que atinge, igualmente, os homens e as mulheres. Mesmo diante dos dados de acometimento pela doença, tanto entre os homens como entre as

mulheres, as práticas e as campanhas de prevenção ao câncer no decorrer do século XX, estiveram voltadas, na maioria das vezes, para o público feminino. No Brasil, esta preocupação ficou evidente com base nas análises dos programas, ações e campanhas, mencionados na seção anterior deste capítulo, que foram elaborados inicialmente pelo INCA, com o propósito de controlar a doença entre a população feminina.

Assim sendo, é possível constatar que a recente ênfase na *medicina preventiva*⁵⁵, pode ter favorecido a igualdade entre os homens e as mulheres na utilização de abordagens para reduzir o risco de câncer. Como exemplo, a partir da década de 1990, pode ser mencionada a difusão do exame PSA, especialmente nos EUA, que levou a um aumento do tratamento cirúrgico do câncer prostático localizado.

Nesse sentido, os homens com altos níveis de PSA foram incentivados a se submeter a biópsias por agulha, e se essa biópsia revelasse alterações malignas, alguns especialistas aconselhariam uma excisão cirúrgica da próstata. Essa abordagem pode ser comparada com o tratamento cirúrgico da lesão considerada pré-cancerígena da mama descoberta por meio da mamografia, sobretudo, nos casos de carcinoma ductal *in situ*.

Apesar desta perspectiva de cuidado ter contribuído de forma significativa para o início das preocupações com a saúde do homem em Oncologia, atualmente, há uma série de controvérsias sobre a necessidade do exame de rastreamento⁵⁶ para o câncer de próstata. Revisões sistemáticas sobre o tema do rastreamento do câncer de próstata, identificaram que essa prática aumentou o diagnóstico desse câncer, sem a redução significativa da mortalidade específica e com importantes danos à saúde do homem.

A posição da WHO sobre o rastreamento do câncer de próstata é que os principais obstáculos para a implantação de um programa efetivo são a maior frequência de tumores indolentes com o aumento da idade e uma morbidade significativa relacionada aos procedimentos utilizados até o momento para tratar o câncer de próstata (WHO, 2020). Com o

⁵⁵ A medicina preventiva é uma especialidade médica que tem foco na promoção de saúde dos indivíduos, com o intuito de evitar o surgimento de doenças. Ela parte de uma visão integral, investindo no tratamento precoce e na detecção de fatores de risco.

⁵⁶ Dentre as ações de controle para o câncer, a *detecção precoce* se destaca, e esta ação se divide em duas estratégias: *o diagnóstico precoce e o rastreamento*. O diagnóstico precoce é a identificação do câncer em estágios iniciais em pessoas com sinais e sintomas. Já o rastreamento se caracteriza pela aplicação sistemática de exames em pessoas assintomáticas, com o intuito de identificar um câncer em estágio inicial (WHO, 2017). Essas estratégias se distinguem pelas indicações, critérios de implementação e riscos associados.

rastreamento, muitos desses cânceres indolentes seriam detectados desnecessariamente, gerando o sobretratamento. Este, por sua vez, consiste no tratamento de cânceres que não evoluíram a ponto de ameaçar a vida, podendo gerar um importante impacto na qualidade de vida dos homens, principalmente, no que se refere às sequelas relacionadas à disfunção sexual e urinária.

Com base nesses argumentos, recentemente, o Ministério da Saúde assinou a Nota Técnica nº 9/2023, recomendando *o não rastreamento* populacional do câncer de próstata no Brasil. Além disso, este Ministério recomendou importantes estratégias que ampliam a dimensão da saúde para além da concepção do corpo masculino como ausência de doenças. Dentre elas, destaco: a) a necessidade de organização da rede de atenção à saúde, com a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e lócus de seguimento prioritários, permitindo a investigação célere de queixas urinárias dos homens; b) a implementação de estratégias de disseminação de informações para a população sobre a importância dos homens procurarem a unidade de saúde para cuidados, independentemente da idade; e c) o fortalecimento das ações educativas e de comunicação em saúde direcionadas à população masculina sobre autocuidado e prevenção dos cânceres mais prevalentes e outras DCNT (Brasil, 2023).

No entanto, as práticas em relação ao tratamento de uma mama com lesões precursoras do câncer e de uma próstata com lesões cancerígenas são diferentes. Pode-se constatar que os especialistas destacam o valor da observação vigilante para tumores de próstata não-agressivos, em contrapartida, não existe um debate semelhante acerca do tratamento dos cânceres *in situ*. Mulheres diagnosticadas com esta condição são submetidas, geralmente, a uma mastectomia parcial ou total, muitas vezes, seguida de radioterapia e/ou hormonioterapia. Sendo assim, o comportamento diferente em relação à próstata e ao risco de câncer de mama, denota a persistência de diferenças no tratamento do câncer entre os homens e as mulheres.

Löwy (2015) afirma que os cânceres que se desenvolvem no sistema reprodutor da mulher continuam a ter muito mais visibilidade do que aqueles que se desenvolvem nos órgãos reprodutores masculinos. De acordo com a autora, nos países industrializados, o câncer de mama e o câncer de próstata matam um número equivalente de pessoas, mas a visibilidade do primeiro nos meios de comunicação e no espaço público é, incomparavelmente, maior do que o segundo.

No contexto nacional, poucas organizações (públicas e/ou privadas) tratam, especificamente, do câncer masculino e poucos são os artigos publicados em revistas de ampla

divulgação. Além disso, não são observadas a elaboração de campanhas e organização de corridas de rua para a sua cura, nem tão pouco são publicados grandes anúncios voltados à conscientização do câncer entre os homens - exceto quando se referem ao câncer de próstata, representado pelas propagandas e laços, limitados ao tom da masculinidade hegemônica – na cor azul.

Assim, a literatura e a arte refletem essa diferença. O câncer de mama se tornou um *tópico literário ritualizado* (Löwy, 2015, p. 35), marcado por narrativas pessoais da doença, fotografias e outras obras de arte; embora em menor grau, isso também se aplica a outros cânceres ginecológicos. Com isso, nota-se que a maior parte dos programas de educação para a saúde foram voltados para a mulher, reconhecidas, culturalmente, pelo gênero marcado pela sociedade frente à responsabilidade no processo de gerir seu próprio corpo e o de sua família.

Distintas práticas e políticas foram instauradas a fim de gerenciar o comportamento e a sexualidade da mulher. Como por exemplo, o advento da Ginecologia na segunda metade do século XIX, que se constituiu a partir da noção de corpo e do *papel social* determinados pela função reprodutiva da mulher. A relação entre a forma de se fazer ciência, constituiu-se a partir da justificação das diferenças entre os sexos e os *papéis* sexuais, baseados em supostos dados *biológicos*, conforme trabalhado no capítulo anterior desta tese. O reconhecimento destes fatores é importante para o entendimento de como se legitimam as visões de mundo e as hierarquias sociais de gênero, assim como dados objetos são legitimados como merecedores de atenção científica em detrimento de outros (Rohden, 2002).

Ademais, chamo atenção para o quantitativo e o maior predomínio de homens na representação e na direção de centros de saúde e institutos de pesquisa, bem como à frente das definições de diagnósticos e das prescrições de tratamentos. Assim, é possível compreender os motivos pelos quais uma doença que afeta indistintamente homens e mulheres, continua sendo, ainda no século XXI, uma doença marcada pelo viés do gênero, com maior controle e medicalização dos corpos femininos, por meio de técnicas invasivas e radicais de tratamento.

Por muito tempo, a temática relacionada à saúde masculina foi pouco investigada e menos discutida em contraposição à saúde da mulher, esta última caracterizada como objeto de políticas públicas e de diversas pesquisas multidisciplinares. Em contrapartida, as mulheres sempre foram ensinadas a expor seus corpos, principalmente em função da Ginecologia. Isso fez com que o olhar medicalizado sobre o corpo feminino tivesse uma maior naturalização,

associado à ideia de fragilização da mesma (Gomes; Nascimento; Araújo, 2007).

Em decorrência das lutas do movimento feminista, por meio do protagonismo social e político da mulher nas ações de promoção da saúde, foi possível constatar um grande avanço nas questões referentes à saúde feminina. Destaco aqui, a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que representou uma nova e diferenciada forma de abordagem à saúde da mulher. O PAISM tinha a finalidade de garantir a todas as mulheres, em qualquer ciclo da vida, informações e serviços integrados de atendimento, do nível mais simples ao mais complexo, com cobertura para prevenção e atenção curativa e ações de planejamento reprodutivo. Foi um programa pioneiro na conquista e no reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres.

Em 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores(as) e estudiosos(as) da área, organizações não-governamentais, gestores(as) do SUS e agências de cooperação internacional, elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Este documento incorporou, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e buscou consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agregou, também, a prevenção e o tratamento de mulheres convivendo com a Aids, as portadoras de DCNT e de câncer ginecológico (Brasil, 2004).

No entanto, no que se refere aos aspectos relacionados à saúde do homem, não foi possível acompanhar a mesma evolução das políticas e dos programas destinados à saúde das mulheres no Brasil. É possível inferir que este fato esteja associado, em primeiro lugar, às concepções do que representa ser um comportamento ideal do homem para a sociedade, ou seja, um ser distante das atividades relacionadas ao cuidado e das práticas associadas à fragilidade humana; e, em segundo lugar, à primazia e ao controle da ciência e das práticas médicas sobre os corpos femininos.

No Brasil, a temática da saúde do homem e das masculinidades ganhou contorno no debate político na década de 2000, tendo importante protagonismo da Sociedade Brasileira de Urologia. A partir de 2004, a Sociedade Brasileira de Urologia promoveu a realização de encontros científicos e campanhas de prevenção para controle do câncer de próstata (Hemmi;

Baptista; Rezende, 2020). A partir de 2005, o debate acadêmico extrapolou o campo biomédico, incluindo o tema a uma discussão inicial de gênero e masculinidades no campo político.

Na atualidade, a preocupação com a temática da saúde da população masculina encontra-se traduzida na PNAISH, instituída através da Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009. Possui como principal objetivo:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (Brasil, 2009, p. 36).

A PNAISH abrange o público masculino adulto, compreendido na faixa etária de 20 a 59 anos de idade. Destaco nesta tese, o empenho desta Política no desenvolvimento de ações à prevenção, detecção precoce e controle do câncer na população masculina. Sua estrutura de linha de cuidado contempla cinco eixos temáticos, a saber: a) *acesso e acolhimento*, no qual os homens podem considerar os serviços de saúde, também, como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços possam reconhecer os mesmos como sujeitos que necessitam de cuidados e acesso à saúde; b) *saúde sexual e reprodutiva*, que envolvem questões sobre a paternidade e sexualidade masculina, nos campos psicológico, biológico e social; c) *paternidade e cuidado*, que aborda os benefícios da participação ativa dos homens no exercício da paternidade em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(suas) filhos(as); d) *doenças prevalentes na população masculina*, que reforça a importância da APS no cuidado à saúde dos homens; e, e) *prevenção de violências e acidentes*, que visa a conscientização sobre a relação significativa entre a população masculina e violências e acidentes.

De forma progressista, o Brasil é o único país da América Latina com uma política de saúde específica voltada para a população masculina, ao lado de países como Irlanda, Austrália e Irã. Para a elaboração da PNAISH, foram levados em consideração algumas informações epidemiológicas importantes associadas à expectativa de vida, às taxas de morbidade e mortalidade entre os homens associadas ao risco de morte por DCNT e por doenças cardiovasculares e respiratórias.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2020-2023, apesar do aumento da expectativa de vida entre 2000 e 2018, os homens ainda vivem 7,1 anos a menos que as mulheres. Os homens morrem mais que as mulheres, na maioria das causas de óbitos, e em todas as faixas etárias até

80 anos. O risco de homens morrerem por DCNT, principalmente, por câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias, é de 40% a 50% maior em relação às mulheres. Ainda, para essas doenças esse risco é aumentado entre os homens que fazem o uso de álcool e tabagismo, possuem dieta e estilo de vida pouco saudáveis, com pressão alta e/ou alto índice de massa corporal (Brasil, 2020).

Na PNAISH, é importante destacar que ela foi desenvolvida a partir da parceria entre as sociedades médicas, juntamente, com a participação de outros profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde e de entidades civis organizadas. O Ministério da Saúde, juntamente com a Sociedade Brasileira de Urologia, foi o principal responsável por mediar a discussão sobre a saúde e o adoecimento masculino no país. Identifica-se ainda, a participação da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Associação Brasileira de Psiquiatria que passaram a integrar o grupo de discussão dessa temática.

No que se refere à participação social dos próprios homens na elaboração do documento, Martins *et al* (2012) afirmam que a PNAISH surgiu a partir de uma decisão política e, não, de uma demanda reconhecida e compartilhada pela população masculina, enquanto público-alvo das ações. Assim, nota-se que a política refletiu as preferências das entidades médicas, sobretudo, no que diz respeito à luta pela inserção dos urologistas, nas unidades de APS e o aumento dos honorários dos procedimentos e atendimentos urológicos do SUS. Nota-se, aqui, a diferença marcante em comparação à estruturação do PAISM, que foi elaborado em resposta ao processo de reivindicações das mulheres e de movimentos feministas pelo acesso ao direito à saúde.

Apesar de representar a primeira política de saúde pública voltada, especificamente, para a população masculina, a PNAISH subjaz os discursos biomédicos e epidemiológicos que revelam um processo ora de vitimização, ora de culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento (Martins; Malamut, 2013). Sendo assim, os discursos em saúde que colocam os homens como sujeitos que buscam os serviços assistenciais, apenas, quando necessitam, ou seja, devido ao agravamento dos sintomas, são desprovidos de uma leitura da realidade social. Isso porque, faz-se necessário levar em consideração que às condições de saúde resultam de uma série de determinantes sociais e econômicos, onde os marcadores sociais da diferença, também, produzem desigualdades em saúde.

No que se refere à abordagem que norteia a política de assistência à saúde do homem,

nota-se a presença de elementos que compõem o modelo *tradicional* de assistência à saúde, reconhecido pela ênfase do saber biomédico e positivista, que reduz o sofrimento dos indivíduos a um conjunto de sintomas anatômicos e fisiológico, logo, devendo ser tratados e medicalizados. Assim sendo, neste modelo de atendimento à saúde, não há espaço para a manifestação e o reconhecimento dos sujeitos sociais em suas especificidades, história de vida, desejos e demandas singulares em saúde. Apenas a doença, como entidade biológica, é percebida como o foco das intervenções.

Na elaboração inicial da PNAISH (2009), a percepção de sujeito social reconhecido em suas demandas de saúde e diferenças de gênero, raça/etnia, geração e/ou classe social, pouco se apresentou em termos práticos. Ao longo do período de implementação desta política, foi possível perceber que pouca atenção foi destinada à questão racial do país, já que apesar de representarem mais de 50% da população total, as pessoas pardas e pretas superam 70% dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde do SUS (Lima, 2021).

Nesta direção, verifica-se a importância e a contribuição da leitura aprofundada sobre as masculinidades percebidas em seu caráter interseccional, principalmente, quando características marcantes da sociedade brasileira, como por exemplo, a desigualdade social e o racismo estrutural, produzem altos índices de agravos em saúde e morbimortalidade entre os homens negros e pobres. A perspectiva interseccional consiste em uma ferramenta de análise que auxilia na compreensão sobre como os diferentes marcadores sociais têm impacto na forma como se ascende aos direitos e às oportunidades, também, em saúde. Além disso, permite uma visão do acesso aos serviços de saúde como dependente do território onde os homens circulam e dos meios sociais e políticos que influenciam o seu reconhecimento como sujeito de direitos.

O advento da PNSIPN, por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, representou um compromisso de combate às desigualdades no SUS ao considerar as iniquidades em saúde e, conseqüentemente, os maiores índices de morbimortalidade observados entre a população negra, como resultantes processos socioeconômicos e culturais, dando destaque para o racismo.

A PNSIPN tem o objetivo de promover o acesso integral e com equidade aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do SUS para a população negra, contribuindo com o enfrentamento das desigualdades étnico-raciais no Brasil. A PNSIPN é fruto das lutas do movimento negro brasileiro por direitos em saúde e combate ao racismo, sendo uma grande

conquista para a população negra.

Assim como a PNSIPN (2009), a PNAISH (2009) está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica (2017) e com as estratégias da Política Nacional de Humanização (2003). Embora muitos estudiosos reconheçam que os homens estão consideravelmente sub-representados nas unidades de saúde, principalmente, nas unidades de APS, as questões relacionadas aos processos de saúde-doença-cuidado nesta população, têm emergido como uma importante área de pesquisa de diferentes focos e contextos, suscitando debates. Esses debates são necessários e oportunos, pois, por meio desse movimento, é possível chamar a atenção dos gestores públicos e demais profissionais da saúde para trabalharem juntos na redução da invisibilidade do homem na assistência à saúde.

No que se refere à APS, o menor acesso da população masculina nas unidades básicas de saúde, ou seja, a porta de entrada do SUS, interfere negativamente nos demais níveis de atenção à saúde, pois os homens buscam os serviços de saúde em situações de maior comprometimento. Na Oncologia, esse quadro reflete em estadiamentos avançados da doença, com as limitações à oferta de tratamento e/ou cura. Isso ocorre porque, a população masculina não percebe a APS como porta de entrada para o sistema de saúde, buscando atendimento especializado de média e alta complexidade apenas quando já estão doentes (Carrara; Russo; Faro, 2009).

De acordo com levantamento de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, observou-se que entre 2015 e 2020, 25,3% dos atendimentos individuais realizados no âmbito da APS, na faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, foram de usuários do sexo masculino. Entretanto, esse percentual variou entre 23,1% e 27,7%, ao longo dos anos estudados, constatando-se que a maior parte da população adulta (20 a 59 anos de idade), assistida pelas unidades básicas do SUS, é composta pelo sexo feminino (74,73%).

A demora em buscar atendimento compromete os resultados dos tratamentos disponíveis e dificulta a incorporação de ações preventivas e de promoção de saúde. Cabe destacar que quando recorre aos serviços médicos, a maioria dos homens são levados pelas mulheres (irmãs, mães, cônjuges) por estarem mais envolvidas nesses serviços e se preocuparem com o cuidado familiar (Junior *et al*, 2012). Assim, a PNAISH busca captar a população masculina na APS, ao preconizar que as ações de saúde do homem estejam mais integradas à assistência dos demais ciclos de vida.

Com relação à Política Nacional de Humanização (2003), consta-se que sua atuação

consiste no esforço de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando as trocas de conhecimento entre os(as) gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as). Esta Política, promove a comunicação entre as pessoas, a fim de provocar debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Na relação entre as PNAISH (2009) e na Política de Humanização (2003), nota-se a ênfase nas práticas de acolhimento e formação profissional que possibilitem o atendimento das demandas em saúde da população masculina.

A PNAISH (2009), encontra-se em processo de implantação e implementação no território nacional. Recentemente, esta política passou por uma reformulação, com o objetivo de ampliar o acesso da população masculina à APS. Nela foi possível constatar alguns avanços teóricos e conceituais, como por exemplo, a incorporação das *diversas expressões das masculinidades* existentes, para além daquelas reconhecidas como hegemônicas, a saber: a masculinidade branca, heteronormativa e patriarcal.

A revisão da PNAISH foi apoiada pela Sociedade Brasileira de Urologia, em parceria com o Ministério da Saúde, desde o início das discussões. Em 2021, foi assinado o Acordo de Cooperação com a instituição para realizar ações de cuidado e promoção à saúde no SUS, produção de materiais educativos, a exemplo da campanha *Novembro Azul*. Assim, por meio da Portaria nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021, alterou-se o anexo XII da Portaria de Consolidação do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a PNAISH nos moldes atuais.

Cabe destacar que o processo de revisão desta política foi iniciado em 2017, tendo sido materializado no último ano do governo do Presidente Jair Bolsonaro (2018-2021). Mesmo assim, a nova PNAISH traz consigo avanços significativos, principalmente, no que se refere a incorporação progressista das diversas maneiras de ser homem na sociedade, reconhecendo na redação do art. 1º as diversas expressões das masculinidades existentes.

Fica instituída, no âmbito do SUS, a PNAISH que visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades (Brasil, 2021, art. 1º).

No que tange às diretrizes da PNAISH, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas à população masculina, desperta a atenção outro

salto teórico-conceitual que, por sua vez, decorre do processo de reconhecimento das masculinidades plurais, existentes na realidade social. No art. 2º, tanto no inciso I – *reconhecimento dos determinantes sociais dos modos de vida e da situação social da população masculina*, como no inciso III - *incorporação das questões das masculinidades, em interface com os demais marcadores sociais (...) no cuidado e autocuidado à saúde* (Brasil, art. 2º, 2021); percebe-se a necessidade de reconhecer e atender às demandas específicas da população masculina. Isso quer dizer que os homens não são iguais, acessam a saúde de forma desigual, repercutindo nos elevados indicadores de morbimortalidade dos homens brasileiros, em especial, os homens negros e pobres.

A Coordenação de Atenção à Saúde do Homem do Ministério da Saúde sugere aos gestores e profissionais da área a implementação de atividades voltadas para a saúde mental, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, gerenciamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, prevenção de violência e acidentes, além da promoção de hábitos saudáveis, como forma de aproximação e vinculação com os homens do território, mostrando um avanço no que se refere à definição e ao entendimento sobre a saúde do homem, pelo viés do cuidado integral. Dentre as ações, destaco o *Mês de Conscientização da Paternidade* e as ações do *Novembro Azul*⁵⁷.

Em 17 de julho de 2023, foi sancionada a Lei nº 14.623, que instituiu o *Dia nacional de Conscientização sobre a Paternidade Responsável*, a ser comemorado em 14 de agosto. Através do eixo da PNAISH, intitulado *Paternidade e Cuidado*, a política sugere que a participação dos homens nos serviços de saúde durante as consultas de pré-natal, também, possa potencializar a promoção do autocuidado e a educação em saúde. Destaco nesse contexto, a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 - *Lei do Acompanhante* – que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito ao acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe,

⁵⁷ De acordo com Modesto *et al* (2018), a ideia do *Novembro Azul* teve origem na Austrália, no ano de 2003. Isso porque alguns amigos decidiram se encontrar e como brincadeira resolveram deixar o bigode crescer, para realizarem um campeonato do pior e melhor bigode. Como o mês seguinte era novembro, chamaram a brincadeira de *Movember*, pela união das palavras *mo*, gíria australiana para *moustache* (bigode) e *November* (novembro). Enquanto se preparavam para repetir a brincadeira no ano seguinte, lembraram-se das campanhas mundiais sobre o câncer de mama, e decidiram que o *Movember* poderia servir para alertar os homens sobre o câncer de próstata. O movimento foi ganhando adesões e começou a angariar fundos para uma instituição voltada para os cuidados desta neoplasia, crescendo a cada ano na Austrália e ganhando adeptos em outros países.

um(a) amigo(a), ou outra pessoa que a gestante escolher.

As ações do *Novembro Azul*, desenvolvidas pela Coordenação de Atenção à Saúde do Homem do Ministério da Saúde, possuem o objetivo de sensibilizar os homens, gestores e profissionais de saúde sobre o autocuidado e cuidado integral da saúde, considerando os fatores socioculturais relacionados à masculinidade e ao adoecimento. Toda a estratégia de comunicação se baseia na promoção, proteção e prevenção para saúde integral da população masculina.

No Brasil, o Instituto Lado a Lado pela Vida lançou a campanha do *Novembro Azul*, em 2011. Desde sua fundação, em 2008, esta organização não-governamental desenvolve iniciativas para promover a mudança de comportamento entre os homens, incentivando o hábito de consultar um médico e realizar os exames preventivos. Devido à sua origem, inicialmente, as campanhas do *Novembro Azul* enfocavam, somente, às questões relacionadas à prevenção e ao controle do câncer de próstata. Entretanto, por meio da PNASIH, nota-se que houve uma reorientação da campanha no Brasil, que passou a abordar outros aspectos, compreendendo a saúde integral do homem.

De modo geral, no que se refere às alterações que constam na nova PNAISH, compreendo que houve transformações importantes, no tocante às teorias e conceitos que foram apropriados na elaboração do novo documento. Entretanto, outros pontos do documento, ainda, carecem de alterações mais substanciais. É possível constatar, também, que os sujeitos sociais alvo desta política, ainda, permanecem apartados do processo de controle e participação social.

O processo de transformação do atual quadro de saúde dos homens, demanda além de políticas governamentais específicas, como por exemplo a PNAISH, o exercício da escuta e da participação desta população no processo de garantia ao direito de sua saúde. Assim sendo, é imperativo considerar, do ponto de vista prático, os impactos da determinação social da saúde, sobre a reprodução da vida material e simbólica destes sujeitos sociais. Esses fatores, combinados com a falta de uma cultura de autocuidado, fazem com que muitos homens deixem de procurar assistência.

No decorrer desta investigação, pude perceber que o exercício do trabalho remunerado representa uma importante dimensão da vida humana, sobretudo para os homens. Para o gênero masculino, em função de sua imagem social, espera-se que os homens cumpram com seu papel de provedores e mantenedores do sustento da família. Assim sendo, seja por conta da longa jornada de trabalho e/ou vínculo de trabalho remunerado precarizado, muitos homens acabam

priorizando o desempenho de suas funções ao terem que passar longas horas nas unidades de saúde, para a realização de ações voltadas para a prevenção e/ou promoção da saúde.

Nesse sentido, pensar em estratégias e ampliação dos direitos sociais vinculados à dimensão do trabalho, como por exemplo, licença para tratamento de saúde, licença para acompanhamento médico de pessoa da família, licença paternidade, e demais garantias associadas ao cuidado e à saúde.

Além disso, faz-se necessário investimentos no processo de formação dos recursos humanos lotados nos serviços de saúde, para que os mesmos possam compreender e estarem atentos as demandas específicas da população masculina. Dessa maneira, pode ser possível a construção de novos caminhos e alternativas concretas, para que os homens possam participar e estarem mais próximos da adoção de práticas associadas ao cuidado em saúde para si e para os(as) outros(as).

4. PERFIL DOS USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO MATRICULADOS NA CLÍNICA DO TECIDO ÓSSEO E CONECTIVO (2021-2022)

Este capítulo visa apresentar o perfil sociodemográfico e socioeconômico dos usuários do sexo masculino matriculados pela TOC/HCII/INCA, no período compreendido entre os anos de 2021 e 2022. Para fins de análise, utilizei as variáveis correspondentes à faixa etária, raça/etnia, grau de escolaridade, local de nascimento, local de residência, situação conjugal e profissão/ocupação.

Além disso, busquei identificar o perfil clínico com base nos tipos de cânceres diagnosticados, tratamentos realizados e estadiamentos da doença. No que se refere aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, identifiquei como o consumo de produtos provenientes do tabaco e as bebidas alcoólicas se comportaram na amostra pesquisada.

Por último, a fim de analisar como os marcadores sociais das diferenças podem influenciar na relação saúde/doença/cuidado, realizei um recorte entre os usuários que foram a óbito e aqueles sobreviventes ao adoecimento por câncer, comparando com as características sociodemográficas e socioeconômicas desta população.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

No INCA, entre os anos de 2021 e 2022, foram matriculadas 536 pessoas na clínica do TOC/HCII, das quais 53,7% pertenciam ao sexo masculino e 46,3%, ao sexo feminino. Estes dados mostraram que a incidência do câncer no TOC/HCII prevaleceu em maior número entre os homens, quando comparada às mulheres matriculadas na mesma clínica e no mesmo período.

Sendo assim, destaquei, logo abaixo, as características sociodemográficas relacionadas aos usuários do sexo masculino matriculados na clínica do TOC/HCII, no período compreendido entre os anos de 2021 e 2022, conforme os dados da Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022)

| Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | Nº | % |
|--|------------|-------------|
| Faixa etária | 288 | 100% |
| 18 a 24 anos | 9 | 3,1 |
| 25 a 34 anos | 27 | 9,4 |
| 35 a 44 anos | 31 | 10,8 |
| 45 a 54 anos | 33 | 11,4 |
| 55 a 64 anos | 66 | 22,9 |
| 65 a 74 anos | 72 | 25 |
| 75 a 84 anos | 36 | 12,5 |
| 85 a 94 anos | 14 | 4,9 |
| Raça/etnia | 288 | 100% |
| Branca | 168 | 58,3 |
| Negra (Preta ou Parda) | 120 | 41,7 |
| Grau de escolaridade | 288 | 100% |
| Nenhuma | 13 | 4,5 |
| Ensino fundamental incompleto | 91 | 31,6 |
| Ensino fundamental completo | 38 | 13,2 |
| Ensino médio (completo ou incompleto) | 102 | 35,4 |
| Ensino superior incompleto | 10 | 3,5 |
| Ensino superior completo | 34 | 11,8 |
| Local de nascimento | 288 | 100% |
| Rio de Janeiro | 227 | 78,8 |
| Demais Estados da região Sudeste | 21 | 7,3 |
| Região Nordeste | 30 | 10,4 |
| Região Norte | 5 | 1,7 |
| Região Centro-Oeste | 3 | 1,1 |
| Exterior | 2 | 0,7 |
| Local de residência⁵⁸ | 288 | 100% |
| Grande Rio | 147 | 51 |
| Baixada Fluminense | 50 | 17,4 |
| Baixada Litorânea | 30 | 10,4 |
| Região Serrana | 17 | 5,9 |
| Centro-Sul Fluminense | 12 | 4,2 |
| Sul Fluminense | 11 | 3,8 |
| Norte Fluminense | 8 | 2,8 |
| Outros Estados | 2 | 0,7 |
| Não informada | 11 | 3,8 |

⁵⁸ Divisão das regiões por Município no Estado do Rio de Janeiro: *Grande Rio* - Niterói, Rio de Janeiro e São Gonçalo; *Baixada Fluminense* - Magé, Nova Iguaçu, Paracambi, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Queimados, Seropédica, Nilópolis, Magé, Itaguaí e Mesquita; *Baixada Litorânea* - Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Saquarema, Maricá, Rio Bonito, Rio das Ostras e São Pedro da Aldeia; *Centro-Sul Fluminense* - Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Três Rios, Vassouras, Valão do Barro e Areal; *Sul Fluminense* - Angra dos Reis, Barra Mansa, Piraí, Volta Redonda e Parati; *Norte Fluminense* - Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São João da Barra, Macaé; *Região Serrana* - Duas Barras, Nova Friburgo, Papucaia, Petrópolis, Teresópolis, Trajano de Moraes, Mendes, Resende e Sumidouro. Ainda tiveram dois usuários do sexo masculino que declararam residir em *outros Estados*: Minas Gerais e Espírito Santo. Entre os usuários analisados no ano de 2022, 11 não informaram o local de residência para o RHC/HCII.

| Situação conjugal | 288 | 100% |
|--------------------------|------------|-------------|
| Solteiro | 98 | 34 |
| Casado | 148 | 51,4 |
| Viúvo | 15 | 5,3 |
| Separado judicialmente | 22 | 7,6 |
| União consensual | 5 | 1,7 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

A faixa etária dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) variou entre 18 e 94 anos de idade. Entretanto, foi possível notar um pico de maior concentração de homens em tratamento oncológico (47,9%) na faixa etária compreendida entre 55-64 anos (22,9%) e de 65-74 anos de idade (25%). Esse dado está associado ao tipo de neoplasia diagnosticada nessa população, a saber, os sarcomas de partes moles e as neoplasias de pele. Os sarcomas de partes moles acometem cada vez mais a população idosa, ou seja, a partir da sexta década de vida. Já as neoplasias de pele, como por exemplo o câncer de pele não melanoma, surgem como resultado de muitos anos de exposição solar, típicas de regiões tropicais como o Brasil.

No que se refere à variável raça/etnia, mais da metade da população investigada se autodeclarou como branca (58,3%). Entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022, 41,7% autodeclararam-se como negros (sendo, desse total, 80% pardos e 20% pretos). Tendo em vista que a população negra teve menor representatividade nessa amostra e considerando que a maior parte dos usuários do SUS corresponde à população de pretos e pardos, este estudo pode indicar a dificuldade que os homens negros possuem de acessibilidade à atenção especializada em Oncologia.

Segundo Paulista *et al* (2019), em revisão integrativa da literatura, os autores analisaram os fatores que impactam a acessibilidade da população negra ao cuidado oncológico no Brasil. Embora complementares, o acesso e a acessibilidade são conceitos diferentes e multifacetados. O acesso refere-se à disponibilidade dos serviços de saúde sob a ótica da oferta. Já a acessibilidade diz respeito à capacidade real de usufruir dos serviços ou recursos disponibilizados à população.

A acessibilidade também pode estar associada à adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos frente às necessidades dos(as) usuários(as). Sendo assim, sua abordagem vai além da simples entrada nos serviços de saúde e envolve aspectos socioeconômicos, geográficos, culturais, políticos, dentre outros, que podem representar obstáculos ao atendimento dos(as) usuários(as) no SUS. Entre esses aspectos, as barreiras

econômicas e étnico/raciais se destacam na reprodução das iniquidades e intensificam as fragilidades de diferentes grupos sociais (Paulista *et al*, 2019).

De acordo com dados do Censo Demográfico do IBGE (2022), o número de pessoas que se autodeclararam pardas cresceu 11,9% desde 2010, e se tornou o maior grupo racial do Brasil pela primeira vez, com 45,3%. A população que se autodeclarou preta também obteve um crescimento significativo (10,2%), bem como a população dos povos originários (0,8%). A quantidade de pessoas que se autodeclarou brancas (43,5%) diminuiu em comparação ao Censo Demográfico do IBGE de 2010, quando representava o maior grupo populacional do país, com 47,7%.

Em 2006, com o objetivo de reparar as iniquidades relacionadas à raça/etnia, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, de forma unânime, a criação da PNSIPN. Conforme já apontado no capítulo anterior, por meio dessa política as desigualdades étnicas/raciais foram reconhecidas como fatores que interferem no processo saúde/doença/cuidado. Entretanto, apenas em 2009 a PNSIPN foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, sendo o racismo reconhecido como um fator que impacta na acessibilidade à saúde.

Para Almeida (2019), o racismo é uma manifestação normal da sociedade, e não um fenômeno patológico ou doentio que expressa alguma anormalidade. O racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea. Além disso, ele se desenvolve pelas esferas políticas e econômicas da sociedade. Sendo assim, o racismo é considerado uma realidade ideológica que estrutura relações sociais e concede superioridade de uma raça sobre as demais, propagando discriminação e preconceito racial por meio de atitudes racistas, conscientes ou inconscientes.

Dessa maneira, o racismo se manifesta pela dificuldade em reconhecer e abordar as determinações sociais da saúde, na utilização desagregada de dados para orientar uma tomada de decisão, na definição de prioridades e alocação dos recursos, bem como na ausência de meios de coibição de práticas racistas. Por sua vez, o foco no conceito das determinações sociais da saúde busca evidenciar as relações de desigualdade que estão na base da (re)produção do sistema capitalista.

Pensar a partir da perspectiva da determinação social dos processos saúde/doença/cuidado requer analisar as dinâmicas sociais que formam os processos de (re)produção das estruturas de dominação, exploração e marginalização nas sociedades, que determinam os modos de vida. Nesse sentido, a determinação social da saúde se propõe a

trabalhar com a relação entre reprodução social, os modos de viver, de adoecer e de morrer (Breilh, 2013).

Além disso, a determinação social da saúde permite compreender como a desigualdade social por raça/etnia se manifesta no acesso aos serviços de atenção oncológica, mesmo diante de estratégias de combate ao racismo institucional e ações que beneficiam a equidade na saúde. Em estudo realizado retrospectivamente, Souza *et al* (2013) avaliaram a probabilidade de um paciente com câncer de próstata apresentar metástase, vinculada ao nível de escolaridade e raça/etnia. De acordo com suas análises, os pacientes negros apresentaram um aumento de 300% de chance para metástases agressivas, quando comparados aos pacientes de outras raças/etnias. No Brasil, onde os níveis socioeconômico e educacional estão diretamente relacionados à raça/etnia, a interação entre essas variáveis pode ter um impacto ainda maior nos resultados da doença.

Quanto ao grau de escolaridade, foi possível verificar que 3,5% dos usuários investigados não possuem nenhum grau de escolaridade, enquanto a maioria possui o ensino fundamental completo ou incompleto (44,8%). Cabe destacar que entre os usuários que cursaram o ensino fundamental, a menor parte concluiu essa etapa do ensino (29%), enquanto a maior parcela dessa amostra não concluiu seus estudos (71%).

Aproximadamente 35% dos usuários do sexo masculino cursaram o ensino médio completo ou incompleto. No entanto, de acordo com informações do RHC/HCII (2023), não foi possível identificar se essa etapa do ensino havia sido concluída. Do total de usuários analisados, 15,3% cursaram o nível superior de ensino completo ou incompleto. A maior parte conseguiu concluir algum curso de graduação (77%), em contraposição, 33% não concluíram essa etapa do ensino.

Na amostra pesquisada, foi possível constatar a baixa escolaridade dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022), onde a maioria não conseguiu concluir o ensino fundamental. De acordo com o IBGE (2020a), o número médio de anos de estudo entre as mulheres é de 9,6, enquanto para os homens é de 9,2 anos. No Brasil, mais da metade das mulheres (51%) passou a ter, ao menos, o ensino médio completo, enquanto entre os homens esse percentual é de 46,3%. O motivo pelo qual os homens não seguem estudando, principalmente os jovens, é justificado pela necessidade de inserção no mercado de trabalho remunerado.

Para o IBGE (2020a), a proporção de pessoas que finalizaram a educação básica obrigatória no Brasil, ou seja, concluíram, no mínimo, o ensino médio, passou de 47,4%, em

2018 para 48,8%, em 2019. A taxa de analfabetismo caiu de 6,8%, em 2018, para 6,6% em 2019, o que corresponde a uma queda de pouco mais de 200 mil pessoas analfabetas. A escolaridade é uma importante variável que tem sido utilizada nos estudos sobre acesso aos recursos sociais e econômicos, os quais influenciam nas condições de saúde e no ingresso aos serviços preventivos.

A posição social dos indivíduos e grupos sociais, medida por indicadores de classe social através de variáveis como escolaridade, classes ocupacionais ou a partir das condições de vida em determinados espaços geográficos, pode determinar o estado das populações, atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade, bem como sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde (Barata, 2009). Nesse sentido, ao analisar a população que compõe a amostra desse estudo, é possível inferir que a situação de saúde associada ao perfil de morbidade e mortalidade por câncer pode estar relacionada ao baixo grau de escolaridade e inserção profissional em atividades de pouca valorização social.

No que diz respeito ao local de nascimento dos usuários do sexo masculino, houve predomínio de homens naturais da região Sudeste do Brasil (86,1%), sendo que 78,8% dos homens analisados são procedentes do Estado do Rio de Janeiro, e 7,3% migraram de outros Estados da região Sudeste. Em seguida, destacaram-se os usuários do sexo masculino nascidos na região Norte e Nordeste do país (12,1%), decorrentes do processo de migração da população dessas regiões para as grandes cidades brasileiras, como Rio de Janeiro e São Paulo, em busca de melhores condições de vida, trabalho, renda e acesso aos serviços públicos.

Com a finalidade de analisar os dados referentes ao local de residência, considerei a divisão do Estado do Rio de Janeiro por regiões geográficas. Com isso, constatei que cerca de 51% dos usuários do sexo masculino residem na região do Grande Rio, sendo que 92,5% dessa amostra estão domiciliados na cidade do Rio de Janeiro, 6,1% em São Gonçalo e 3,4% na cidade de Niterói. A Baixada Fluminense corresponde ao segundo lugar com a maior concentração de usuários domiciliados que realizam tratamento no TOC/HCII (17,4%). Em seguida, 10,4% dos usuários declararam residir na Baixada Litorânea, 5,9% na região Serrana, 4,2% na região Centro-sul, 3,8% na região Sul Fluminense e 2,8% na região Norte-Fluminense.

Uma parcela significativa da população investigada (49%) reside em locais distantes da unidade hospitalar referenciada para a realização do tratamento e do acompanhamento oncológico. Em se tratando de pacientes que, por muitas vezes, são submetidos à rotina de tratamentos dolorosos e invasivos, a distância e o meio de transporte podem representar uma

barreira para a acessibilidade à unidade hospitalar, impactando na realização e na continuidade do tratamento.

Travassos e Martins (2004) pontuam que a acessibilidade geográfica é um importante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso. No caso do atendimento na atenção especializada, acentua-se a importância da discussão sobre acesso às políticas de transporte. A viabilização do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)⁵⁹, como instrumento legal, visa garantir os direitos dos(as) usuários(as) à saúde, respeitando o princípio da integralidade do SUS. No entanto, muitos são os entraves para que os(as) usuários(as) acessem tal programa, como por exemplo, a excessiva burocracia no processo de cadastro, a ausência de regularidade e de assiduidade no atendimento ao transporte aos usuários.

Em relação ao transporte público intermunicipal, fornecido às pessoas em tratamento de DCNT mediante cadastro no Vale Social⁶⁰, as implicações esbarram na demora para concessão do cartão de passagens; na não cobertura em transporte coletivo sem roleta e na dificuldade de equalização entre os trajetos predefinidos pelas empresas de transporte público e as necessidades de deslocamento dos(as) usuários(as) até as unidades de saúde.

Já o transporte público rodoviário municipal, fornecido mediante cadastro no Rio Card Especial⁶¹, é deficitário no que diz respeito à frota de veículos adaptados para a demanda existente. Nota-se que falta uma política de transporte e/ou programa de saúde voltados para as pessoas com deficiência e/ou em tratamento oncológico na cidade do Rio de Janeiro-RJ, como por exemplo, pessoas com grau elevado de obesidade, que se encontram acamadas e/ou que utilizam cadeira de rodas para locomoção.

⁵⁹ O TFD, instituído pelo Ministério da Saúde, é um instrumento legal que garante, no âmbito do SUS, o tratamento médico para usuários(as) com doenças não tratáveis no Município de residência e/ou que necessitem de assistência médico-hospitalar com procedimentos considerados de alta e média complexidade eletiva. As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas ao transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para usuários(as) e respectivo acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município ou estado (Brasil, 1999).

⁶⁰ O Vale Social foi instituído pela Lei nº 4.510 e pelo Decreto nº 36.992/2005. Consiste no benefício que dá direito à gratuidade no transporte rodoviário intermunicipal, metroviário, ferroviário ou aquaviário, sob administração estadual. É concedido pelo governo do estado, por meio da Secretaria de Estado de Transportes, às pessoas com deficiências físicas, mentais, visuais ou auditivas e às pessoas com DCNT.

⁶¹ É um cartão eletrônico assegurado pelo município que oferece gratuidade no transporte rodoviário. As pessoas com DCNT, incluindo o câncer, residentes na cidade do Rio de Janeiro, podem solicitar o cartão Rio Card, mediante laudo médico contido no formulário próprio fornecido pelos postos de cadastramento. O(a) acompanhante também terá direito, mediante indicação definida em laudo médico.

O estado conjugal (civil) da maioria dos usuários investigados é casado (51,4%), em seguida, destacaram-se os usuários solteiros (34%). A situação conjugal configura um dado de bastante relevância ao analisar o quadro de saúde dos homens. Estudos apontam que o casamento é um importante fator de proteção para os homens contra uma variedade de doenças (Schraiber *et al*, 2005). O mais comum é que homens casados e/ou que convivem em união consensual dependam de suas mulheres para a realização de práticas de cuidado com a sua saúde, o mesmo, porém, não ocorre entre as mulheres.

Nas sociedades ocidentais, onde o poder, o sucesso e a força representam aspectos pertencentes ao universo masculino, os homens buscam, no processo de socialização, o distanciamento de características relacionadas ao universo feminino, como por exemplo, a sensibilidade, o cuidado, a dependência e a fragilidade. Sendo assim, muitas vezes, as mulheres ficam com a responsabilidade de desempenhar estas atribuições simbólicas, especialmente em suas relações domésticas e familiares com filhos(as) e cônjuge.

4.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO

No que se refere à variável socioeconômica, a proposta inicial deste estudo era identificar, por meio das informações fornecidas pelo RHC/HCII (2023), os dados relacionados à fonte de renda, ao vínculo de trabalho remunerado e à profissão/ocupação exercida pelos usuários do sexo masculino matriculados na TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022. No entanto, não foi possível localizar os dados referentes à fonte de renda e ao vínculo de trabalho, devido a inconsistências e ausência de padronização no preenchimento destes indicadores, na base de dados mencionada acima.

Por meio da investigação sobre a fonte de renda, a intenção seria compreender se o recurso financeiro advinha do trabalho remunerado ou de outras fontes relacionadas aos benefícios previdenciários ou assistenciais. Entre os benefícios previdenciários, destaco o auxílio por incapacidade temporária⁶², auxílio por incapacidade permanente, aposentadorias e

⁶² O auxílio por incapacidade temporária, antes conhecido como auxílio-doença, é um benefício devido ao segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que comprove, em perícia médica, estar incapacitado temporariamente para o trabalho ou sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias

pensão por morte. Já entre os benefícios assistenciais, ressaltamos o Programa Bolsa Família (PBF)⁶³ e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁶⁴, previsto pela Lei Orgânica de Assistência Social (Brasil, 1993).

Com relação ao vínculo de trabalho dos usuários investigados, o objetivo era analisar se essa relação era do tipo formal ou informal. Além disso, a pretensão seria identificar se o tipo de trabalho remunerado possuía algum vínculo previdenciário, garantindo o acesso à proteção social por meio de seguro ao trabalho. Mais adiante, os indicadores associados à fonte de renda e ao vínculo de trabalho remunerado serão analisados, apenas, entre os usuários entrevistados nesta pesquisa, mediante consulta ao Formulário de Avaliação Social, preenchido pela equipe do Serviço Social/HCII.

Nesse sentido, a fim de qualificar o perfil socioeconômico da amostra investigada, destaquei as profissões/ocupações relacionadas aos usuários do sexo masculino matriculados na clínica do TOC/HCII, entre os anos 2021 e 2022, conforme aponta os dados da Tabela 2.

Tabela 2. Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII, INCA (2021-2022)

| Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | Nº | % |
|--|------------|-------------|
| Profissão/Ocupação | 288 | 100% |
| Advogado | 3 | 1,1 |
| Comerciante ⁶⁵ (comércio atacadista e varejista) | 11 | 3,8 |
| Contador | 3 | 1,1 |
| Cozinheiro | 2 | 0,7 |

consecutivos em decorrência de doença ou acidente. Disponível em: Auxílio por incapacidade temporária - Instituto Nacional do Seguro Social - INSS (www.gov.br). Acesso em 22.04.2024.

⁶³ É um programa de transferência de renda do governo brasileiro voltado para pessoas onde a renda de cada indivíduo da família seja de, no máximo, R\$ 218 por mês. Disponível em: Bolsa Família - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (www.gov.br). Acesso em 22.04.2024.

⁶⁴ O BPC é a garantia de um salário-mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade, que comprove a renda por pessoa do grupo familiar igual ou menor que ¼ do salário-mínimo. No caso da pessoa com deficiência, essa condição tem de ser capaz de lhe causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Disponível em: Benefício de Prestação Continuada (BPC) - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (www.gov.br). Acesso em 22.04.2024.

⁶⁵ Planejam atividades nos comércios varejista, atacadista e de assistência técnica; atendem clientes; administram e estruturam equipes de trabalho; gerenciam recursos materiais e financeiros, contratos e projetos; promovem condições de segurança, saúde, meio ambiente e qualidade; assessoram a diretoria e setores da empresa. Atuam na condição de empregados com carteira assinada, como autônomos ou como empregadores (Brasil, 2002).

| | | |
|--|-----|-----|
| Do lar | 3 | 1,1 |
| Enfermeiro | 1 | 0,3 |
| Engenheiro | 3 | 1,1 |
| Farmacêutico | 1 | 0,3 |
| Funcionário público | 2 | 0,7 |
| Garçom | 3 | 1,1 |
| Militar das Forças Armadas | 2 | 0,7 |
| Motorista de automóveis, ônibus, caminhões e veículos similares | 7 | 2,4 |
| Professor | 3 | 1,1 |
| Psicólogo | 1 | 0,3 |
| Trabalhador da construção civil (sem nível superior de ensino) | 26 | 9 |
| Trabalhador de serventia (empregado doméstico, copeiro, babá, caseiro) | 4 | 1,4 |
| Trabalhador de serviços de conservação, manutenção e limpeza | 5 | 1,7 |
| Vendedor ⁶⁶ (comércio atacadista e varejista) | 6 | 2 |
| Vendedor ambulante | 2 | 0,7 |
| Vigilante (guarda de segurança) | 3 | 1,1 |
| Padeiro/confeiteiro | 4 | 1,4 |
| Outras profissões/ocupações | 16 | 5,5 |
| Profissão/ocupação fora da CBO | 7 | 2,4 |
| Sem informação | 170 | 59 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

Para fins de ordenamento quanto às profissões/ocupações, o RHC/HCII segue a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída pelo Ministério do Trabalho e Emprego através da Portaria nº 397, de 9 de outubro de 2002. Assim, a CBO é o documento oficial que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações no mercado de trabalho brasileiro (Brasil, 2002).

As profissões/ocupações mais recorrentes entre a população pesquisada foram as ligadas ao setor da construção civil (9%). Entre elas, destacaram-se o trabalho de pedreiros, estucadores, carpinteiros, bombeiros hidráulicos, operadores de guindaste e eletricitas de instalações. Em seguida, evidenciou-se o grupo dos comerciantes atacadistas e varejistas (3,8%). Já os motoristas de automóveis, ônibus, caminhões e veículos similares ocuparam a terceira posição entre as profissões/ocupações analisadas (2,4%).

Além disso, a pesquisa apontou que parte significativa dos usuários possuía profissões/ocupações associadas ao nível superior de ensino (6,7%). Entre elas, destacaram-se as seguintes categorias profissionais: advocacia, contabilidade, enfermagem, farmácia, serviço militar, serviço público e professores. No entanto, foi possível constatar que a maior parte dos usuários pesquisados possui profissões/ocupações de baixa valorização social e, possivelmente,

⁶⁶ Vendem mercadorias em estabelecimentos do comércio varejista ou atacadista, auxiliando os clientes na escolha. Controlam entrada e saída de mercadorias. Promovem a venda de mercadorias, demonstrando seu funcionamento, oferecendo-as para degustação ou distribuindo amostras das mesmas (Brasil, 2002).

com precários vínculos trabalhistas e baixa remuneração salarial (31,9%). Não foi possível classificar algumas profissões/ocupações que não estavam previstas dentro da CBO (2,4%) e que não possuíam informação associada na base de dados (59%).

De maneira geral, o trabalho remunerado assume uma grande conotação, quando se trata das expectativas sociais que são construídas em relação à população do sexo masculino. No imaginário da sociedade capitalista, machista e cisheteronormativa⁶⁷, os homens são identificados como os principais responsáveis pela provisão e pelo sustento financeiro do lar e da família.

Na sociedade, de modo geral, é possível perceber uma nítida divisão entre o domínio público e o privado, onde os homens desempenham, de maneira predominante, a provisão e o sustento da família e, as mulheres, o cuidado do lar. Nessa dicotomia entre o público e o privado se consubstanciou a divisão sexual do trabalho: homens provedores e mulheres cuidadoras. Assim, durante um período considerável, as atribuições sociais, ao mesmo tempo que limitavam as mulheres a permanecerem no espaço privado, delegavam aos homens o espaço público.

A partir das transformações nos cenários social, econômico e político, as revoluções culturais e a força do movimento feminista no século XX proporcionaram novas configurações sociais, fragilizando a dicotomia entre o público e o privado e o modelo homem provedor e mulher cuidadora. Entretanto, vale ressaltar que o adensamento de mulheres nos espaços historicamente masculinos não significou a alteração na essência da divisão social do trabalho, pois ainda há hierarquização do trabalho masculino como de maior valor do que o feminino.

De acordo com Hirata (2010), diferentes categorias de análise são utilizadas para compreender a assimetria da divisão do trabalho entre os sexos, entre elas, a divisão sexual do trabalho e as relações sociais do sexo; o gênero e as relações de gênero; as diferenças de sexo; a discriminação e as desigualdades. Portanto, a compreensão da forma que se procede a divisão social e sexual do trabalho atravessa o entendimento das relações sociais, de poder e econômicas moduladas pela cultura ao longo da história.

Para além do aspecto simbólico que a dimensão do trabalho remunerado carrega para as identidades masculinas, no processo de tratamento oncológico a preocupação quanto ao vínculo de trabalho ou a ausência dele também se faz presente. Isso porque pessoas com vínculo formal de trabalho, anterior ao diagnóstico do câncer, têm a possibilidade de garantir o sustento próprio

⁶⁷ São pessoas que se reconhecem como heterossexuais e capazes de sentir atração afetiva/sexual somente pelo sexo/gênero oposto ao seu.

e o da família através de benefícios previdenciários (benefício por incapacidade temporária ou permanente). Estes benefícios lhes garante uma renda fixa mensal, bem como assegura aos filhos(as) até 21 anos de idade e cônjuges (a depender da situação conjugal), renda proveniente de pensão, em caso de óbito do trabalhador segurado.

4.3 ADOECIMENTO POR CÂNCER ENTRE OS USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO DO TOC/HCII

Ressalto que para fins de ordenamento, o RHC/HCII utiliza como parâmetro a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O). A CID-O consiste na ampliação do capítulo II (neoplasmas) da Classificação Internacional de Doenças (CID) e possibilita a codificação de todos os cânceres por topografia, histologia (morfologia) e comportamento biológico (maligno, benigno, *in situ*, incerto se benigno ou maligno e metastático).

Assim, a CID-O é uma nomenclatura que pode ser usada para codificar com mais pormenores tanto a topografia como tipos histológicos de cânceres, mais do que os códigos existentes no capítulo II da CID. A CID-O não prevê a utilização de códigos para outros tipos de informação, tais como estadiamento clínico, extensão da doença, lateralidade, método de diagnóstico e tratamento (WHO, 2013). Dessa maneira, os usuários do sexo masculino matriculados na TOC/HCII no período compreendido entre os anos de 2021-2022 foram analisados quanto ao perfil clínico relacionado ao diagnóstico do câncer (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do diagnóstico clínico dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022)

| Caracterização do diagnóstico clínico dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | Nº | % |
|--|------------|-------------|
| Realização de diagnóstico e tratamento anteriores | 288 | 100% |
| Sem diagnóstico e sem tratamentos anteriores | 65 | 22,6 |
| Com diagnóstico e sem tratamentos anteriores | 108 | 37,5 |
| Com diagnóstico e com tratamentos anteriores | 114 | 39,6 |
| Sem informação | 1 | 0,3 |
| Tipo de câncer | 288 | 100% |
| Neoplasia maligna não classificada | 3 | 1,1 |
| Carcinoma | 69 | 23,9 |
| Melanoma | 110 | 38,2 |
| Sarcoma | 98 | 34 |

| | | |
|--|------------|-------------|
| Linfoma | 8 | 2,8 |
| Estadiamento clínico da doença | 288 | 100% |
| Fase inicial | 12 | 4,2 |
| <i>In situ</i> | 4 | 1,4 |
| Estadio I | 8 | 2,8 |
| Fase avançada | 114 | 39,5 |
| Estadio II | 25 | 8,7 |
| Estadio III | 20 | 6,9 |
| Estadio IV | 69 | 23,9 |
| Não se aplica | 8 | 2,8 |
| Sem informação (não estadiado ou não operado) | 154 | 53,5 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

De acordo com a análise da caracterização do diagnóstico do câncer⁶⁸, foi possível identificar que parte significativa da amostra, ao ingressar no INCA, já possuía o diagnóstico da doença definido e havia realizado algum tipo de tratamento em outra unidade de saúde (36,9%). Os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos 2021 e 2022, que não possuíam o diagnóstico da doença definido representaram a minoria da amostra investigada (22,6%).

Todavia, ao agrupar os usuários do sexo masculino analisados pela amostra, com diagnóstico (37,5%) ou sem diagnóstico da doença (22,6%), verifiquei que a maioria não havia iniciado nenhum tipo de tratamento em qualquer unidade de saúde (60,1%). Além disso, a diferença entre os usuários com diagnóstico/com tratamento anterior (39,6%) e os usuários com diagnóstico/sem tratamento anterior (37,5%) é caracterizada como ínfima (2,1%). Nesse sentido, mesmo com o diagnóstico de câncer definido, muitos usuários não haviam iniciado qualquer tipo de tratamento clínico ou cirúrgico antes de ingressarem no HCII/INCA.

A análise dos dados fornecidos pelo RHC/HCII (2023), associados aos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII, retrata a elevada quantidade de homens que efetivaram a matrícula nesta unidade hospitalar entre os anos de 2021 e 2022 com câncer em estadiamento avançado (39,5%), em relação aos homens que foram admitidos na fase inicial da doença

⁶⁸ Para o diagnóstico do câncer no TOC é necessária uma análise do histórico clínico e do exame físico dos(as) usuários(as). Esse tipo de investigação serve para detectar a presença de nódulos ou massas palpáveis, bem como outros sintomas. O(a) especialista pode solicitar exames complementares (laboratoriais ou de imagens). Além disso, é fundamental coletar material para análise laboratorial através de biópsia, a qual pode ser feita por agulha guiada por ultrassom ou tomografia ou, ainda, incisional (por extração cirúrgica). Só então é possível confirmar se o tumor é benigno ou maligno, bem como determinar seu estadio.

(4,2%). Entre os usuários que foram diagnosticados com câncer avançado, a maior parte deles concentra-se no nível mais alto e grave da doença, representada pelo estadio IV (23,9%), conforme apresentado na Tabela 3.

De acordo com o tipo de câncer, foi possível constatar que o melanoma é a doença mais incidente entre os usuários do sexo masculino matriculados pela clínica do TOC/HCII entre os anos 2021 e 2022 (38,2%). O câncer de pele melanoma tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e é mais frequente em pessoas adultas e brancas. Pode aparecer em qualquer parte do corpo humano, na pele ou mucosas, na forma de manchas, pintas ou sinais. Nas pessoas negras, o melanoma é mais comum nas áreas claras do corpo, como palmas das mãos e plantas dos pés⁶⁹.

Em seguida, destacaram-se os tipos de câncer associados aos sarcomas (34%) - tanto de partes moles como de partes ósseas - e os carcinomas (23,9%). O sarcoma pertence a um grupo de tumores raros que se desenvolvem nas células conjuntivas e podem ocorrer em qualquer parte do corpo humano. Sua prevalência ocorre nas partes moles (como nas células de gordura, músculo, cartilagem, tendões, nervos e vasos sanguíneos), bem como nas partes ósseas. De maneira geral, os sarcomas podem ser divididos em três grandes grupos, a saber: a) os sarcomas ósseos primários, formado pelo osteossarcoma, condrossarcoma, sarcoma de Ewing; b) os sarcomas de partes moles, entre eles o lipossarcoma, o sarcoma sinovial e o leiomiossarcoma; c) os tumores estromais gastrointestinais, compostos por sarcomas que se desenvolvem no trato digestivo⁷⁰.

Por ser considerada uma doença silenciosa e de baixa incidência, o diagnóstico do sarcoma costuma se dar em fases mais avançadas do tumor, momento em que aparecem os sintomas. Estes variam conforme o local atingido, podendo ser uma massa ou nódulo palpável, dor abdominal, formigamento nos membros, alterações intestinais, entre outros sinais. Dessa maneira, o perfil associado à doença e a maneira como ela se comporta no organismo pode ser ainda mais prejudicial para os homens, que esbarram na dificuldade e demora pela busca dos serviços de saúde. De maneira geral, quanto antes o diagnóstico for recebido, melhores são as

⁶⁹ Disponível em câncer de pele melanoma - Instituto Nacional de Câncer - INCA (www.gov.br). Acesso em 23.04.2024.

⁷⁰ Disponível em O que é câncer? - Instituto Nacional de Câncer - INCA (www.gov.br). Acesso em 23.04.2024

chances de cura, uma vez que os tumores em estágios iniciais têm mais chances de sucesso nos tratamentos oncológicos.

O carcinoma, por sua vez, caracteriza-se como um tumor maligno da pele ou dos tecidos que revestem/cobrem os órgãos internos do organismo⁷¹. Os principais tipos de carcinoma cutâneo são o carcinoma de células basais e o carcinoma espinocelular. Entre os tumores raros, estão classificados o carcinoma de células de Merkel e o carcinoma sebáceo, que possuem características diferentes dos anteriores por possuírem rápido desenvolvimento.

O linfoma foi o tipo de câncer que apareceu em menor quantidade na amostra estudada (2,8%). Esse tipo de câncer ocorre quando uma célula normal do sistema linfático sofre mutações, passando a se multiplicar e a se disseminar pelo organismo. O sistema linfático faz parte do sistema imunológico, que ajuda o corpo a combater doenças. Como o tecido linfático é encontrado em todo o corpo, o linfoma pode começar em qualquer lugar. Esse tipo de câncer pode ser dividido em dois grupos: a) linfoma de Hodgkin; b) linfoma não Hodgkin. O primeiro ocorre em um tipo de célula linfoide e acomete mais as pessoas entre 15 e 35 anos e acima dos 55 anos de idade; já o segundo é mais comum em pessoas idosas, podendo surgir em outras células do sistema linfático⁷².

O tratamento oncológico para os tipos de cânceres assistidos pela clínica do TOC/HCI varia de acordo com o estadiamento da doença e a caracterização dos diagnósticos dos(as) usuários(as). No que refere aos usuários do sexo masculino, matriculados entre os anos 2021 e 2022, a técnica mais empregada foi a ressecção cirúrgica do tumor e das margens adjacentes (52,8%). Em algumas situações, a cirurgia ainda foi associada a outras terapias complementares, como por exemplo, a radioterapia⁷³ (7,3%), quimioterapia⁷⁴ (16,7%), hormonioterapia (0,3%) e imunoterapia (1,4%), a fim de aumentar as chances de sucesso do tratamento oncológico, bem como diminuir possíveis efeitos colaterais (Tabela 4).

⁷¹ Disponível em O que é câncer? - Instituto Nacional de Câncer - INCA (www.gov.br). Acesso em 23.04.2024

⁷² Disponível em Instituto Nacional de Câncer - INCA (www.gov.br). Acesso em 23.04.2024.

⁷³ A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes para destruir um tumor ou impedir que suas células cresçam. Essas radiações são invisíveis e indolores no momento da aplicação. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros tratamentos (INCA, 2020).

⁷⁴ A quimioterapia é um tipo de tratamento à base de medicamentos para combater o câncer. Esses medicamentos se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que se espalhem (INCA, 2020).

Tabela 4. Caracterização do primeiro tratamento fornecido pelo INCA aos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022)

| Caracterização do primeiro tratamento fornecido pelo INCA aos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | Nº | % |
|--|------------|-------------|
| Primeiro tratamento recebido no INCA | 288 | 100% |
| Nenhum | 62 | 21,5 |
| Cirurgia | 152 | 52,8 |
| Radioterapia | 21 | 7,3 |
| Quimioterapia | 48 | 16,7 |
| Hormonioterapia | 1 | 0,3 |
| Imunoterapia | 4 | 1,4 |
| Estado da doença ao final do primeiro tratamento recebido no INCA | 288 | 100% |
| Remissão completa | 126 | 43,7 |
| Doença estável | 15 | 5,2 |
| Doença em progressão | 14 | 4,9 |
| Suporte terapêutico oncológico | 28 | 9,7 |
| Óbito | 29 | 10,1 |
| Não se aplica (em tratamento) | 74 | 25,7 |
| Sem informação | 2 | 0,7 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

Parte significativa dos usuários da amostra pesquisada conseguiu obter a remissão completa da doença, por meio de procedimento cirúrgico (43,7%). Em seguida, foi possível observar que alguns usuários (25,7%), ainda seguiram em tratamento oncológico (clínico e/ou cirúrgico) e, por isso, no momento da investigação não puderam ter o desfecho do primeiro tratamento definido.

Cabe destacar que a realização de procedimento cirúrgico como proposta de tratamento oncológico para sarcomas ósseos e/ou de partes moles resulta na utilização de técnicas radicais de amputação e/ou desarticulação de membros do corpo humano (inferiores e/ou superiores). Assim, os(as) usuários(as) submetidos a tais procedimentos passam a ter que se adaptar a uma realidade comum para as pessoas com deficiência física e, por vezes, dependentes de uma rede de cuidado social e/ou familiar. Dessa forma, entende-se que a doença oncológica associada à deficiência física gera inúmeros comprometimentos na vida social dos(as) usuários(as) e seus familiares.

O óbito como desfecho do primeiro tratamento oncológico realizado pelos usuários do sexo masculino investigados pela amostra correspondeu a 10,1% do total analisado. Além disso, mesmo após a realização do tratamento, 9,7% dos usuários permaneceram com o suporte terapêutico oncológico; 5,2% não tiveram a remissão completa da doença, mas obtiveram como

resultado o controle e a estabilização da progressão do câncer; e 4,9% não conseguiram controlar a progressão da doença com o tratamento realizado.

Nesse sentido, é possível afirmar que, com base nas informações do RHC/HCII, mais da metade dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos 2021 e 2022 não obteve a cura do câncer ao término do primeiro tratamento oncológico (55,6%). Não foi possível identificar o desfecho do tratamento de 0,7% dos usuários analisados pela amostra.

Quando a população investigada teve por base a distribuição dos casos de câncer, de acordo com o estadiamento da doença, verifiquei que as características sociodemográficas relacionadas a faixa etária se comportaram de forma diferente da população geral. Dessa maneira, os usuários do sexo masculino matriculados na TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022, caracterizaram-se de forma majoritária por compor a faixa etária situada entre 55 e 64 anos de idade, tanto na fase inicial (41,8%), bem como na fase avançada da doença (21%) - (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos casos de câncer de acordo com as variáveis sociodemográficas e com o estadiamento do câncer entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022)

| Distribuição dos casos de câncer de acordo com as variáveis sociodemográficas e com o estadiamento do câncer entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | | | | |
|--|------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Características | Estadio inicial | | Estadio avançado | |
| Faixa etária | 12 | 100% | 114 | 100% |
| 18 a 24 anos | 0 | 0 | 4 | 3,5 |
| 25 a 34 anos | 1 | 8,3 | 12 | 10,5 |
| 35 a 44 anos | 3 | 25 | 16 | 14 |
| 45 a 54 anos | 1 | 8,3 | 17 | 14,9 |
| 55 a 64 anos | 5 | 41,8 | 24 | 21,1 |
| 65 a 74 anos | 1 | 8,3 | 23 | 20,2 |
| 75 a 84 anos | 1 | 8,3 | 16 | 14 |
| 85 a 94 anos | 0 | 0 | 2 | 1,8 |
| Raça/etnia | 12 | 100% | 114 | 100% |
| Branca | 7 | 58,3 | 69 | 60,5 |
| Negra (Preta ou Parda) | 5 | 41,7 | 45 | 39,5 |
| Grau de escolaridade | 12 | 100% | 114 | 100% |
| Nenhuma | 0 | 0 | 3 | 2,6 |
| Ensino fundamental incompleto | 1 | 8,3 | 39 | 34,2 |
| Ensino fundamental completo | 2 | 16,7 | 15 | 13,2 |
| Ensino médio (completo ou incompleto) | 7 | 58,4 | 38 | 33,3 |
| Ensino superior incompleto | 1 | 8,3 | 2 | 1,8 |
| Ensino superior completo | 1 | 8,3 | 17 | 14,9 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

No que se refere à variável raça/etnia, a população autodeclarada branca se manteve como a maioria nos estadios iniciais (58,3%) e nos mais avançados da doença (60,5%). No entanto, quando o estadiamento do câncer esteve associado ao grau de escolaridade dos usuários do sexo masculino, observou-se que aqueles com nível médio completo ou incompleto possuíam os menores estadiamentos da doença (58,4%).

Já os usuários do sexo masculino com menos escolaridade estiveram associados ao grau mais elevado da doença. Entre os homens com o estadio avançado do câncer, a maioria possuía o nível fundamental completo ou incompleto (47,4%), quando comparados aos homens com nível médio (33,3%) e superior (16,7%). Além disso, apenas na fase avançada da doença foi possível encontrar homens com nenhum grau de escolaridade (2,6%).

Para Wünsch Filho *et al* (2008), é possível constatar a existência de uma estreita relação entre o nível de instrução e a fase de experiência e percepção dos primeiros sintomas do adoecimento por câncer. Os estudos desenvolvidos por estes autores apontaram que os grupos de pessoas com pouca escolaridade tendem a ter maior contato com os fatores de risco, tais como limitações no acesso à saúde, atraso na confirmação diagnóstica e falta de informações sobre a doença.

Exatos 36,5% dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII no período compreendido entre os anos 2021 e 2022 declararam nunca ter feito consumo de bebidas alcoólicas. Porém, a maior parte da amostra pesquisada afirmou já ter consumido ou estar consumindo bebidas alcoólicas (41,6%), conforme aponta os dados da Tabela 6.

Tabela 6. Histórico de consumo de bebida alcoólica e tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022)

| Histórico de consumo de bebida alcoólica e produtos derivados do tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | Nº | % |
|--|------------|-------------|
| Consumo de bebida alcoólica | 288 | 100% |
| Nunca | 105 | 36,5 |
| Ex-consumidor | 32 | 11,1 |
| Sim | 88 | 30,5 |
| Sem informação | 63 | 21,9 |
| Consumo de produtos derivados do tabaco | 288 | 100% |
| Nunca | 138 | 48 |
| Ex-consumidor | 58 | 20,1 |
| Sim | 30 | 10,4 |
| Sem informação | 62 | 21,5 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

O consumo de álcool é um dos maiores fatores de risco para a população, sendo considerado uma das principais causas de DCNT, bem como dos acidentes e violências. No Brasil, 26,4% da população com 18 anos de idade ou mais teve o costume de ingerir bebida alcoólica uma ou mais vezes por semana em 2019. Entre a população brasileira, 37,1% dos homens afirmaram possuir o hábito de consumir bebida alcoólica ao menos uma vez por semana, enquanto o percentual entre as mulheres foi de 17%, no mesmo período (IBGE, 2019).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE em 2019, os fatores de risco para as DCNT podem ser modificáveis (como por exemplo, tabagismo; prática insuficiente de atividade física; alimentação inadequada; consumo de álcool e excesso de peso e obesidade), sendo fundamental o monitoramento desses fatores no planejamento de políticas públicas.

A maior parte dos usuários investigados afirmou nunca ter realizado consumo de produtos derivados do tabaco (48%). A soma dos usuários que afirmaram já ter feito uso e daqueles que ainda fazem uso de produtos derivados do tabaco (30,5%) foi menor que a quantidade de pessoas que declararam nunca ter consumido tabaco. Entretanto, cabe destacar o elevado número de pessoas que esteve sem informação associada ao consumo de álcool (21,9%) e de tabaco (21,5%), na base de dados do RHC/HCII (2023).

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco configuram importantes fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como o câncer. No Brasil, a prevalência do tabagismo entre a população vem se reduzindo significativamente ao longo das últimas décadas (IBGE, 2020b). No ano de 2013, 14,9% das pessoas de 18 anos ou mais eram usuárias de produtos derivados do tabaco, em 2019 o número caiu para 12,8%. Cabe destacar que os homens são os que mais consomem produtos derivados do tabaco (16,2%), em comparação às mulheres (9,8%), de acordo com dados fornecidos pelo IBGE em 2019.

Tabela 7. Distribuição dos casos de câncer de acordo com as variáveis de consumo de álcool e tabaco associados ao estadiamento do câncer, entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022)

| Distribuição dos casos de câncer de acordo com as variáveis de consumo de álcool e tabaco associados ao estadiamento do câncer, entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | | | | |
|---|------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Características | Estadio inicial | | Estadio avançado | |
| Consumo de bebida alcoólica | 6 | 100% | 92 | 100% |
| Nunca | 4 | 66,7 | 41 | 44,6 |
| Ex-consumidor | 0 | 0 | 14 | 15,2 |
| Sim | 2 | 33,3 | 37 | 40,2 |
| Consumo de produtos derivados do tabaco | 6 | 100% | 92 | 100% |

| | | | | |
|---------------|---|-----|----|------|
| Nunca | 6 | 100 | 61 | 66,3 |
| Ex-consumidor | 0 | 0 | 21 | 22,8 |
| Sim | 0 | 0 | 10 | 10,9 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

Na população investigada foi possível constatar que o álcool - considerando as pessoas que já consumiram e aquelas que afirmaram ainda consumir bebidas alcoólicas - exerceu o predomínio nos casos de estadiamento mais avançado da doença (55,4%). O mesmo não ocorreu com o consumo de produtos derivados do tabaco. A maior parte dos usuários (66,3%), em fase avançada do desenvolvimento do câncer, afirmou que nunca utilizou produtos derivados do tabaco (Tabela 7).

Nesse sentido, foi possível observar que na amostra investigada o consumo de álcool representa um fator de risco associado ao desenvolvimento de câncer com maior potencial nocivo, quando comparado ao consumo do tabaco e seus produtos derivados.

4.4 MORTALIDADE POR CÂNCER ENTRE OS USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO DO TOC/HCII

Entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022, pouco mais de 10% não conseguiram concluir o primeiro tratamento oncológico proposto (seja cirúrgico ou clínico) e tiveram como desfecho o adoecimento por câncer e o óbito. Contudo, com base nas análises dos dados fornecidos pelo RHC/HCII até o ano de 2023, o número de óbitos por câncer foi ainda maior (33,3%), correspondendo a pouco mais de 1/3 da população que compõe a amostra investigada.

Dessa maneira, até o ano de 2023, foram constatadas 69 mortes por câncer entre a população masculina e 58 entre a população feminina matriculada na TOC/HCII no período. Assim sendo, o percentual de óbitos ocorridos entre as mulheres matriculadas na mesma clínica e no mesmo período (21,3%) foi inferior ao número de mortes ocorridas entre os homens investigados nesta tese (33,3%).

Ao considerar os usuários do sexo masculino matriculados na TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022 que faleceram no decorrer do tratamento oncológico, pude constatar que a maioria teve a causa do óbito associada ao adoecimento por câncer (72%), enquanto 28% dos

usuários tiveram o motivo do óbito desconhecido. O tipo de câncer que mais matou a população investigada foi o melanoma (42%). Em seguida, destacaram-se as mortes por sarcomas (39,2%), carcinomas (10,2%) e linfomas (4,3%). Não foi possível classificar a neoplasia maligna responsável pela morte de 4,3% dos usuários investigados, conforme apontam os dados da Tabela 8.

Tabela 8. Caracterização do tipo de câncer associado ao óbito dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022)

| Caracterização do tipo de câncer associado ao óbito dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) | Nº | % |
|--|-----------|-------------|
| Tipo de câncer | 69 | 100% |
| Neoplasia maligna não classificada | 3 | 4,3 |
| Carcinoma | 7 | 10,2 |
| Melanoma | 29 | 42 |
| Sarcoma | 27 | 39,2 |
| Linfoma | 3 | 4,3 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

O Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Dermatologia instituíram o mês de dezembro como um marco para a realização de campanhas voltadas para a prevenção e a detecção precoce do câncer de pele, que ficou conhecido como *Dezembro Laranja*. O câncer de pele não melanoma é o mais frequente e corresponde a cerca de 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Em homens, é mais incidente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com risco estimado de 135,86 casos por 100 mil, 121,40 por 100 mil e 77,45 por 100 mil homens, respectivamente.

Segundo o INCA (2022), quanto ao câncer de pele do tipo melanoma, o número de casos novos estimados para o triênio 2023-2025 é de 8.980, o que corresponde a um risco de 4,13 por 100 mil habitantes, sendo 4.640 em homens e 4.340, em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 4,37 casos novos a cada 100 mil homens e de 3,90 a cada 100 mil mulheres. Embora o melanoma represente apenas 4% das neoplasias malignas do país, é o tipo mais grave, devido à sua alta probabilidade de provocar metástases.

No Brasil, tanto o câncer de pele não melanoma como o câncer de pele do tipo melanoma acometem e matam em maior número a população masculina. De acordo com o INCA (2022), ocorreram, em 2020, 2.653 óbitos de câncer de pele não melanoma. Desses, 1.534 em homens, que corresponderam ao risco de 1,48 morte por 100 mil homens, e 1.119 mortes entre as

mulheres, um risco de 1,03 morte por 100 mil mulheres. Para o câncer de pele melanoma, ocorreram, em 2020, 1.923 óbitos. Em homens, foram observados 1.120 óbitos, com um risco de 1,08 por 100 mil homens, e, nas mulheres, ocorreram 803 óbitos, com risco de 0,91 por 100 mil mulheres.

O principal fator de risco para todos os tipos de câncer de pele é a radiação ultravioleta, que induz a lesões no DNA. O dano produzido pelas radiações é cumulativo. Para o câncer de pele melanoma, merecem destaque ainda as radiações ultravioletas não naturais, como lâmpadas e camas solares. Assim, as pessoas que desempenham atividades expostas ao sol possuem três vezes mais chances de desenvolver câncer de pele (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

O Instituto Melanoma Brasil⁷⁵ realizou, em 2019, a campanha *Trabalhe com segurança, proteja sua pele*, com foco justamente na exposição solar ocupacional. O objetivo da comunicação foi alertar os(as) trabalhadores(as), em especial os homens que realizam atividades externas, como bombeiros, paisagistas, jardineiros, carteiros, agricultores, pedreiros e varredores, bem como seus empregadores, sobre os efeitos da exposição solar e de como a profissão/ocupação pode ser um fator de risco para determinadas doenças, incluindo o melanoma e o câncer de pele não melanoma.

No Brasil, recentemente, foi estabelecida a Lei nº 14.539, de 31 de março de 2023, que instituiu a Campanha Nacional de Prevenção da Exposição Indevida ao Sol. Essa campanha possui o objetivo de conscientizar a população sobre os riscos e as consequências da exposição indevida ao sol. Além disso, busca implementar as medidas necessárias para facilitar ou possibilitar o acesso das pessoas ao filtro solar.

Dessa maneira, ao longo dos últimos anos, foi possível verificar o aumento da preocupação com o câncer de pele no país, seja por meio de instituições de natureza pública e/ou privada. Por sua vez, a atenção devida ao câncer de pele refletiu no crescimento de iniciativas que buscaram promover ações de prevenção e promoção do cuidado com a pele entre a população brasileira. Faz-se necessário, no entanto, enfatizar que tais ações ainda carecem de maior problematização e articulação com os aspectos relacionados à geração, sexo/gênero e classe social, a fim de projetar maior alcance e eficácia. Isso porque, principalmente em relação ao câncer de pele (melanoma ou não melanoma), alguns fatores de risco estão fortemente

⁷⁵ Organização não-governamental que se propõe a contribuir com a divulgação e conscientização sobre o melanoma no Brasil.

associados à faixa etária - já que acomete mais as pessoas idosas, ao sexo/gênero - pois acometem mais a população masculina, e à profissão/ocupação - principalmente aquelas que estão mais suscetíveis à radiação solar.

No que se refere à análise dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos 2021 e 2022 que foram a óbito devido ao adoecimento por câncer, foi possível constatar o maior impacto dos marcadores sociais da desigualdade associados à raça/etnia, bem como ao nível de escolaridade. A seguir, destaco as características sociodemográficas relacionadas a este grupo, conforme apontado na Tabela 9.

Tabela 9. Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII que foram à óbito por câncer (2021-2022)

| Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII que foram a óbito por câncer (2021-2022) | Nº | % |
|---|-----------|-------------|
| Faixa etária | 69 | 100% |
| 18 a 24 anos | 3 | 4,3 |
| 25 a 34 anos | 5 | 7,3 |
| 35 a 44 anos | 8 | 11,6 |
| 45 a 54 anos | 9 | 13 |
| 55 a 64 anos | 14 | 20,4 |
| 65 a 74 anos | 18 | 26,1 |
| 75 a 84 anos | 9 | 13 |
| 85 a 94 anos | 3 | 4,3 |
| Raça/etnia | 69 | 100% |
| Branca | 36 | 52,2 |
| Negra (Preta ou Parda) | 33 | 47,8 |
| Grau de escolaridade | 69 | 100% |
| Nenhuma | 5 | 7,3 |
| Ensino fundamental incompleto | 23 | 33,3 |
| Ensino fundamental completo | 9 | 13 |
| Ensino médio (completo ou incompleto) | 20 | 29 |
| Ensino superior incompleto | 2 | 2,9 |
| Ensino superior completo | 10 | 14,5 |
| Local de nascimento | 69 | 100% |
| Rio de Janeiro | 55 | 79,8 |
| Demais Estados da região Sudeste | 4 | 5,8 |
| Região Nordeste | 8 | 11,6 |
| Região Centro-Oeste | 1 | 1,4 |
| Exterior | 1 | 1,4 |
| Local de residência | 69 | 100% |
| Grande Rio | 36 | 52,2 |
| Baixada Fluminense | 14 | 20,4 |
| Baixada Litorânea | 8 | 11,6 |
| Região Serrana | 3 | 4,3 |
| Centro-Sul Fluminense | 3 | 4,3 |
| Sul Fluminense | 1 | 1,4 |

| | | |
|--------------------------|-----------|-------------|
| Norte Fluminense | 2 | 2,9 |
| Não informada | 2 | 2,9 |
| Situação conjugal | 69 | 100% |
| Solteiro | 30 | 43,5 |
| Casado | 24 | 34,8 |
| Viúvo | 3 | 4,3 |
| Separado judicialmente | 10 | 14,5 |
| União consensual | 2 | 2,9 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

No que se refere à variável que corresponde à faixa etária, foi possível identificar o predomínio do número de óbitos entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022, que compõem o grupo de 65-74 anos de idade (26,1%). Em seguida, destacaram-se os óbitos que ocorreram no grupo correspondente à faixa etária de 55-64 anos de idade (20,4%).

Conforme apontado anteriormente, os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII no período pesquisado autodeclararam-se majoritariamente como brancos (58,3%). Já a população negra (pretos e pardos), representou a minoria da amostra analisada (41,7%). No tocante às mortes ocorridas, foi possível identificar, também, o predomínio de usuários do sexo masculino que se autodeclararam como brancos (52,2%), seguidos pelos usuários pardos autodeclarados (47,8%). No entanto, quando o dado associado ao óbito por câncer foi comparado com a totalidade de usuários do sexo masculino acometidos pela doença entre o período de 2021 e 2022, foi possível constatar um maior impacto das mortes entre a população negra (27,5%), enquanto na população branca o percentual de mortes correspondeu a 21,42%.

Quanto ao grau de escolaridade dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre 2021 e 2022 e que foram a óbito por câncer, constatei o elevado percentual de homens com pouco ou nenhum grau de instrução. Da amostra analisada, 7,3% dos usuários do sexo masculino não possuíam nenhuma escolaridade e 33,3% não haviam completado o ensino fundamental.

A população que mais morreu por adoecimento por câncer foram os homens nascidos na cidade do Rio de Janeiro (79,8%) e que, também, representaram o maior percentual de usuários do sexo masculino matriculados na TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022 (78,8%). Já os homens nascidos na região Nordeste do país ocuparam a segunda posição, no que se refere ao número de óbitos por câncer entre a população masculina analisada (11,6%). Este dado, também, pode estar relacionado à dificuldade encontrada por estes usuários, no que se refere à

ausência ou dificuldade de estabelecer uma rede de suporte social e/ou familiar para o tratamento oncológico. Geralmente, a família de origem (mães, pais, irmãos e amigos/as) não acompanha o processo de migração desses usuários, permanecendo na cidade natal.

O local de residência predominante entre a população que foi a óbito por câncer permaneceu sendo a região do Grande Rio (52,2%), na comparação com a população total da amostra analisada. Em segundo lugar, destacou-se a região da Baixada Fluminense (20,4%) e, em seguida, as regiões Litorânea (11,6%); Serrana (4,3%), Centro-Sul (4,3%), Norte Fluminense (2,9%) e Sul Fluminense (1,4%). Não foi informado o local de residência de 2,9% da amostra.

A situação conjugal dos usuários do sexo masculino que compõem a amostra e que foram a óbito por câncer despertou a atenção no que se refere ao elevado número de homens solteiros (43,5%), quando comparado ao número de homens casados (34,8%). No que concerne à população geral que compõe a amostra analisada, foi possível perceber uma significativa alteração desta variável, pois o estado civil da maioria dos homens é casado (51,4%) e a menor parte, solteiro (34%). Nesse sentido, é possível inferir por meio deste estudo que a situação conjugal dos homens é um aspecto relevante que pode proporcionar maior cuidado na relação dos homens com a própria saúde.

Para Couto e Gomes (2012), o homem não possui o hábito do autocuidado, sendo esta responsabilidade delegada, com frequência, às suas mães e, logo, para suas esposas e companheiras. Isto implica dizer que muitos homens procuram os serviços de saúde motivados por mulheres. Dessa maneira, os homens casados tendem a depender de suas esposas/companheiras como fonte de apoio e cuidado. Sendo assim, o casamento ou a união estável pode oferecer maior proteção à saúde dos homens, considerando uma variedade de doenças.

Quanto ao perfil socioeconômico dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022 e que morreram devido ao câncer, foi possível identificar uma variedade de profissões/ocupações exercidas entre os mesmos. No entanto, a profissão/ocupação que mais se destacou foi aquela ligada ao setor da construção civil (13%), segundo dados da Tabela 10.

Em seguida, destacaram-se as profissões/ocupações de comerciante (4,4%), contador (4,4%) e garçom (4,4%). As profissões/ocupações associadas ao nível superior de ensino corresponderam ao total de 4,2% entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) e que foram a óbito por câncer. Na comparação com a população geral

analisada pela amostra, esse dado representa uma queda de 2,1% entre os homens que possuem profissões/ocupações relacionadas ao nível superior de ensino.

Tabela 10. Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCI (2021-2022) que foram a óbito por câncer

| Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCI (2021-2022) que foram a óbito por câncer | Nº | % |
|--|-----------|-------------|
| Profissão/Ocupação | 69 | 100% |
| Advogado | 1 | 1,44 |
| Artesão | 1 | 1,44 |
| Comerciante (comércio atacadista e varejista) | 3 | 4,4 |
| Contador | 3 | 4,4 |
| Cozinheiro | 1 | 1,44 |
| Do lar | 1 | 1,44 |
| Entregador | 1 | 1,44 |
| Estudante | 1 | 1,44 |
| Garçom | 3 | 4,4 |
| Historiador | 1 | 1,44 |
| Locutor/comentarista de rádio e televisão | 2 | 2,9 |
| Militar das Forças Armadas | 1 | 1,44 |
| Metalúrgico | 1 | 1,44 |
| Motorista de automóveis, ônibus, caminhões e veículos similares | 2 | 2,9 |
| Pescador | 1 | 1,44 |
| Técnico em informática | 1 | 1,44 |
| Trabalhador da construção civil | 9 | 13 |
| Vendedor (comércio atacadista e varejista) | 2 | 2,9 |
| Vigilante (guarda de segurança) | 1 | 1,44 |
| Sem informação | 33 | 47,82 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

Quanto ao consumo de bebida alcoólica e de produtos derivados do tabaco, entre os usuários do sexo masculino investigados pela amostra que foram a óbito por câncer, identifiquei que a maior parte nunca fez uso de bebida alcóolica (31,9%), conforme aponta a Tabela 11. Porém, ao analisar os usuários que já consumiram bebida alcoólica (11,6%) e aqueles que ainda fazem uso de álcool (30,5%), foi possível constatar o número elevado de pessoas que tiveram contato com algum tipo de bebida alcoólica (42,1%) na população estudada.

Tabela 11. Histórico de consumo de bebida alcoólica e tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) que foram a óbito por câncer

| Histórico de consumo de bebida alcoólica e produtos derivados do tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) que foram a óbito por câncer | Nº | % |
|--|-----------|-------------|
| Consumo de bebida alcoólica | 69 | 100% |
| Nunca | 22 | 31,9 |
| Ex-consumidor | 8 | 11,6 |
| Sim | 21 | 30,5 |
| Sem informação | 18 | 26 |
| Consumo de produtos derivados do tabaco | 69 | 100% |
| Nunca | 31 | 44,9 |
| Ex-consumidor | 12 | 17,4 |
| Sim | 9 | 13 |
| Sem informação | 17 | 24,7 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

No que tange ao uso do tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados na TOC/HCII entre o período de 2021 e 2022 e que foram a óbito por câncer, observei que a maior parte nunca fez uso do mesmo (44,9%). Ao contrário do consumo de bebidas alcoólicas entre a população analisada, a soma dos usuários que já fizeram uso de produtos derivados do tabaco (17,4%) e aqueles que ainda fazem (13%) não foi capaz de superar o número de homens que nunca consumiu tabaco (44,9%).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, as tendências apresentadas em 2022 mostraram um declínio contínuo nas taxas de consumo do tabaco no cenário global. Cerca de 1 em cada 5 adultos em todo o mundo consome tabaco, em comparação com 1 em cada 3 no ano de 2000. Além disso, o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde mostrou que 150 países estão reduzindo com êxito o consumo de tabaco, entre eles, destacam-se o Brasil e a Holanda.

4.5 USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO DO TOC/HCII SOBREVIVENTES AO CÂNCER

Nas análises que se seguem, foram excluídos os usuários do sexo masculino matriculados na TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022 que foram a óbito por câncer ou por outro motivo. Dessa maneira, foi possível constatar o quantitativo de 192 homens sobreviventes

ao câncer. Esse dado representa o percentual de 66,7% de toda a amostra investigada, conforme se observa na Tabela 12.

Tabela 12. Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer

| Características sociodemográficas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer | Nº | % |
|--|------------|-------------|
| Faixa etária | 192 | 100% |
| 18 a 24 anos | 5 | 2,6 |
| 25 a 34 anos | 21 | 10,9 |
| 35 a 44 anos | 22 | 11,5 |
| 45 a 54 anos | 23 | 12 |
| 55 a 64 anos | 49 | 25,5 |
| 65 a 74 anos | 42 | 21,9 |
| 75 a 84 anos | 23 | 12 |
| 85 a 94 anos | 7 | 3,6 |
| Raça/etnia | 192 | 100% |
| Branca | 114 | 59,4 |
| Negra (Preta ou Parda) | 78 | 40,6 |
| Grau de escolaridade | 192 | 100% |
| Nenhuma | 3 | 1,6 |
| Ensino fundamental incompleto | 59 | 30,7 |
| Ensino fundamental completo | 23 | 12 |
| Ensino médio (completo ou incompleto) | 75 | 39 |
| Ensino superior incompleto | 8 | 4,2 |
| Ensino superior completo | 24 | 12,5 |
| Local de nascimento | 192 | 100% |
| Rio de Janeiro | 153 | 79,7 |
| Demais Estados da região Sudeste | 14 | 7,3 |
| Região Nordeste | 19 | 9,9 |
| Região Norte | 4 | 2,1 |
| Região Centro-Oeste | 2 | 1 |
| Local de residência | 192 | 100% |
| Grande Rio | 99 | 51,6 |
| Baixada Fluminense | 33 | 17,2 |
| Baixada Litorânea | 18 | 9,4 |
| Região Serrana | 12 | 6,2 |
| Centro-Sul Fluminense | 7 | 3,6 |
| Sul Fluminense | 9 | 4,7 |
| Norte Fluminense | 5 | 2,6 |
| Outros Estados | 2 | 1 |
| Não informada | 7 | 3,7 |
| Situação conjugal | 192 | 100% |
| Solteiro | 58 | 30,2 |
| Casado | 114 | 59,4 |
| Viúvo | 7 | 3,7 |
| Separado judicialmente | 10 | 5,2 |
| União consensual | 3 | 1,5 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

No que se refere ao aspecto sociodemográfico, foi possível identificar que a população sobrevivente ao câncer analisada pela amostra informada pertence ao grupo majoritário de homens compreendidos na faixa etária de 55-64 anos de idade (25,5%), autodeclarados como brancos (59,4%), com nível de escolaridade que corresponde ao ensino médio (completo ou incompleto) (39%), nascidos no Estado do Rio de Janeiro (79,7%), residentes na região do Grande Rio (51,6%) e casados (59,4%).

Sendo assim, destacaram-se os melhores níveis de escolaridade e o estado conjugal de casado entre os usuários do sexo masculino sobreviventes ao câncer. Na comparação com os homens que foram a óbito por câncer no mesmo período, foi possível identificar que estes possuíam os piores níveis de escolaridade e não possuíam cônjuges.

Entre os homens sobreviventes ao câncer analisados pela amostra deste estudo, evidenciei que grande parcela dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos 2021 e 2022 pertencia ao conjunto de trabalhadores ligados ao ramo da construção civil (10,4%). Em seguida, destacaram-se os comerciantes (4,7%) e os motoristas de automóveis (2,6%), conforme os dados da Tabela 13.

Ao traçar um comparativo entre o perfil socioeconômico dos usuários que foram a óbito por câncer e os usuários que sobreviveram a ele, foi possível identificar uma diferença relacionada ao percentual de homens que exerciam profissões de nível superior de ensino (1,6%). Entre aqueles que foram a óbito, observou-se que 3% exerciam profissões de nível superior, enquanto entre os sobreviventes ao câncer constatou-se um percentual mais elevado, de 4,6%. Esse dado corrobora com as análises que associam o maior nível de escolaridade dos homens a uma relação mais próxima com os cuidados com a saúde.

Tabela 13. Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer

| Características socioeconômicas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer | Nº | % |
|---|------------|-------------|
| Profissão/Ocupação | 192 | 100% |
| Artesão | 1 | 0,5 |
| Almoxarife | 1 | 0,5 |
| Cabelereiro | 1 | 0,5 |
| Carteiro | 1 | 0,5 |
| Comerciante (comércio atacadista e varejista) | 9 | 4,7 |
| Cozinheiro | 1 | 0,5 |
| Do lar | 1 | 0,5 |
| Enfermeiro | 1 | 0,5 |
| Engenheiro | 3 | 1,6 |

| | | |
|--|-----|------|
| Estudante | 1 | 0,5 |
| Farmacêutico | 1 | 0,5 |
| Funcionário público | 2 | 1 |
| Lavrador | 1 | 0,5 |
| Metalúrgico | 1 | 0,5 |
| Militar das Forças Armadas | 1 | 0,5 |
| Motorista de automóveis, ônibus, caminhões e veículos similares | 5 | 2,6 |
| Mecânico de veículo automotores | 1 | 0,5 |
| Pecuarista | 1 | 0,5 |
| Padeiro | 1 | 0,5 |
| Porteiro | 2 | 1 |
| Professor | 3 | 1,6 |
| Psicólogo | 1 | 0,5 |
| Trabalhador da construção civil | 20 | 10,4 |
| Trabalhador de serventia (empregado doméstico, copeiro, babá, caseiro) | 3 | 1,6 |
| Trabalhador de serviços de conservação, manutenção e limpeza | 3 | 1,6 |
| Vendedor (comércio atacadista e varejista) | 3 | 1,6 |
| Vendedor ambulante | 2 | 1 |
| Vigilante (guarda de segurança) | 2 | 1 |
| Padeiro/confeiteiro | 2 | 1 |
| Profissão/Ocupação fora da CBO | 3 | 1,6 |
| Sem informação | 114 | 59,4 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

Entre a população analisada que sobreviveu ao câncer, foi possível identificar que o consumo de álcool se manifestou de forma expressiva, conforme mostram os dados da Tabela 14. Embora a maior parte dos usuários masculinos matriculados no TOC/HCII entre os anos 2021 e 2022 tenha relatado nunca ter consumido bebida alcoólica (37,5%), os usuários que relataram já ter feito a ingesta de álcool em algum momento, somado àqueles que fazem uso de álcool, totalizaram 41,7%.

Tabela 14. Histórico de consumo de bebida alcoólica e tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer

| Histórico de consumo de bebida alcoólica e produtos derivados do tabaco entre os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII (2021-2022) sobreviventes ao câncer | Nº | % |
|---|------------|-------------|
| Consumo de bebida alcoólica | 192 | 100% |
| Nunca | 72 | 37,5 |
| Ex-consumidor | 20 | 10,4 |
| Sim | 60 | 31,3 |
| Sem informação | 40 | 20,8 |
| Consumo de produtos derivados do tabaco | 192 | 100% |
| Nunca | 98 | 51 |
| Ex-consumidor | 33 | 17,2 |
| Sim | 21 | 11 |
| Sem informação | 40 | 20,8 |

Fonte: Elaboração da autora com base em informações do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer II (2023)

Já no que se refere ao uso do tabaco entre a população sobrevivente ao câncer, foi possível notar que uma pequena parcela afirmou consumir produtos derivados da substância (11%). Em seguida, entre os usuários do sexo masculino que sobreviveram ao câncer, 17,2% afirmaram fazer uso do tabaco e a maior parcela declarou nunca ter consumido (51%). Mais uma vez, os dados apontam que o uso do tabaco não representa um fator de risco para a população analisada, diferentemente do consumo de bebidas alcoólicas.

Na pesquisa realizada, fizeram parte da amostra os dados de 288 homens matriculados na clínica TOC/HCII do INCA entre o período de 2021 e 2022. Houve a predominância de casos de câncer na população que compõe a faixa etária de 65-74 anos de idade (25%), autodeclarada como pertencente à raça/etnia branca (58,3%), casada (51,4%), com ensino fundamental completo ou incompleto (44,8%), natural da cidade do Rio de Janeiro-RJ (78,8%) e residente na região do Grande Rio (51%).

Mesmo diante das dificuldades para o levantamento das informações sobre as profissões/ocupações dos usuários fornecidas pelo RHC/HCII (2023), no que concerne às características socioeconômicas, constatou-se que 9% dos homens estiveram inseridos em atividades associadas ao setor da construção civil e sem nível superior de ensino. São profissões/ocupações de baixa valorização social, vínculo trabalhista e remuneração salarial precária, além da exposição a fatores de risco para o surgimento do câncer, como por exemplo, a alta exposição à radiação solar sem a devida proteção.

Quanto aos dados relacionados ao diagnóstico e ao tratamento, grande percentual dos usuários do sexo masculino matriculou-se no TOC/HCII do INCA com o diagnóstico definido e com tratamentos anteriores realizados (39,6%). No entanto, destacaram-se aqueles usuários que não haviam iniciado qualquer tratamento até a data de ingresso no INCA (60,1%).

Na amostra investigada, o tipo de câncer que mais acometeu a população masculina foi o melanoma (38,2%). A cirurgia oncológica foi a técnica mais empregada no tratamento do câncer (52,8%). Embora a maior parcela dos usuários não tenha obtido a cura para o câncer (55,6%), o desfecho para o primeiro tratamento oncológico, até o momento desta investigação, foi a remissão completa da doença (43%).

No que diz respeito ao estadiamento da doença, 39,5% dos homens apresentaram o estadio avançado, sendo o estadio IV o mais frequente na amostra analisada (23,9%). A população pertencente ao grupo etário de 55-64 anos de idade foi predominante nos estadios inicial (41,8%) e avançado do câncer (21,1%). No tocante à classificação por raça/etnia, a

população branca foi mais representativa na fase inicial (58,3%), bem como na fase grave da doença (60,5%).

Cabe destacar que mesmo a população branca sendo maioria na amostra geral investigada e que ainda não tenha sido identificada uma diferença quanto à classificação dos estádios do câncer com base nas análises anteriores sobre o quesito raça/etnia, constatou-se maior impacto no número de mortes entre a população negra (27,5%). Já na população autodeclarada como branca, o percentual de mortes correspondeu a 21,42%.

Na fase mais avançada da doença foi possível perceber o predomínio de usuários do sexo masculino com o nível fundamental completo ou incompleto (47,4%). Já na fase inicial de desenvolvimento do câncer, foi possível identificar que a maioria da amostra possuía o ensino médio completo ou incompleto (58,4%).

Com relação ao primeiro tratamento oncológico, 10,1% dos usuários não conseguiram realizá-lo e tiveram o óbito como desfecho. Entretanto, houve um significativo aumento deste percentual até o ano de 2023, onde foi possível constatar que mais de um terço dos homens analisados foram a óbito por câncer (33,3%).

O tipo de câncer que mais matou a população analisada foi o melanoma (42%). Entre os usuários do sexo masculino, houve a predominância de casos na faixa etária de 65-74 anos de idade (26,1%), de raça/etnia branca (52,2%), solteiros (43,5%), com ensino fundamental incompleto (33,3%), nascidos na cidade do Rio de Janeiro-RJ (79,8%) e residentes no Grande Rio (52,2%).

Entre os 192 homens que seguiram em acompanhamento oncológico e são considerados sobreviventes ao câncer, houve a predominância de casos na faixa etária de 55-64 anos de idade (25,5%), na raça/etnia branca (59,4%), casados (59,4%), com ensino médio completo ou incompleto (39%), nascidos na cidade do Rio de Janeiro (79,7%) e residentes no Grande Rio (51,6%).

O consumo de bebida alcoólica pelos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022 mostrou-se significativo entre os homens com o estadiamento mais avançado da doença. Entre os usuários do sexo masculino que se encontravam na fase grave do desenvolvimento do câncer, o total de consumidores e ex-consumidores foi de mais da metade da amostra analisada (55,4%). Já o consumo do tabaco pelos homens na fase avançada do câncer não obteve o mesmo impacto no que se refere ao estadiamento da doença (33,7%). A maioria dos usuários do sexo masculino, tanto na fase

inicial do câncer (100%) como no estadiamento mais avançado da doença (66,3%), afirmou nunca ter consumido qualquer produto derivado do tabaco.

Assim como na população geral investigada pela amostra deste estudo, a profissão/ocupação relacionada ao setor da construção civil foi predominante entre os usuários que foram a óbito por câncer (13%) e, também, entre aqueles que se mantiveram em acompanhamento oncológico, ou seja, os sobreviventes (10,4%). Isso implica dizer que parte significativa dos homens esteve inserida informalmente no mercado de trabalho remunerado e, por esta razão, pode não ter obtido acesso a direitos trabalhistas após o adoecimento por câncer, como por exemplo, o acesso a benefícios por incapacidade de trabalho e pensão por morte.

No próximo capítulo, pretendo retomar de maneira detalhada o debate sobre a chegada dos usuários do sexo masculino ao centro de tratamento especializado da TOC/HCII, no período compreendido entre os anos 2021 e 2022. Ao analisar as representações sociais sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico masculino, proponho uma abordagem sobre o percurso, considerando as facilidades e as dificuldades encontradas no caminho até o início do tratamento, bem como a situação de vida, trabalho/renda e relação com a saúde/doença/cuidado destes homens, antes e após o adoecimento por câncer.

5 EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS MASCULINAS SOBRE O ADOECIMENTO POR CÂNCER E O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Neste capítulo, inicialmente busquei fazer uma breve apresentação dos sujeitos que foram entrevistados nessa investigação, relacionado ao perfil socioeconômico e sociodemográfico. Além disso, procurei classificar o perfil clínico destes usuários, a partir do diagnóstico da doença, estadiamento, tipo de tratamento realizado e desfecho clínico.

Em seguida, apresentei as narrativas individuais de cada um dos entrevistados, dando ênfase às suas histórias e, especialmente, às experiências e representações sociais que estes sujeitos atribuíram ao adoecimento por câncer e ao tratamento oncológico. Foram coletadas o total de 14 entrevistas, realizadas no período compreendido entre os meses de novembro de 2023 a janeiro de 2024.

5.1 APRESENTAÇÃO DOS HOMENS ENTREVISTADOS PELO ESTUDO

No Quadro 2 realizei uma breve descrição relacionada ao perfil sociodemográfico dos homens que participaram das entrevistas deste estudo. Foram consideradas as seguintes variáveis para classificação dos mesmos, a saber: idade, estado civil, filhos(as), grau de escolaridade, local de nascimento, residência, raça/etnia e religião.

Quadro 2. Perfil Sociodemográfico

| Nº | Nome fictício ⁷⁶ | Idade | Estado civil | Filhos (as) | Grau de escolaridade | Local de nascimento | Residência | Raça/etnia | Religião |
|----|-----------------------------|---------|--------------|-------------|------------------------|---------------------|--------------------|------------|------------|
| 1 | A.N. | 58 anos | Solteiro | 02 | Fundamental incompleto | Fortaleza-CE | Rio de Janeiro-RJ | Branca | Católica |
| 2 | M. A. | 50 anos | Casado | 01 | Médio completo | Rio de Janeiro-RJ | Teresópolis-RJ | Branca | Católica |
| 3 | M. S. | 19 anos | Solteiro | Não possui | Superior incompleto | Rio de Janeiro-RJ | Rio de Janeiro-RJ | Parda | Não possui |
| 4 | R. R. | 35 anos | divorciado | Não possui | Superior completo | Miguel Pereira -RJ | Miguel Pereira -RJ | Branca | Não possui |

⁷⁶ Nesta tese, os nomes dos usuários do sexo masculino foram substituídos por pseudônimos. Os trechos destacados em itálico se referem às falas dos próprios entrevistados.

| | | | | | | | | | |
|----|-------|------------|----------|---------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--------|------------|
| 5 | E. C. | 77 anos | Casado | 02 | Médio incompleto | Rio de Janeiro-RJ | Rio de Janeiro-RJ | Preta | Católica |
| 6 | J. O. | 59 anos | Casado | 01 | Médio completo | Campos dos Goytacazes- RJ | Campos dos Goytacazes- RJ | Branca | Evangélica |
| 7 | G. H. | 65 anos | Casado | 03 | Fundamental incompleto | Rio de Janeiro-RJ | Rio de Janeiro-RJ | Parda | Católica |
| 8 | J. B. | 26 anos | Casado | Não possui | Superior incompleto | Rio de Janeiro-RJ | São João de Meriti-RJ | Parda | Evangélica |
| 9 | T. A. | 37 anos | Solteiro | 01 | Superior incompleto | Rio de Janeiro-RJ | Rio de Janeiro-RJ | Parda | Candomblé |
| 10 | R.C. | 67 anos | Solteiro | 04 | Médio completo | Carpina-PE | Guapimirim- RJ | Branca | Católico |
| 11 | J. S. | 54 anos | Solteiro | 03 | Médio completo | Jequié-BA | Angra dos Reis-RJ | Preta | Não possui |
| 12 | L. S | 19 anos | Solteiro | Não possui | Fundamental incompleto | Rio de Janeiro-RJ | Itaboraí-RJ | Parda | Não possui |
| 13 | M. R. | 74 anos | Casado | 02 | Fundamental incompleto | Cachoeiro do Itapemirim- ES | São Gonçalo-RJ | Branca | Católica |
| 14 | J. E. | 68 anos | Casado | 03 | Fundamental incompleto | Rio de Janeiro-RJ | Rio de Janeiro-RJ | Parda | Católica |

Fonte: Elaboração da autora com base nas informações do Registro Hospitalar de Câncer (2023) e do formulário de Avaliação Social do Serviço Social do Hospital de Câncer II

Através do perfil sociodemográfico foi possível identificar que, entre os usuários do sexo masculino matriculados na clínica do TOC/HCII, entre os anos 2021 e 2022, que participaram das entrevistas da pesquisa, a menor parte pertencia ao grupo etário de 25-34 anos de idade (1) e ao grupo de 75-84 anos (1). Em seguida, foram encontrados dois usuários no grupo etário de 18-24 anos, dois no grupo etário de 35-44 anos e outros dois usuários no grupo com 45-54 anos de idade. No grupo de homens com idade entre 55-64 anos também foi possível constatar a presença de dois usuários. Assim como no perfil geral dos usuários matriculados no TOC/HCII, entre o período de 2021 e 2022, houve o predomínio de homens compreendidos na faixa etária de 65-74 anos idade (4).

No que se refere ao estado civil, houve a predominância de homens casados (7), acompanhando a tendência geral dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022. Em seguida, foram encontrados homens solteiros (6) e divorciado

(1). Majoritariamente, os usuários analisados possuem filhos(as) (10), sendo que quatro homens declararam não possuir filhos(as).

O grau de escolaridade apontado por cinco homens foi o ensino fundamental incompleto. Um usuário afirmou possuir o ensino médio incompleto, enquanto quatro afirmaram possuir o ensino médio completo. Quatro usuários declararam, ainda, possuir ensino superior, entretanto, três concluíram esse nível de ensino e um não terminou o curso superior.

A maioria dos usuários entrevistados nasceu na cidade do Rio de Janeiro-RJ (8). Um usuário é natural da região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro (Miguel Pereira-RJ) e um é natural da região do Norte-Fluminense (Campos dos Goytacazes-RJ). Os demais são naturais de cidades pertencentes a outros estados do país, como Fortaleza-CE (1), Carpina-PE (1), Jequié-BA (1) e Cachoeiro do Itapemirim-ES (1).

Quanto ao local de moradia, a maior parte dos usuários deste estudo reside na região do Grande Rio (7). Foi encontrado um homem domiciliado na região Serrana (Teresópolis-RJ), um na região Norte-Fluminense (Campos dos Goytacazes-RJ), um na região Centro-Sul Fluminense (Miguel Pereira-RJ) e outro na região Sul-Fluminense (Angra dos Reis-RJ). Na Baixada-Fluminense afirmaram residir três usuários.

No tocante à variável raça/etnia, houve o predomínio de entrevistados que se autodeclararam como pessoas negras (8). Entre os homens negros entrevistados, seis pessoas se declararam pardas e duas, pretas. Esse dado vai de encontro às informações analisadas no perfil geral dos usuários matriculados no TOC/HCII, entre os anos de 2021 e 2022, pois, aqui, a menor parte dos entrevistados foi representada por usuários que se autodeclararam como brancos (6).

Por meio da consulta ao Formulário de Avaliação Social, preenchido pela equipe do Serviço Social do HCII no decorrer dos atendimentos aos usuários, foi possível identificar a religião dos entrevistados neste estudo. Assim sendo, foi possível constatar que houve o predomínio de homens católicos (7). Em seguida, surgiram os homens de religião evangélica (2) e de matriz africana (candomblé - 1). Dentre os usuários entrevistados, quatro homens declararam não possuir religião.

No Quadro 3, realizei a descrição relacionada ao perfil socioeconômico dos homens que participaram das entrevistas realizadas neste estudo. Foram consideradas as seguintes variáveis para classificação deste perfil, a saber: profissão/ocupação, tipo de vínculo empregatício, origem/fonte de renda e renda.

Quadro 3. Perfil Socioeconômico

| Nº | Nome fictício | Profissão/Ocupação | Vínculo | Fonte de Renda | Renda (R\$) |
|----|---------------|-------------------------|------------|---------------------------------------|-------------|
| 1 | A.N. | Pedreiro | Informal | Auxílio-Emergencial | 150,00 |
| 2 | M. A. | Comerciante | Formal | Benefício por Incapacidade Temporária | 1.412,00 |
| 3 | M. S. | Estudante | Não possui | Não possui | Não possui |
| 4 | R. R. | Carteiro | Formal | Benefício por Incapacidade Temporária | 2.700,00 |
| 5 | E. C. | Metalúrgico | Formal | Aposentado | 1.412,00 |
| 6 | J. O. | Porteiro | Formal | Benefício por Incapacidade Permanente | 2.400,00 |
| 7 | G. H. | Ferroviário | Formal | Aposentado | 2.118,00 |
| 8 | J. B. | Fotógrafo | Formal | Benefício por Incapacidade Temporária | 2.118,00 |
| 9 | T. A. | Cabelereiro | Informal | Não possui | 1.412,00 |
| 10 | R.C. | Comerciante | Informal | BPC | 1.412,00 |
| 11 | J. S. | Pedreiro | Formal | Benefício por Incapacidade Temporária | 1.412,00 |
| 12 | L. S | Lava-jato de automóveis | Informal | Não possui | Não possui |
| 13 | M. R. | Porteiro | Formal | Aposentado | 2.400,00 |
| 14 | J. E. | Pedreiro | Informal | BPC | 1.412,00 |

Fonte: Elaboração da autora com base nas informações do Registro Hospitalar de Câncer (2023) e do formulário de Avaliação Social do Serviço Social do Hospital de Câncer II

Entre as profissões/ocupações que mais se destacaram entre os usuários analisados houve o predomínio daquela ligada ao setor da construção civil, com ênfase nos pedreiros (3). Em segundo lugar, apareceu a profissão/ocupação dos comerciantes (2) e dos porteiros (2). Em seguida, surgiram as seguintes profissões: carteiro (1), metalúrgico (1), ferroviário (1), fotógrafo (1), cabelereiro (1) e lava-jato de automóveis (1). Além disso, um usuário se identificou como estudante.

Quanto ao tipo de vínculo empregatício, observou-se que predominou o vínculo do tipo formal (8). O vínculo do tipo informal foi menor entre os entrevistados (5). Um usuário afirmou não possuir vínculo de trabalho nenhum, pois declarou ser apenas estudante. A fonte de renda da maioria dos usuários esteve relacionada aos benefícios previdenciários do INSS (8): benefício por incapacidade temporária (4), benefício por incapacidade permanente (1) e

aposentadoria (3). Três usuários declararam obter renda proveniente da Política de Assistência Social: BPC (2) e auxílio-emergencial (1).

No tocante ao valor proveniente da fonte de renda informada, um usuário declarou receber menos que um salário-mínimo. A maior parte dos homens entrevistados declarou receber um salário-mínimo (6). Além disso, quatro usuários declararam receber até dois salários-mínimos. Dois usuários informaram não possuir nenhuma renda.

O Quadro 4 apresenta a descrição relacionada ao perfil clínico dos homens que participaram das entrevistas realizadas neste estudo. Foram consideradas as seguintes variáveis para classificação deste perfil, a saber: o tipo de câncer, o estadiamento da doença, a data do diagnóstico, a data de início do tratamento no HCII/INCA, o tipo de tratamento realizado e o estágio atual da doença, após o primeiro tratamento proposto.

Quadro 4. Perfil Clínico

| Nº | Nome fictício | Tipo de câncer | Estadiamento da doença | Data do diagnóstico | Data de início do tratamento HCII/INCA | Tratamento realizado | Estágio atual do câncer |
|----|---------------|----------------|------------------------|---------------------|--|--|-------------------------|
| 1 | A.N. | Melanoma | Sem informação | 03/03/2021 | 10/09/2021 | Cirurgia/ Imunoterapia ⁷⁷ | Doença em progressão |
| 2 | M. A. | Melanoma | IIA | 15/08/2021 | 26/08/2022 | Cirurgia/ Imunoterapia/ Radioterapia/ Quimioterapia | Doença em progressão |
| 3 | M. S. | Tumor desmóide | Sem informação | 03/11/2021 | 15/02/2022 | Hormonioterapia ⁷⁸ | Doença estável |
| 4 | R. R. | Sarcoma | Sem informação | 09/07/2021 | 02/05/2022 | Cirurgia/ Quimioterapia | Sem informação |
| 5 | E. C. | Melanoma | IV | 19/09/2022 | 06/10/2022 | Cirurgia/ Imunoterapia | Doença estável |
| 6 | J. O. | Melanoma | IIC | 09/08/2022 | 21/10/2022 | Cirurgia/ Quimioterapia | Doença em progressão |
| 7 | G. H. | Melanoma | IIC | 14/09/2021 | Sem informação | Nenhum | Sem informação |

⁷⁷ Além das modalidades de tratamento oncológico associadas à cirurgia, quimioterapia e radioterapia, existem outros tipos de tratamentos disponíveis, como é o caso da imunoterapia. A imunoterapia é um tipo de tratamento que busca o combate da doença por meio da ativação do próprio sistema imunológico das pessoas com câncer, agindo de forma distinta daquela promovida por outros tipos de tratamento oncológico. Além disso, é considerada atualmente um dos principais avanços no tratamento contra o câncer.

⁷⁸ A hormonioterapia bloqueia o crescimento tumoral através da diminuição da ação do hormônio, seja por meio da introdução de hormônios que neutralizam a ação de outros ou por meio da inibição da produção hormonal.

| | | | | | | | |
|----|-------|----------|----------------|------------|------------|---|----------------------|
| 8 | J. B. | Ossos | Sem informação | 22/06/2022 | 15/07/2022 | Cirurgia/ Quimioterapia | Doença estável |
| 9 | T. A. | Sarcoma | Sem informação | 23/08/2022 | 01/12/2022 | Quimioterapia | Sem informação |
| 10 | R.C. | Sarcoma | Sem informação | 10/03/2022 | 15/06/2022 | Cirurgia/ Radioterapia | Doença em progressão |
| 11 | J. S. | Sarcoma | III | 13/04/2021 | 17/11/2021 | Cirurgia/ Radioterapia/ Quimioterapia | Doença em progressão |
| 12 | L. S | Ossos | Sem informação | 19/05/2021 | 28/05/2021 | Cirurgia/ Radioterapia | Doença em progressão |
| 13 | M. R. | Melanoma | Sem informação | 19/11/2021 | 03/05/2022 | Cirurgia | Doença em progressão |
| 14 | J. E. | Melanoma | Sem informação | 07/10/2022 | 07/10/2022 | Cirurgia | Sem informação |

Fonte: Elaboração da autora com base nas informações do Registro Hospitalar de Câncer (2023) e do formulário de Avaliação Social do Serviço Social do Hospital de Câncer II

O tipo de câncer que mais acometeu os usuários do sexo masculino foi o melanoma (7). Em seguida, destacaram-se o câncer do tipo sarcoma (4), osteossarcoma (2) e o tumor desmóide⁷⁹ (1). Com relação ao estadiamento da doença não foi possível encontrar a informação sobre nove usuários no RHC/HCII (2023). Todos os demais encontravam-se na fase avançada da doença (5).

No que se refere ao intervalo de tempo entre a data do diagnóstico do câncer e a data de início do primeiro tratamento no HCII/INCA, obteve-se uma variação de 15 dias a 10 meses. No entanto, a maioria dos pacientes iniciaram o tratamento em até 15 dias (3) ou em até seis meses (3). Outros dois usuários levaram três meses para o início do tratamento oncológico. Enquanto um usuário levou dois meses, outro levou um mês e um usuário levou quatro meses. Apenas um usuário levou 10 meses para dar início ao seu tratamento. Não foi possível coletar a informação referente a um entrevistado.

Ao levar em consideração a média do intervalo de tempo despendido entre a data do diagnóstico do câncer e a data de início do tratamento no HCII/INCA, é possível inferir que a condição avançada da doença entre estes usuários não está associada à espera para o início do tratamento oncológico neste Instituto. Nesse sentido, pode-se levar em consideração o longo tempo despendido, por parte destes usuários, para a busca de assistência médica e/ou realização

⁷⁹ Tipo de neoplasia rara, benigna e agressiva.

de consultas e exames diagnósticos na atenção primária e/ou secundária, impactando no agravamento da doença, quando adentram na atenção terciária de saúde.

A cirurgia foi a técnica mais empregada para a realização do tratamento do câncer (10). Além disso, essa técnica foi associada a outras terapias como quimioterapia (5), imunoterapia (3) e radioterapia (3). Além disso, foi possível identificar os tratamentos exclusivos de hormonioterapia (1) e quimioterapia (1).

Embora a maior parte dos homens entrevistados neste estudo não possuísse o estadiamento da doença definido até o momento da análise dos dados fornecidos pelo RHC/HCI (2023), foi possível constatar que a maioria apresentou um quadro grave da doença. Isso porque, ao analisar o estado clínico dos usuários do sexo masculino, foi possível identificar o predomínio da progressão da doença entre a maioria (7). Em seguida, ao final do primeiro tratamento realizado, três usuários apresentaram a doença em estado controlado. Não foi possível identificar a informação relacionada a três usuários.

A partir dos dados apresentados nesta sessão, ou seja, aqueles relacionados ao perfil sociodemográfico, socioeconômico e clínico dos usuários do sexo masculino entrevistados, foi possível estabelecer uma relação entre as narrativas dos mesmos e o contexto histórico e social no qual estiveram inseridos. Esta associação possibilitou identificar em suas narrativas, o maior aprofundamento dos aspectos socioculturais, bem como os aspectos relacionados às subjetividades, analisadas a partir de uma determinada realidade social. As narrativas destes usuários serão apresentadas, a seguir.

A. N.

A. N. tem 58 anos de idade, natural de Fortaleza-CE, católico, autodeclarado como branco, possui o ensino fundamental incompleto, exerce a função de pedreiro e é solteiro. Reside com a companheira há quatro anos, no bairro de Guaratiba, na cidade do Rio de Janeiro-RJ, em uma casa alugada e com saneamento básico. Acessa a unidade hospitalar por meio de transporte público rodoviário. Relatou que possui o cartão de passagens (Rio Card Especial), que lhe dá direito à gratuidade no transporte público rodoviário, junto de um acompanhante.

Pai de dois filhos adultos, que residem no bairro de Paciência, na cidade do Rio de Janeiro-RJ. Refere suporte familiar da companheira, no que se refere aos cuidados em saúde.

No momento da entrevista, o mesmo encontrava-se desempregado e sem vínculo com o INSS. Declarou receber o auxílio governamental no valor de R\$ 150 do programa de assistência social e estava requerendo, junto ao INSS, o BPC.

No que se refere aos cuidados próprios com a saúde, relatou que a companhia costumava agendar os atendimentos médicos e acompanhá-lo nas consultas e exames. Afirmou buscar atendimento na rede privada de saúde sem regularidade, apenas quando percebe algum sintoma de mal-estar físico.

Ah, eu sempre quando sinto alguma coisa procuro né, um médico, entendeu? E trato da melhor maneira possível, se tratar, entendeu? Qualquer coisa que eu sinto, eu procuro um médico, seja particular, se eu tiver dinheiro, se eu conseguir, eu vou num médico particular (A. N., pedreiro).

Afirmou que faz uso de bebidas alcoólicas, quando não está em tratamento oncológico de imunoterapia. Relatou que parou de fumar há 20 anos. Como forma de cuidar de sua saúde, disse que tem o hábito de praticar caminhadas como atividade física e busca uma boa alimentação.

Eu ando bastante, caminho bastante. É, alimentação, eu evito o máximo comer negócio de fritura, o máximo mesmo, bastante legume, como bastante legume. Salada, água, durmo com a garrafinha do lado da mesinha de cabeceira (A. N., pedreiro).

Este usuário obteve o diagnóstico de melanoma na boca em 2021, após três anos de sintomas e peregrinação pelos serviços de saúde públicos e privados. Os primeiros sintomas surgiram a partir de uma *afta na boca que não cicatrizava*, mesmo com o uso de medicamentos por mais de seis meses. Relatou que fazia uso de medicamentos por conta própria, achava que *era bagulho de café quente* (A. N., pedreiro). Após buscar o serviço de saúde especializado em odontologia, na rede privada, foi encaminhado para a rede pública onde obteve o diagnóstico de melanoma na boca.

Eu descobri porque eu fui no dentista, paguei 120 reais. No dentista particular, aí passou pro estomatologista e lá o médico, no mesmo dia que a gente fomos, aí o médico falou que era câncer de boca, que era pra mim voltar no posto de saúde e eles faziam encaminhamento para fazer uma biópsia. Aí, no mesmo dia que eu fui lá, a doutora conseguiu tudo, graças a Deus, lá no posto mesmo de saúde, aí passou para o Salgado Filho. O Salgado Filho fez a biópsia e descobriu o câncer de boca (A. N., pedreiro).

A chegada no INCA foi marcada por muita esperança associada ao conforto na realização do tratamento.

Aqui é primeiro mundo, todos os setores, fui muito bem atendido. Muito bom, os melhores que eu já passei por todos os hospitais, é um dos melhores que eu já passei (A. N., pedreiro).

Ao matricular-se no HCII/INCA, foi encaminhado para o tratamento combinado de cirurgia e imunoterapia. Ao final do tratamento proposto, encontrava-se com a doença em progressão pulmonar. Posterior ao recebimento do diagnóstico, afirmou que ficou muito deprimido e que sofreu bastante pela limitação da capacidade para o trabalho. Devido ao tratamento oncológico e a progressão da metástase pulmonar, não conseguia exercer as atividades de pedreiro, como antes do diagnóstico do câncer.

Família não mudou nada não, graças a Deus, sei lá, você fica bem deprimido. Os trabalhos tá pouco porque eu tenho esse problema no pulmão, não posso pegar muita poeira. Foi mais parte do trabalho, familiar graças a Deus não, não tem nada a ver (A. N., pedreiro).

A representação da doença foi marcada pela expectativa de *cura* do câncer. O tratamento oncológico foi representado positivamente, como *ótimo* e como *uma etapa fundamental* nesse processo de cura. A entrevista com este usuário foi marcada por muita emoção e choro constante, por parte do mesmo e de sua companheira.

M. A

M. A. tem 50 anos de idade, natural da cidade do Rio de Janeiro-RJ, católico, autodeclarado como branco, possui o ensino médio completo, exerce a função de pedreiro e é casado. Reside com a esposa e com a filha (16 anos), na cidade de Teresópolis-RJ. Possui uma irmã, com contato familiar e que reside próximo ao mesmo. Sem pais vivos. Possui casa própria e com rede de saneamento básico. Acessa a unidade hospitalar por meio de TFD de Teresópolis-RJ.

Refere suporte familiar da esposa, no que se refere aos cuidados em saúde. Possui a profissão/ocupação de comerciante, relatou ser proprietário de um bar. No momento da

entrevista o mesmo encontrava-se em benefício por incapacidade temporária pelo INSS, com a renda de um salário-mínimo.

No que se refere aos cuidados, relatou que sempre teve uma boa relação com a própria saúde e que nunca apresentou qualquer comorbidade. Declarou que nunca fumou, mas faz uso de bebidas alcoólicas com moderação, devido à realização de sessões de quimioterapia. Mostrou exercer o cuidado com a saúde através de práticas de atividade física e, ao mesmo tempo, relatou nunca ter buscado o serviço de saúde com regularidade, diante da inexistência de qualquer sintoma de mal-estar.

Eu nunca tive muito problema de saúde, graças a Deus. Sempre fiz muito esporte quando era novo, até pouco tempo fazia direto, sempre joguei bola, jogava futevôlei direto e pedalava, de vez em quando ia no clube, dava umas nadadas. Antigamente eu tinha uma loja de bicicleta, então, eu sempre pedalei muito, então minha saúde sempre foi boa. Aí, do nada, apareceu essa pintinha, nunca fiz *check-up*, nunca fiz nada (M. A., comerciante).

Obteve o diagnóstico de melanoma no abdômen em 2021. Afirmou que sempre teve muitas pintas espalhadas pelo corpo, mas apareceu uma pinta bem escura, na região abdominal, que desencadeou certo estranhamento. Após três meses acompanhando a evolução da lesão, foi impulsionado por sua irmã a procurar um serviço de saúde.

Então, vai Marco, tem que ver. Homem é mais relaxado, mulher é mais... Aí foi, fui por causa dela, aí chegou lá o dermatologista, na hora, bateu o olho nessa pinta e falou assim: eu quero tirar agora, o mais rápido possível (M. A., comerciante).

Inicialmente, o usuário buscou o serviço de saúde na rede privada, por meio do atendimento especializado de uma dermatologista. Essa profissional realizou o exame de biópsia, sendo diagnosticado o melanoma. Relatou que junto ao diagnóstico, descobriu que também tinha problema de hipertensão. Sendo assim, começou a fazer o acompanhamento médico com o cardiologista, pela rede pública de saúde de seu município.

Foi na rede privada, eu tinha desconto na clínica lá. Aí eu fui na clínica, fiz, mandou para biópsia, a biópsia deu melanoma, e aí me encaminhou para a Secretaria de Saúde. A Secretaria de Saúde me encaminhou para o São José, o São José viu e me encaminhou para cá. Aí vim e comecei a tratar. A princípio, antes disso, eu nunca tive nada de saúde, problema nenhum, só tive cicatriz quando eu era pequenininho, bati, mas eu não lembro de nada. Então, nunca tive problema nenhum. Aí nesse eu comecei o tratamento e começou a me dar pressão alta, porque eu fiquei nervoso e minha pressão aumentou. Aí eu procurei um cardiologista, na rede pública também lá, comecei no cardiologista, me deu o medicamento e comecei o tratamento (M. A., comerciante).

Posteriormente, o paciente foi inserido no SER. Relatou que obteve muitas dificuldades para iniciar o tratamento no HCII/INCA, pois não foi contactado pela Secretaria de Saúde. Declarou, ainda, que por desconhecer o serviço público de saúde achou que poderia ser demorado mesmo. No entanto, diante da necessidade, decidiu procurar o atendimento médico no HCII/INCA, por conta própria. Dirigiu-se, pessoalmente, até a insituição e obteve a abertura de sua matrícula no HCII/INCA.

*Aí eles nunca conseguiram me ligar daqui e passou o prazo de eu fazer o procedimento só até o linfonodo sentinela, que seria um procedimento mais simples. Aí, ela falou, fiz o risco cirúrgico, aumentava a margem e tiraria o linfonodo sentinela, que ficou tudo meio que aguardando a ligação, *oh você aguarda que a Secretaria vai entrar em contato*. Tô aguardando. Como é público, eu nunca tinha vindo aqui, eu achei que demoraria, que era normal. Passou o prazo. Aí eu vim direto, vim sem marcação, sem nada. *Você não tá marcado não*. Aí eu: *mas eu tô me sentindo estranho e tô com problema*!. Mostrei pro médico, ele falou: *oh teu problema já mudou, seu linfonodo sentinela já subiu, você sumiu, seu celular não funciona*. Aí eu: *não, doutor, beleza*. Aí ele pegou o celular, ligou na hora e o telefone tocou: *tá vendo, o problema não é o celular que o celular tá no bolso aqui e funcionou* (M. A., comerciante).*

O diagnóstico do melanoma veio acompanhado do estadiamento avançado da doença, com metástase no quadril e na cabeça. No HCII/INCA, realizou o tratamento com cirurgia e imunoterapia, mas sem sucesso. Em seguida, foi encaminhado para a realização do tratamento de radioterapia na cabeça e no quadril. Mesmo assim, a doença continuou a evoluir e, no momento da entrevista, estava realizando o tratamento de quimioterapia.

Relatou que o diagnóstico e o tratamento oncológico também impactaram na continuidade de suas atividades físicas, como por exemplo, jogar futebol. Entretanto, a rotina do trabalho foi destacada como a principal mudança ocorrida. Mencionou o elevado tempo gasto no deslocamento de sua residência até a unidade hospitalar, em média 6h por dia, como um fator de dificuldade para a realização do tratamento oncológico e para a manutenção do funcionamento de seu comércio (bar). No entanto, mostrou não ter sofrido impacto na sua vida social e familiar.

O pessoal sai da obra, sai do comércio, que é marceneiro, todos os meus amigos vão pra lá. Se eu chegar lá 8h, todo mundo já tomou cerveja, já comeu o que tinha que comer e já foi para a casa. Então, eu vou chegar lá e não adianta abrir o bar, meu bar não vai até tarde. 99% dos meus clientes são meus amigos e 80, quase 90% são casados. Então, eles têm esse tempinho de sair do serviço até em casa, às vezes para bater papo e consumir. E eu, por exemplo, se chegar lá às 8 horas, eu perdi 95% dos meus clientes. Então, não adianta abrir o bar às 8h para ficar até 10h, eu não vou fazer nada (M. A., comerciante).

A representatividade do câncer para o usuário esteve associada a uma doença comum, sua representação se opõe ao sinônimo de morte iminente. Com isso, assume certa naturalidade ao estar com a doença.

Nego tá com câncer, vai morrer! Tem muita gente que ainda pensa assim comigo, na rua, todo mundo me trata assim: *pô, você tá com câncer!* Eu vejo a pessoa falando: *caraca! ele vai morrer!* Eu não estou preocupado com isso não. Tem gente que me deixa assustado, o jeito como a pessoa pensa (M. A., comerciante).

Quanto ao tratamento oncológico, afirmou ter tido poucos efeitos colaterais e mostrou acreditar no avanço da ciência e da tecnologia para o enfrentamento e para a cura do câncer. A narrativa do usuário foi fluida, espontânea e marcada por uma naturalidade na experiência da doença.

M. S.

M. S. tem 19 anos de idade, natural da cidade do Rio de Janeiro-RJ, não possui religião, autodeclarado como pardo, cursa o terceiro trimestre na faculdade de Biologia e é solteiro. Reside com os pais em casa própria, no bairro do Caju, Rio de Janeiro-RJ. Não possui filhos(as) e não possui irmãos(as). Acessa a unidade hospitalar por meio de carro de aplicativo ou transporte público rodoviário. Possui Rio Card Especial com acompanhante.

Refere suporte familiar dos pais, no que se refere aos cuidados em saúde. No momento da entrevista, ele estava sem renda própria. O pai é zelador e se encontrava recebendo o benefício por incapacidade temporária (INSS), no valor de dois salários-mínimos. Já a mãe é técnica em enfermagem e possui a renda aproximada de até dois salários-mínimos.

Sua relação com a saúde esteve associada ao cuidado por meio de atividades físicas, como por exemplo, jogar futebol. Relatou que não se considera uma pessoa que negligencia os cuidados com a própria saúde. Nunca fumou e nunca fez uso de bebidas alcoólicas. Não frequentava os serviços de saúde com regularidade, exceto quando precisava buscar assistência no posto de saúde mais próximo de sua residência, por conta das crises de bronquite. Além disso, não identificou qualquer dificuldade para realizar os cuidados com a sua saúde.

Refere que a mãe sempre o acompanhava nas consultas e exames no posto de saúde, a mesma trabalha como técnica de enfermagem no local. Além do acompanhamento no HCII/INCA, o usuário relata acompanhamento de saúde no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Obteve o diagnóstico de tumor desmóide em 2021, de maneira inesperada.

Foi por acaso mesmo. Eu só comecei sentir um incômodo no joelho, aí eu só mencionei para a minha mãe. Aí a gente acabou verificando isso no posto, acabou que, meio que analisaram e falaram que não era nada, que poderia ser só um cisto. Acontece que, passando um mês, um mês, o tumor acabou crescendo de uma maneira muito rápida, muito acelerada. Aí nisso, eu já fiquei desconfiando, eu fui num outro hospital. Lá descobriram que era um tumor. Aí depois começaram o tratamento aqui, no INCA (M. S., estudante).

Após o aparecimento dos primeiros sintomas, acompanhado de sua mãe, buscou assistência médica no posto de saúde. Relata que lá obteve o diagnóstico de um cisto simples, entretanto, com o passar dos dias, o cisto apresentou uma rápida evolução. Sendo assim, ele foi encaminhado ao Hospital Estadual da Criança. Essa unidade hospitalar, após exames e avaliações, encaminhou o usuário para o INTO, onde obteve o diagnóstico do tumor desmóide.

Quando questionado sobre o tempo entre os primeiros sintomas e a busca pelo tratamento, relatou que o tumor evoluiu muito rápido, dificultando sua mobilidade. Não encontrou dificuldades nos atendimentos realizados pelos serviços públicos de saúde. Atualmente, faz acompanhamento no INTO e no INCA.

Não, foi bem rápido até o avanço dele, em 4 meses já ficou gigante assim, já começou, de um incômodo foi para um... realmente atrapalhar a locomoção. Não conseguia esticar, não conseguia dobrar, doía, começou a doer muito (M. S., estudante).

Apesar do diagnóstico da doença, demonstrou muita tranquilidade para enfrentar o tratamento oncológico. No entanto, mencionou certo desânimo em algumas situações. Por ser mais jovem, relatou significativo impacto do adoecimento na vida social, principalmente no que refere a sair para festas e estar com os(as) amigos(as).

A minha mãe, ela... Até estranhei um pouquinho, porque da família eu fui o que menos teve uma reação, assim, negativa. Ela acha que eu aceitei muito tranquilamente. Tipo, às vezes, tem um... dá um... como posso dizer? Um desânimo porque a cada dor eu perdia a vontade de ficar saindo de casa, eu quase não saía de casa mais, eu só saio para ou quando vai ter algum evento, assim, com um amigo que é muito, como se fala? Muito importante, ou então, quando é para eu ir para a aula mesmo, na faculdade ou consulta. Mas tipo, eu não saio mais de casa, assim, para dar volta, passear, aí dá meio que um desânimo nisso (M. S., estudante).

Na representação do usuário, o câncer aparece associado de uma forma mais técnica, como uma doença genética. Já o tratamento oncológico, surge associado à esperança para o controle das fortes dores que sente no corpo.

Tá indo normalmente. Como eu tinha dito, eu acho que aceitei muito tranquilamente o fato de eu ter, entendeu? Eu meio que só aceito, tô seguindo o tratamento e espero que tenha algum tipo de resultado (M. S., estudante).

A entrevista realizada com este usuário foi a mais rápida de todas, em comparação com os demais usuários entrevistados. A narrativa foi marcada por bastante objetividade, clareza e ausência de emoções.

R. R.

R. R. tem 35 anos de idade, natural da cidade de Miguel Pereira-RJ, não possui religião, autodeclarado como branco, possui o ensino superior completo, exerce a função de carteiro e é divorciado há sete anos. Reside com a companheira e com a sogra em Miguel Pereira-RJ. Sua companheira recebe o benefício por incapacidade permanente, devido ao diagnóstico de fibromialgia e recebe um salário-mínimo. Já sua sogra, recebe o BPC, no valor de um salário-mínimo.

Não possui filhos. Tem uma irmã adulta. Refere contato com os pais, a mãe reside na cidade de Niterói-RJ e o pai, em Saquarema-RJ. Relata suporte familiar dos pais, da avó materna e da companheira, no que se refere aos cuidados em saúde. A casa onde reside com sua companheira há sete anos foi cedida pelo tio dela e possui rede de saneamento básico. Acessa a unidade hospitalar por meio de TFD da cidade de Miguel Pereira-RJ. Possui a profissão/ocupação de carteiro e com vínculo formal de trabalho. No momento da entrevista, o entrevistado se encontrava recebendo o benefício por incapacidade temporária (INSS), com a renda aproximada de dois salários-mínimos.

Obteve o diagnóstico de sarcoma em 2021. Quando questionado sobre os cuidados com a própria saúde, relatou nunca ter tido problema de saúde e, por isso, justifica não ter procurado os serviços de saúde com regularidade.

Eu nunca tive nenhum problema de saúde, nenhuma questão assim de saúde, nada sério. Já tive coisas normais, né, igual todo mundo tem, questão às vezes uma gripe, um resfriado, uma doença dessas mesmo de infância, uma catapora, mas nada, não tive nada além disso. Mas também sempre estive afastado dessa questão de estar sempre fazendo acompanhamento médico, fazendo exames, nunca fui de fazer isso (R. R., carteiro).

Ainda sobre a realização dos cuidados com a própria saúde, espontaneamente fez uma comparação com as mulheres apontando que, constantemente, elas se cuidam mais que os homens. Apontou que a ausência de cuidado com a saúde por parte dos homens passa de uma geração para a outra e, muitas vezes, sem o devido questionamento.

Então, é uma cultura que é e sempre foi assim, apesar de eu, graças a Deus, não ser uma pessoa machista, entendo muito o lado das mulheres, tanto que eu dou até muito apoio à minha esposa, mas acho que vem muito disso também, porque tá enraizado, uma coisa que passa de pai para filho, por mais que o pai fica *não tem que ir não*, não é isso, mas tá ali, você vê no dia a dia, você vê o hábito, acha que a maneira como seu pai fazia era normal, então você acaba achando que talvez você esteja fazendo normal, então, pode ter um pouco disso, acho que a mulher procura mais (R. R., carteiro).

Como forma de cuidar de sua saúde, afirmou que realiza a prática de atividades físicas e cuida de sua alimentação.

Eu tento, questão de alimentação mais saudável possível, lógico que a gente gosta de dar umas escorregadinhas de comer uma coisa ou outra, mas tento, em cima disso, voltar agora, tentar fazer uns exercícios, caminhadas que eu fazia antes. Eu tenho levado assim, tenho acompanhado o que os médicos têm me pedido, entendeu (R. R., carteiro).

Ao abordar os primeiros sintomas do adoecimento por câncer, o usuário relatou que tudo começou com o impacto da porta de um automóvel, batendo na altura de seu ante braço. O carro era utilizado para efetuar as entregas pela empresa, onde o mesmo exercia a profissão/ocupação de carteiro. Sendo assim, o acidente ocorreu no horário e local de trabalho e, mesmo assim, não foi configurado como acidente de trabalho.

Eu fui abrir a porta do automóvel lá, do veículo, aí a mão escorregou, a porta que era de correr, quando a mão escorregou eu bati exatamente com o punho no batente da porta, exatamente aonde veio a evoluir, porque já tinha uma predisposição ali. Com a pancada ele fez aquilo evoluir, né, aí apareceu, foi daí que comecei a ter sintomas, dores muito fortes (R. R., carteiro).

Após o acidente, o usuário relatou que sentiu fortes dores e que se automedicava para controlá-las. Não buscou assistência médica. Após oito meses, as dores voltaram com mais

força, incapacitando-o de exercer suas atividades. A partir daí, o usuário decidiu buscar ajuda especializada de um ortopedista na rede privada de saúde.

Aí começou a doer, doer, doer, até chegar um dia que eu estava no trabalho, fui pegar um peso lá, nada tão pesado, uma caixinha, não aguentei, eu tive que largar na mesa porque eu não tava aguentando segurar por causa da dor. Aí naquele dia, eu lembro, primeiro de fevereiro de 2021, que foi meu último dia de trabalho né, desde então, larguei e falei ó, comuniquei, falei que não tava aguentando. Aí fui procurar médico no mesmo dia (R. R., carteiro).

Diante das fortes dores e da preocupação com o seu bem-estar, procurou a rede privada de assistência à saúde e pagou pelo atendimento e pelos exames realizados. Após a suspeita de que havia uma massa comprimindo as articulações do punho, foi encaminhado para o hospital público na região onde estava domiciliado e obteve o diagnóstico de sarcoma.

Fui encaminhado para lá, foi feita a cirurgia para explorar a área, aí viu, constatou que tinha uma massa dentro do nervo mediano, essa massa vazou, o médico recolheu, mandou para biópsia, foi quando eu descobri que era um sarcoma, neoplasia (R. R., carteiro).

Em 2021, foi encaminhado para o HCII/INCA através do SER, onde realizou a cirurgia como primeiro tratamento oncológico, proposto em 2022. Realizou uma segunda cirurgia em junho de 2023. Após o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico, afirmou que mudou sua forma de viver, em especial, com relação à sua dinâmica de trabalho. O mesmo relatou que passou a *desacelerar e a se colocar em primeiro lugar* (R. R., carteiro).

Então, aprendi que eu era só um número na empresa que eu trabalho. Aprendi que se acontecesse qualquer coisa que eu não ia ter reconhecimento, que todo esforço que eu estava fazendo eu não ia ter o reconhecimento daquilo e que não vale a pena você ficar correndo. Você tem que fazer tudo no tempo, tudo devagar, com calma (R. R., carteiro).

Por ter uma personalidade ativa, afirmou que o adoecimento impactou na sua vida. Relatou que consegue fazer sozinho algumas coisas, como por exemplo, plantar. Com isso, acaba se sentindo muito dependente de outra pessoa e fica triste por isso.

Eu nunca fui aquela pessoa *ah, não faço isso, não, isso não é para mim*. Eu nunca fui assim, cara, eu nunca fui. Eu sempre peguei, eu só recorria a uma outra pessoa se, realmente, eu não soubesse ou não conseguisse fazer (R. R., carteiro).

No imaginário do usuário, o câncer e o tratamento oncológico são duas coisas diferentes e que englobam muitos aspectos. Porém, enfatizou que a doença significa uma fase de aprendizado e o tratamento oncológico representa um apoio, necessário e indispensável. A narrativa do usuário foi marcada por uma entrevista fluida, clara e de muita reflexão sobre a vida, por parte do mesmo.

E. C.

E. C. tem 77 anos de idade, natural da cidade do Rio de Janeiro-RJ, católico, autodeclarado como preto, possui o ensino médio completo e é casado. Reside com a esposa em casa própria, no bairro de Bonsucesso, Rio de Janeiro-RJ. Pai de dois filhos adultos, com contato familiar próximo. Acessa a unidade hospitalar por meio de carro de aplicativo ou transporte público rodoviário. Relatou que possui a gratuidade no transporte público, por meio do Rio Card Sênior⁸⁰. Casado há 23 anos, refere suporte familiar da esposa nos cuidados em saúde. Exercia a profissão/ocupação de metalúrgico, mas está aposentado por tempo de serviço junto ao INSS. Relatou que recebe a renda aproximada de um salário-mínimo como aposentado.

Durante a entrevista, considerou que possui uma boa relação com sua saúde, pois sempre se manteve afastado do uso de drogas ilícitas.

Primeiro, eu nunca usei drogas, isso pra mim foi o que me fez chegar na idade que tô e ser o que sou. Eu nunca gostei de maconha nem de pó (E. C., metalúrgico).

O fato de não se relacionar com pessoas que faziam uso de drogas e, também, não as utilizar, foi a principal maneira encontrada pelo usuário para manter o cuidado com sua saúde em dia. No entanto, declarou fazer uso de bebidas alcoólicas e ser ex-tabagista (parou de fumar há 07 anos).

Nunca botei droga no meu corpo, eu só gostava de tomar cerveja, cerveja, cerveja, cerveja. Aí, depois fiquei mais velho, passei a tomar uma caipirinha... Uma caipirinha, um *dudu*, mas droga não. O principal antídoto contra a doença foi esse: não botar, no meu corpo não tem droga, meu corpo é limpo. Você sabe que eu nunca fiquei doente? (E. C., metalúrgico).

⁸⁰ É um cartão eletrônico de transporte que assegura aos idosos (de idade igual ou superior a 65 anos) o seu deslocamento no transporte de ônibus (linhas intermunicipais e/ou intramunicipais), barcas, veículo leve sobre trilhos, ônibus de trânsito rápido e vans legalizadas, de acordo com a sua necessidade.

Não frequentava os serviços de saúde com regularidade, exceto quando precisava fazer os exames periódicos pela empresa onde trabalhava. Relatou que não tinha o costume de lidar com médicos e que nunca teve qualquer problema de saúde, por isso, não sentia a necessidade de procurar os serviços de saúde com frequência.

Não sou acostumado a lidar com médico, não. Eu falei, com médico eu lidava assim, entrava em firma, tinha um serviço médico, aquele negócio, tomar injeçãozinha, serviço médico de empresa, mas ir para o hospital, essas coisas, eu nunca me tratei de nada, nunca teve doença nenhuma, nem no coração, nem fígado, nem rim, nem nada. Nunca fiz nada (E. C., metalúrgico).

Na narrativa do E. C., seu bom estado de saúde surge associado ao plano divino/espiritual e à vontade de Deus.

Saudável, eu nunca usei droga, nunca gostei, tive nojo disso, glória a Deus, que Deus não me deixou usar isso, isso que me salvou (E. C., metalúrgico).

Em sua juventude, relatou que realizava muitas atividades físicas, entre elas, destacou as caminhadas e as lutas de boxe. No momento da entrevista, declarou que não realizava nenhuma atividade física. Mais uma vez, enfatizou que o distanciamento do uso de drogas ilícitas e a prática de atividades físicas o fizeram chegar até a *idade madura*. Além disso, ressaltou seu bom hábito alimentar, afirmando não ingerir alimentos processados e/ou industrializados.

Processado e embutido pode ficar tudo para quem quiser, eu tô fora, no meu prato não. Não gosto de embutido, linguiça e salsicha (E. C., metalúrgico).

E. C. descobriu o diagnóstico de glaucoma há oito anos. Relata que procurou a rede privada de saúde e realizou muitos exames que não lhe diziam o problema que tinha na visão. Disse que gastou muito dinheiro e foi enganado.

Agora, tem oito anos que eu fui enganado porque eu fazia tratamento, eu ia no Norte Shopping, na torre do Norte Shopping que era a clínica. Aquelas meninas tudo de sainha branca, curtinha, tudo bonitinha, tudo cheio de oi senhor, nhe nhe, iludindo o povo e fazia os meus exames e não falava nada pra mim, que eu tava com glaucoma. Exame caríssimo, que eu pagava caro e tava com glaucoma, só mandava bota óculos, fazer óculos, trocar óculos, quando fui ver, o glaucoma (E. C., metalúrgico).

Chegou a ser encaminhado e a fazer tratamento oftalmológico no Instituto Benjamin Constant, mas não deu continuidade. Relatou que desistiu de agendar o atendimento, após inúmeras ligações telefônicas não atendidas. Possui uma perda considerável da visão e, atualmente, não realiza acompanhamento médico. Obteve o diagnóstico de melanoma, estágio avançado, em 2022. Não teve nenhum sintoma, apenas percebeu um *caroço* na perna, após uma atividade de bastante esforço físico. Logo depois, foi procurar assistência médica.

Não senti nada, eu tava puxando um carrinho pesadão, um carrinho pesado, quando cheguei em casa... um bocado de material dentro dele. Eu tenho uns cinco, seis, uns oito degraus para subir, para chegar no patamar da minha porta. Eu abri o portão, o carrinho pesadão, eu levantei o carrinho só com esse braço, ai que dor, senti aquela dor, aí, eu o levantei... Quando foi no dia seguinte de manhã quando eu acordei, acordei com aquele inchadão (E. C., metalúrgico).

Buscou atendimento no hospital municipal, perto de sua residência, mesmo sem agendamento prévio, pois seu genro possuía contato com o médico que trabalhava no local. Lá, foi diagnosticado com melanoma e encaminhado para o HCII/INCA, por meio do SER. Após um mês de espera, foi matriculado no HCII/INCA e submetido ao tratamento de cirurgia e de imunoterapia. No momento da entrevista, estava em acompanhamento no serviço de Oncologia/HCII e com a doença controlada.

Sua trajetória de busca por assistência médica no serviço público de saúde foi *abençoada*, de acordo com a narrativa do usuário. Obteve o rápido atendimento, em função do relacionamento familiar com profissionais de saúde da rede pública, que o auxiliaram no primeiro atendimento e, rapidamente, o inseriram no sistema de regulação em saúde de alta complexidade. O tratamento oncológico não desencadeou efeitos colaterais dolorosos e não alterou sua rotina de atividades diárias. Obteve uma boa resposta ao tratamento.

Nada, nada, nunca senti dor, tosse, nada, nunca tomei remédio para dor, para a tosse, não senti enjoo, sistema fecal normal, sistema urinário normal, sistema respiratório normal (E. C., metalúrgico).

O usuário relatou que não sabia o que significava o câncer na sua vida, porque nunca sentiu nada. Contudo, a representação da doença apareceu de uma forma subentendida, como sinônimo de dor e morte. Mas, por conta da ausência de sintomas dolorosos no corpo e da não realização de tratamento oncológico invasivo, não conseguiu representar o que é câncer.

A minha definição que eu tenho é essa, que eu não tive, não tenho sequela, não tenho efeito nenhum, não sei como funciona, o que ele causa, então não posso dizer nada dele (E. C., metalúrgico).

Ressaltou que não comentava com muitas pessoas que faz tratamento no HCII/INCA, devido ao preconceito e ao estigma que a doença ainda carrega.

Eu não falo pra todo mundo que eu tô tratando no INCA porque sabe como é o brasileiro, né? Só aquelas pessoas da família que sabem que eu tô me cuidando no INCA, porque brasileiro... *fulano tá no INCA, tá ferrado!* Sabe como é o brasileiro? (E. C., metalúrgico).

A entrevista foi marcada pela espontaneidade e alegria do usuário, além disso, mostrou bastante otimismo frente ao tratamento oncológico e a fase de adoecimento. Ao final de sua fala, agradeceu o atendimento recebido na unidade hospitalar do INCA, comparando a assistência recebida na instituição aos serviços oferecidos pelos países mais desenvolvidos economicamente.

J. O.

J. O. tem 59 anos de idade, natural da cidade de Campos dos Goytacazes-RJ, evangélico, autodeclarado como branco, possui o ensino médio completo e é casado. Reside com a esposa, uma filha adulta e com a sogra, em apartamento financiado, no bairro Parque Rodoviário, Campos dos Goytacazes-RJ. O local de sua residência possui rede de saneamento básico. Acessa a unidade hospitalar por meio do TFD, da cidade de Campos dos Goytacazes.

Refere suporte familiar da esposa e da filha, no tocante aos cuidados em saúde. Casado há 34 anos com a esposa, que é do lar e possui diagnóstico de transtorno bipolar. A mesma realiza acompanhamento psiquiátrico. A filha trabalha como *designer* gráfica e possui vínculo junto ao INSS como microempreendedora individual. Já a sogra é viúva e pensionista (INSS), recebe a renda mensal de um salário-mínimo. E. C. contou que possui pais falecidos e dez irmãos. Todos os irmãos residem na mesma cidade, mantendo contato familiar.

No momento da entrevista, o usuário se encontrava recebendo o benefício por incapacidade permanente (INSS), no valor de dois salários-mínimos. Por conta do adoecimento, não conseguiu mais continuar exercendo a profissão/ocupação de porteiro noturno. Relatou que,

além da profissão de porteiro, já atuou como desenhista por 23 anos, técnico de planejamento por quase quatro anos e, ainda, dá aulas de violão.

Na fase da infância, teve problemas de saúde relacionado a bronquite e gagueira. Contou que veio de cidade interiorana e com poucos recursos. Sua avó materna foi quem fez o seu parto e, nesse momento, descobriu que havia gêmeos. Devido às condições sanitárias e de higiene, no momento de seu nascimento obteve alguns problemas de saúde que, mais tarde, manifestaram-se, como por exemplo, a bronquite e a gagueira.

Pelas histórias que contam, eu nasci por último. Eu creio que, de repente, por isso daí, pode ter sido até de passar um pouco do tempo, que descobriu na hora e com parteira, que foi a minha vó. Negócio perigoso, né? Aí sempre tive isso, desde a infância. Aí teve esse problema respiratório que talvez gere até um pouco da gagueira, né, que diz que respirar também com a fonoaudióloga melhora, né? (J. O., porteiro).

Relatou que quando trabalhava, na cidade de Macaé-RJ, frequentava com mais regularidade os serviços de saúde, devido aos exames periódicos exigidos e realizados pela empresa empregadora.

E a questão de saúde, sempre quando eu trabalhava em Macaé, muitos anos que eu trabalhava, tinha os periódicos, mas periódicos simples, né, para exame de sangue. Nunca tive pressão alta, glicose, nada, nunca tive, fora essas questões básicas, né (J. O., porteiro).

Depois que começou a trabalhar como porteiro noturno passou a não frequentar mais os serviços de saúde, devido a correria diária do trabalho. Relatou as dificuldades e a reponsabilidade que possuía no trabalho, além disso, ressaltou a privação de sono que impactava, diretamente, na sua saúde mental. Em 2022, obteve o diagnóstico de melanoma perianal, em estadiamento avançado da doença.

Os primeiros sintomas apareceram através de pequenas feridas na região anal. Ao realizar a higiene pessoal, passou a observar pequenas quantidades de sangue no papel higiênico. Devido ao trabalho e ao medo de perder o emprego, deixou de lado essas evidências e ressaltou o sentimento de falha por não ter buscado o serviço de saúde de maneira mais rápida.

Mas aí a falha minha que eu creio, eu só descobri esse melanoma depois de já ter uma feridinha, por que? Na hora de fazer a higiene, no banheiro, eu vi o papel com um pouco de sangue, falei: ué, não é sangue de fezes. Aí eu cismei, botei o celular por baixo pra ver, tirei foto. Mas, no serviço de porteiro, à noite, eu não podia ficar furando, eu falei: *vou esperar eu pegar férias que falta poucos meses, e vou ver isso*

nas férias, pra não atrapalhar o serviço e eu correr o risco de perder o emprego (J. O., porteiro).

A busca pelo serviço de saúde ocorreu por meio de uma consulta particular, com preço popular e mais acessível, com o especialista em urologia. O médico, após realizar uma avaliação da ferida anal, encaminhou o usuário para o hospital municipal de referência em Campos dos Goytacazes-RJ, para realização de biópsia da lesão. O atendimento no hospital municipal foi marcado pelo trauma do diagnóstico e pela relação não acolhedora entre os profissionais de saúde e o usuário.

*Aí o médico foi diferente, quando ele examinou perto dos acadêmicos, examinou e foi logo de cara, eu falei com ele: *oh a gente não sabe, não sei se é fistula ou se eu me machuquei de alguma forma, sentado às vezes na cadeira lá, muito tempo*, eu falei: *oh, não sei*. Aí ele falou: *não, isso aí é um melanoma e é maligno, tá?* Falou assim mesmo, na minha cara, assim de cara logo. Essas coisas têm que ter um preparo primeiro, né? Eu já saí dali mal, aí já foi, já adiantou a cirurgia (J. O., porteiro).*

A realização da cirurgia para a biópsia foi marcada por mais sofrimento e técnicas dolorosas e invasivas. De acordo com o relato do usuário, a anestesia não foi aplicada da forma devida durante o procedimento, desrespeitando todos os princípios previstos no atendimento humanizado.

Vi tudo, vi a cirurgia toda, sofri, mas eu tremia de tanto frio, preso assim, tremia, eu pedia cobertor, sentindo aquele cheiro, né, do bisturi e sentindo os toques, né, você não sente a dor, você sente o toque, o cara em cima de você, com a perna pra cima, aberto assim, e eu suando. Eu sofri muito, aquilo me deu um trauma, hoje eu não gosto de passar lá no hospital em frente, eu não gosto (J. O., porteiro).

A chegada no HCII/INCA foi representada como um alívio, apesar da distância de sua residência e do trajeto que percorre até a unidade hospitalar. Não queria mais ter que voltar para aquele hospital municipal, onde realizou a biópsia. O tratamento no HCII/INCA foi visto como uma oportunidade de receber o tratamento oncológico de maneira adequada, humanizada, sem medo e com o devido respeito ao corpo do usuário.

*Eu ficava com medo de precisar cair na mão de um cidadão desse lá de novo ou internação de urgência lá. Você é oncológico, não sabe o que pode acontecer de uma hora para outra, ter uma internação urgente lá, né? Se tiver uma coisa urgente, passando mal, não tem como vir pra cá, o ideal é procurar perto. Aí no início a gente: *pô, vou ter que ir lá pro Rio, cansativo demais*, mas depois que eu vim pra cá, eu dei graças a Deus (J. O., porteiro).*

No HCII/INCA, relatou que realizou o tratamento oncológico por meio de cirurgia para a ampliação de margens do tumor e, posteriormente, realizou sessões de quimioterapia. No momento da entrevista, o usuário apresentava a doença em progressão para metástase. O tratamento oncológico esteve associado de forma positiva para o usuário, entretanto, ressaltou o desgaste sofrido com o longo tempo gasto no percurso de sua residência até a unidade hospitalar.

Assim, pra mim aqui tá sendo muito bom, importante pra mim, mesmo sendo cansativo, todas as vezes que eu venho aqui o ônibus não vem só pra cá, ele deixa vários pacientes em outros hospitais. Às vezes tem gente que tem consulta à tarde e saio daqui quatro horas, chego oito, nove da noite em Campos. Chego cinco da manhã aqui, cinco e pouca da manhã, saí uma hora hoje de Campos, uma hora da manhã, quer dizer, eu não durmo por que de casa eu saí hoje meia-noite para ir pro local que sai a condução, que é um micro-ônibus, né. Aí toda vez é muito cansativo pra mim (J. O., porteiro).

A representação do câncer veio acompanhada da necessidade do desenvolvimento de um olhar mais atento às mudanças no corpo, por parte dos homens. A entrevista foi objetiva, fluida e espontânea.

G. H.

G. H. tem 65 anos de idade, natural da cidade do Rio de Janeiro-RJ, católico, autodeclarado como pardo, possui o ensino fundamental incompleto e é casado. Reside com a esposa, uma filha adulta e dois netos, em casa própria, no bairro de Costa Barros, no Rio de Janeiro-RJ. O local de sua residência possui rede de saneamento básico, entretanto, resalta a presença da criminalidade na região. Acessa a unidade hospitalar por meio de transporte de aplicativo.

Casado há dez anos, possui mais dos filhos adultos, com contato familiar. Seus pais são falecidos, possui dois irmãos, também com contato familiar. Refere suporte familiar da esposa e dos filhos, no tocante aos cuidados em saúde. Sua esposa trabalha como cuidadora de idosos e possui vínculo de trabalho informal. Já a filha, que reside com o usuário, trabalha como atendente, possui vínculo formal de trabalho e recebe, mensalmente, o valor aproximado de um salário-mínimo. No momento da entrevista, o usuário se encontrava recebendo o benefício

proveniente de aposentadoria por tempo de serviço (INSS), no valor de um salário-mínimo. Trabalhou como ferroviário.

Com relação aos cuidados com a saúde própria, G. H. relatou que nunca foi uma pessoa de se preocupar com essa questão. Somente após o diagnóstico da doença, começou a frequentar os serviços de saúde e se atentar aos sinais do funcionamento do próprio organismo. Não possui nenhuma comorbidade do tipo hipertensão e/ou diabetes. Nunca fumou e parou de consumir bebida alcoólica há cinco anos.

Afirmou não procurar os serviços de saúde com regularidade, apenas no surgimento de algum sintoma ou sinal de mal-estar. Relatou que a esposa solicita que ele procure assistência médica, quando necessário. É ela quem o acompanha e realiza os agendamentos das consultas e dos exames médicos.

Após um episódio de desmaio em casa, foi com sua esposa buscar assistência médica no posto de saúde mais próximo de sua residência. Disse que passou mal em casa, mas não especificou os sintomas. Do posto de saúde, foi encaminhado ao Hospital Federal dos Servidores do Estado, para realização de acompanhamento de exames e tratamento de alterações na próstata. Não soube informar o tipo de tratamento e o que, especificamente, estava tratando. Relatou que faz uso de um medicamento contínuo para o tratamento da próstata, mas não soube informar o nome da medicação. Antes de ingressar no Hospital dos Servidores, relatou que chegou a buscar assistência médica na rede privada, devido à demora no atendimento das consultas e exames no hospital público.

Ao buscar atendimento no posto de saúde, relatou que também foi encaminhado para atendimento no HCII/INCA, devido a uma ferida no pé. Não apresentava sintomas de dor ou dificuldade para andar. Disse que, somente, procurou assistência médica por conta da insistência de sua esposa.

Por causa que apareceu no pé esse machucado, né e tudo... Aí eu mexia, aí minha esposa *não mexe não*. Aí ela pegou e parece que infeccionou, parece que inflamou e tudo aí ficou aquele machucado no pé (G. H. ferroviário).

No momento da entrevista, o usuário se encontrava realizando o tratamento de quimioterapia, entretanto, a doença estava em estado de progressão. Com o diagnóstico do câncer, não percebeu nenhuma alteração na sua rotina diária. Relatou que sempre teve um bom relacionamento com as pessoas ao seu redor e que agora, após o tratamento, está se sentindo

muito melhor de saúde. Além disso, ressaltou que, após o diagnóstico, passou a ter maior cuidado com a saúde, tomando a medicação prescrita pelos médicos da forma correta.

Não soube explicar o que é câncer, de acordo com sua visão. Disse que se alguém o perguntasse sobre o que é, acabaria falando besteira, pois não sabe do que se trata. Além disso, afirmou que não conhece detalhes sobre o seu tratamento oncológico. A mulher e a filha são as referências para os cuidados e a continuidade da realização do tratamento, além disso, demonstrou dificuldade na compreensão dos aspectos que envolvem o adoecimento por câncer.

Eu fico meio perdido, não sei mesmo, eu tô fazendo ainda (G. H., ferroviário).

A entrevista com G. H. foi marcada por falas encurtadas e respostas objetivas, que demonstravam pouco conhecimento e pouca profundidade sobre seu próprio diagnóstico e seu tratamento de saúde.

J. B.

J. B. tem 26 anos de idade, natural da cidade de São João de Meriti-RJ, evangélico, autodeclarado como pardo, possui o ensino superior incompleto e é casado. Reside com a esposa, em apartamento próprio, no bairro Jardim Metrôpole, São João de Meriti-RJ. O local de sua residência possui rede de saneamento básico. Acessa a unidade hospitalar por meio de transporte de aplicativo. Não utiliza transporte público rodoviário.

Casado há dois anos, não possui filhos(as). Filho de pais separados, possui cinco irmãos e refere contato com todos os membros da família. Relata suporte familiar da esposa e da mãe, para os cuidados em saúde. Sua esposa é estudante universitária, faz graduação em Fisioterapia e não possui renda própria. No momento da entrevista, o usuário se encontrava recebendo o benefício por incapacidade temporária (INSS), no valor de um salário-mínimo e meio. Antes do adoecimento, trabalhava como fotógrafo, vendedor de seguros e efetuava contribuições previdenciárias como microempreendedor individual. Além disso, estava realizando um curso de nível técnico para corretagem de seguros.

Com relação aos cuidados com a própria saúde, J. B. relatou que nunca foi uma pessoa de se preocupar com essa questão, não tinha uma alimentação saudável, mas também não comia besteiras, como por exemplo, doces, balas e refrigerante. Antes do tratamento oncológico, fazia

atividade física de corrida e trilha, mas não com regularidade. Não fuma e ingere bebida alcoólica de maneira social, aos finais de semana. Na adolescência, teve que realizar uma cirurgia de apendicite, que foi bem complicada, pois já havia líquido inflamatório espalhado pela região do abdômen e, com isso, sentia fortes dores. Fez a cirurgia pela rede pública de assistência à saúde, no Hospital Municipal Dr. Moacyr Rodrigues do Carmo, onde ficou internado por sete dias. Contou que não apresenta comorbidades de saúde, como por exemplo, problemas de pressão arterial e/ou diabetes.

Afirmou não procurar os serviços de saúde com regularidade, apenas aos 18 anos de idade quando pensou em prestar o serviço militar obrigatório. Para cuidar da saúde pessoal, procura se alimentar bem, evitando alimentos industrializados. Além disso, gostava de praticar natação, mas a prática dessa atividade física foi suspensa pelo médico, devido ao tratamento oncológico.

Obteve o diagnóstico de osteossarcoma em 2022, no HCII/INCA. Relatou que sentiu fortes dores nos ossos e que foi postergando a busca por atendimento médico, devido à rotina de trabalho. Depois que as dores se tornaram mais intensas e que a esposa pediu que procurasse um médico, recorreu à rede privada de assistência à saúde.

Foi dor, muita dor, foi no osso, né, então era muita dor, muita dor mesmo. Aí eu fiquei um tempo ainda resistindo, que eu trabalhava com sapato social e andava bastante, eu *ah* e foi no pé, né? Eu: *ah deve ser o sapato* e aí minha esposa: *vamos no médico*, e eu *não, vai passar, vai passar*. Aí passou um mês e ia piorando, dois meses, até que se tornou insuportável. Aí eu fui ao médico. O primeiro médico falou que era só uma tendinite, aí fui tratando como tendinite, não melhorava, só piorava, até que eu fui em outro médico, ele pediu mais exames e, né, ele notou. Foi a dor mesmo (J. B., fotógrafo).

Na primeira avaliação, obteve o diagnóstico de tendinite com muita inflamação nos tendões. Chegou a usar gesso durante um determinado período, mas tirou por conta própria, após algum tempo. Pagou para a realização de exames clínicos e de imagem na rede privada de assistência à saúde.

Não, o primeiro só pediu o ultrassom porque eu falei onde era a região da dor, ele falou *ah deve ser tendinite e tal*, aí ele fez o exame e realmente estava lá constando os tendões inflamados. Eu coloquei gesso, só que eu não consegui ficar, era pra ficar uma semana, eu fiquei dois dias porque doeu muito. (J. B., fotógrafo).

As fortes dores continuaram e o mesmo chegou a se automedicar para controlá-las, entretanto, sem sucesso. Foi então que resolveu buscar, novamente, assistência médica privada.

O médico responsável solicitou que fosse realizado um exame de ressonância magnética, pois desconfiava de algo mais grave. O exame de ressonância concluiu que era uma neoplasia. Orientado pelo médico da rede privada, procurou a rede pública de atendimento no Hospital Moacyr do Carmo para a realização de consulta com o ortopedista e encaminhamento para o SER.

Isso, eu cheguei lá, ele já foi bem taxativo, *olha é um tumor, é maligno com certeza, vai direto para a Secretaria de Saúde que ela vai colocar você na fila.* Aí eu já fui lá e ela me deu a maior atenção, me colocou na fila e tal e quando foi 8 dias recebi a ligação (J. B., fotógrafo).

O atendimento realizado no Hospital Moacyr do Carmo foi rápido, entretanto, o usuário justificou que sua tia trabalhava no local e conseguiu agilizar o máximo que pode, para obter o atendimento em tempo hábil. A realização da biópsia e a confirmação do diagnóstico de osteossarcoma foi realizada no HCII/INCA. J. B. foi submetido ao procedimento cirúrgico de amputação do membro inferior (perna) e quimioterapia. No que se refere ao diagnóstico da doença, relatou que foi bem difícil receber a notícia. Além disso, no que refere ao tratamento, obteve muitos efeitos colaterais, advindos das sessões de quimioterapia.

Eu demorei um pouco para processar, por enquanto, naquele momento eu tava só sentindo a parte física, a dor. Depois, quando um dia antes de eu começar a quimioterapia que, tipo assim, caiu a ficha: *ah eu tô doente, vou ter que enfrentar.* Aí foi bem difícil, para mim a pior parte do tratamento foi a quimioterapia, até pior que a amputação, a deficiência (J. B., fotógrafo).

De acordo com o usuário, o próprio processo de tratamento oncológico interferiu, negativamente, na relação de cuidado com sua saúde. Ficou mais limitado e dependente de terceiros para o exercício de atividades cotidianas e práticas de atividades físicas. Ao mesmo tempo, afirmou que a rotina de cirurgia e tratamento fez com que percebesse melhor o funcionamento do seu corpo.

Acho que a própria deficiência é uma limitação nesse momento, né? Acho que não a deficiência em si, mas o processo, né, de cirurgia, tratamento, mas a deficiência não, mas que isso de certa forma me limita, mas por outro lado me faz querer cuidar, sabe? Toda essa doença me faz hoje entender que ficar parado não dá, entendeu? (J. B., fotógrafo).

Ter se tornado uma pessoa com deficiência (PCD) não representou um obstáculo para o usuário, no que se refere às atividades do dia a dia. Disse que conseguiu enfrentar o olhar

preconceituoso das pessoas diante da sua deficiência física, até mesmo no local onde continuou praticando atividades físicas de nado. Ponderou reflexões e fez críticas ao capacitismo, existente na sociedade brasileira.

Eu entrei na loja, mal entrei, *ah se senta aqui que não sei o que, não, tudo bem, tá tudo bem.* Ela, de certa forma, não faz por mal, né? Aí eu dei um passo, *ah senta aqui, aí eu, não, tá tudo bem!* Aí ela: *mas você vai cair.* (J. B., fotógrafo).

O impacto do tratamento oncológico repercutiu na relação com sua esposa, trazendo uma crise conjugal. Relatou que a rotina de tratamentos abalou o estado emocional de sua esposa, que chegou a dizer que não aguentaria passar por isso, novamente ameaçando se separar do usuário.

Tipo assim, ela sentiu muito por tudo, sabe? Então, assim, teve momentos que a gente ligava, que ela falava que não queria mais, que ela não ia aguentar, que era muito sofrimento. Da primeira vez ela foi bem forte, me ajudou muito, muito. Da segunda, ela sempre me ajudou na verdade, nesse processo todo ela sempre teve muito presente me ajudando, só que as forças dela foram se esgotando. Da segunda vez em diante *ah eu não vou mais aguentar isso, eu vou embora* (J. B., fotógrafo).

O adoecimento também repercutiu nos projetos do casal, pois sua esposa estava desejando engravidar e o tratamento de quimioterapia desencadeou o processo de infertilidade para o usuário. Ao ser questionado sobre a representação do câncer em sua vida, apontou o processo de amadurecimento que o adoecimento por câncer lhe trouxe, contudo, associou a doença a diversas palavras de cunho negativo, associando às implicações que o câncer trouxe para sua vida pessoal.

Nossa, essa é difícil. O câncer? Ah, para mim câncer é tudo de ruim, uma praga, uma peste, que não deveria existir. Eu não consigo tirar nada de bom para falar sobre isso, que *ah cresci, amadureci.* Tudo bem, mas não consigo ver o lado bom, sabe, não consigo (J. B., fotógrafo).

Igualmente, essa associação refletiu na representação do tratamento oncológico, mesmo sendo uma alternativa para a sua sobrevivência. O usuário reconheceu o tratamento como a pior fase de sua vida. Classificou o tratamento como sendo algo terrível, mas que precisava ser feito.

Para mim é terrível, mas é aquilo, né, eu não quero morrer, então não tem o que fazer (J. B., fotógrafo).

Sua narrativa foi espontânea, fluída e revelou uma história pessoal, marcada, especialmente, por uma crise de relação conjugal em decorrência do adoecimento por câncer.

T. A.

T. A. tem 37 anos de idade, natural da cidade do Rio de Janeiro-RJ, candomblecista, autodeclarado como pardo, possui o ensino superior incompleto e é solteiro. Reside com o companheiro, em casa própria, no bairro de Bangu, no Rio de Janeiro-RJ. O local de sua residência possui rede de saneamento básico. Acessa a unidade hospitalar por meio de transporte público rodoviário gratuito, pois possui o Rio Card Especial com direito à gratuidade de um acompanhante em suas viagens.

Convive em união consensual com seu companheiro há seis anos, que possui 30 anos de idade, exerce a profissão/ocupação de professor de dança, com vínculo formal de trabalho e recebe, mensalmente, o valor de um salário-mínimo. T. A. possui um filho adulto, com contato familiar. Seus pais são falecidos e possui dois irmãos, também com contato familiar. Refere suporte familiar de seu companheiro, no tocante aos cuidados em saúde. No momento da entrevista, o usuário estava em atividade, trabalhando como cabelereiro e vendedor de roupas, na economia informal. Disse que estava recebendo o valor aproximado de um salário-mínimo mensalmente. Entretanto, por ter trabalhado de carteira assinada há um ano, estava requerendo junto ao INSS o benefício de incapacidade temporária.

Com relação aos cuidados com a própria saúde, G. H. relatou que *corria de médico*. Afirmou não procurar os serviços de saúde com regularidade. Somente após o diagnóstico da doença que passou a frequentar os serviços de saúde e se atentar mais com os cuidados do próprio corpo.

Então, ao longo da minha vida até eu descobrir, realmente, a doença, eu corria de médico. Então, eu não tinha um acompanhamento, eu não fazia tantos exames, depois que eu comecei a ter um problema de pele, apareceu uma mancha que eu procurei um médico, minha perna começou a inchar, também procurei um médico. Então, assim, foi depois disso que eu procurei, entendeu? Acho que a minha vida começou a ser tratada na área da saúde depois que eu descobri, entendeu? (T. A., cabelereiro).

Após sofrer de obesidade, resolveu fazer mais atividades físicas e cuidar de sua alimentação. Chegou a pesar 130 quilos e conseguiu eliminar 50 quilos por conta própria, sem assistência de profissionais especializados (médicos e/ou nutricionistas). Nunca fumou e parou de consumir bebida alcoólica há um ano, aproximadamente. Relatou que como forma de cuidar da sua saúde, buscava manter uma boa alimentação e a prática de atividades físicas, pelo menos, três vezes na semana.

Os primeiros sintomas do adoecimento foram percebidos no mês de maio de 2022 e foram marcados por uma sensação intensa de dor e inchaço nas pernas. Após seis meses de sintomas, T. A. decidiu procurar assistência médica, no posto de saúde mais próximo de sua residência. Ao fazer os exames laboratoriais de sangue, descobriu que estava com Aids. Relatou que suspeitava de que alguma coisa não estava indo bem e, por isso, não ficou tão abalado com o resultado.

Então, doutora, eu não sei, mas na minha cabeça, na minha mente, me parecia que eu já sabia que tava acontecendo alguma coisa, sabe? Então, eu falei assim, *vou pedir à médica para fazer logo o exame para ver o que é*. Aí, pedi a ela, ela passou, fiz o exame lá na clínica, né, aí quando saiu o resultado, assim, não fiquei tão abalado (T. A., cabelereiro).

O tratamento da Aids começou na mesma semana, por meio do uso de medicamentos fornecidos pelo SUS. Relatou que, provavelmente, adquiriu Aids por meio de relação sexual sem preservativo. Seu companheiro também foi contaminado e o culpava por isso. No entanto, os dois ainda mantinham a união homoafetiva. T. A. afirmou que obteve receio de buscar o serviço de saúde, por conta do preconceito das pessoas e do medo do diagnóstico da Aids. No momento da entrevista, o mesmo estava realizando tratamento no Centro Municipal de Saúde Waldyr Franco, já com carga viral indetectável.

No mesmo mês que recebeu o diagnóstico da Aids, também recebeu o diagnóstico do câncer. Relatou que o impacto da notícia coincidiu com o mês de seu aniversário e que o câncer o deixou mais abalado do que o diagnóstico da Aids. A busca pela assistência médica para o diagnóstico do câncer se deu pela rede privada de saúde. Primeiro, pela consulta com um angiologista e, depois, por meio de um dermatologista.

Tudo junto, veio tudo junto, sim. Porque quando eu comecei a me tratar, que eu procurei o médico, foi porque eu estava malhando e minhas pernas ficavam muito inchadas, aí ficava muito inchada, eu procurei um médico. A princípio procurei o angiologista, aí ele foi, fez os exames, não tinha nada nas pernas da parte dele, ele foi e me indicou uma dermatologista. Eu fui na dermatologista. Nisso a dermatologista

verificou, passou remédios, só que não estava adiantando, aí ela foi e pediu os exames e uma biópsia. Nisso que ela pediu a biópsia, quando saiu o resultado, ela pediu para eu ir lá, pegar, né, e ir na consulta, saiu o resultado, foi quando eu descobri (T. A., cabelereiro).

Foi uma dermatologista, da rede privada de saúde, quem realizou a biópsia e que confirmou o diagnóstico de Sarcoma de Kaposi⁸¹. Relatou que pagou *caríssimo* pela realização do procedimento de biópsia, algo entorno de 800 reais. Logo depois, T. A. foi encaminhado ao posto de saúde mais próximo de sua residência, para ser inserido no SER e buscar atendimento especializado. Afirmou que demorou para buscar assistência médica, associando ao *comportamento machista do homem*.

Eu acho pra mim, doutora, que é o descaso do homem com a saúde. Porque pra gente tá tudo bem, tudo normal, quando a gente não sente alguma coisa, a gente não procura nada, então, é realmente um descaso masculino com a saúde (T. A., cabelereiro).

Relatou que tanto o tratamento do câncer, como o da Aids iniciaram de forma rápida. Contudo, o usuário contou que se automedicou com corticoides, por um período de dois meses, para enfrentar as dores e conseguir trabalhar para manter seu sustento.

Mas era a única coisa que tirava a minha dor e eu conseguia trabalhar, eu sentia muita dor (T. A., cabelereiro).

Mesmo tendo iniciado o tratamento no HCII/INCA, o usuário relatou episódios de dores, inchaço e sangramento devido ao adoecimento por câncer, que o impossibilitaram de trabalhar.

[...] eu fique muito mal, muito mal, não conseguia andar, minhas pernas ficaram desse tamanho, uma e a outra, minhas partes íntimas, eu não conseguia ver mais porque eu não tinha mais, a perna tampava tudo, eu não conseguia me locomover direito, a noite eu não conseguia dormir, porque elas ficavam muito inchada, as fígadas na perna, eu tinha que levantar, sentar, botar elas para baixo, esperar passar para voltar para cama, quando eu voltava para cama, voltava de novo, eu sentava (T. A., cabelereiro).

⁸¹ O Sarcoma de Kaposi é um tipo de câncer que atinge, principalmente, a pele. A doença avança de forma lenta. Atualmente, existem métodos eficazes para o tratamento. As causas do Sarcoma de Kaposi estão relacionadas a um vírus chamado herpes vírus humano tipo 8 ou Kaposi sarcoma herpes vírus. A relação do vírus com a doença está diretamente relacionada, no entanto somente o contato com o vírus não basta para desenvolver a doença. É preciso que o paciente esteja com o sistema imunológico deficiente, como acontece com aqueles que usam medicamentos imunossuppressores ou são portadores do vírus da Aids.

A repercussão do diagnóstico do câncer foi narrada como uma forma de mantê-lo mais próximo dos cuidados com sua própria saúde.

Hoje em dia, eu sei que daqui pra frente eu vou estar sempre procurando um médico, sempre fazendo exame porque não tenho que ter mais medo de nada, eu preciso saber como está minha saúde (T. A. cabelereiro).

Já a Aids, veio acompanhada do medo e do preconceito por parte de outras pessoas.

Então, da Aids eu acho que hoje eu vivo muito mais, um pouco mais retraído, para as pessoas não descobrirem porque ainda existe muito preconceito. As pessoas não pesquisam, as pessoas não sabem nada sobre e querem falar, querem julgar, então, hoje eu vivo mais retraído mediante a isso. Do câncer, o câncer mudou bastante a minha vida em relação a atividade física, locomoção, entendeu? (T. A., cabelereiro).

Nesse sentido, o câncer surgiu associado à representação de oportunidade de uma *nova vida*. Já o tratamento oncológico, representou uma *ótima fase*, com boas possibilidades. O mesmo afirmou sentir poucos efeitos colaterais do tratamento para o câncer. A entrevista foi realizada de maneira fluída e aberta, o usuário mostrou-se confortável com as perguntas e bastante otimista com seu tratamento de saúde.

R. C.

R. C. tem 67 anos de idade, natural da cidade de Carpina-CE, católico, autodeclarado como branco, possui o ensino médio completo e é solteiro. Reside com a companheira, em casa própria, no bairro Paraíso, em Guapimirim-RJ. O local de sua residência não possui rede de saneamento básico, por isso, utiliza o sumidouro para o armazenamento dos despejos domiciliares.

Convive em união consensual há 35 anos com sua companheira. A mesma possui 61 anos e trabalha como empregada doméstica, sem vínculo formal de trabalho. E. C é pai de quatro filhos adultos, com contato familiar. Possui pais falecidos e 14 irmãos, também com contato familiar. Refere suporte familiar de um casal de filhos, no tocante aos cuidados em saúde. No momento da entrevista, o usuário estava recebendo o BPC, no valor mensal de um salário-mínimo. Relatou que trabalhou por muitos anos como motorista de caminhão e chegou

a contribuir por 13 anos junto ao INSS. Logo depois, abriu um bar e trabalhou como comerciante, na economia informal.

Com relação aos cuidados, o usuário relatou que nunca cuidou da saúde devido à rotina atribulada de trabalho. Disse que só procurava o serviço de saúde quando apresentava algum sintoma de mal-estar. Dessa maneira, afirmou não procurar os serviços de saúde com regularidade.

Eu nunca me cuidei muito bem, né, até porque a minha vida foi uma vida muito corrida, muito trabalhosa e eu, para falar a verdade, quase não ia ao médico, só quando surgia mesmo algum problema igual esse (R. C., comerciante).

Realizava tratamento para hipertensão arterial há 15 anos, na rede privada de saúde, mesmo não tendo plano de saúde particular. Fazia acompanhamento com um especialista em cardiologia. Como forma de cuidar de sua saúde, no momento da entrevista, afirmou que praticava natação, perto da região onde mora. No entanto, destacou que realizava atividades físicas com bastante dificuldade. Como seqüela do tratamento oncológico realizado (cirurgia), R. C. se tornou PCD. Aguardava liberação da fisioterapia, para colocação de uma prótese ortopédica.

Motivado por sua companheira, decidiu procurar o serviço de saúde, após quatro meses do surgimento dos primeiros sintomas do adoecimento por câncer – inchaço e dores na região da virilha. Seu filho foi quem o levou ao médico particular, para a realização dos primeiros exames e avaliação médica.

Quando começou a aparecer um inchaçozinho na minha virilha, a mulher falava comigo *Romildo, isso tá um pouco inchado*, eu digo: *tá nada*. Eu botava sunga, ia para uma piscina, ia para uma... digo *não tá nada, não sinto nada*, tomava uma cervejinha na época, pá. Aí foi crescendo, crescendo, depois eu comecei a sentir uma dorzinha, aí foi que ela ligou para o garoto e me levou no médico. Foi feito os exames e aí constatou que eu tava com câncer. Aí, naquele dia já me matou, né, um pedaço (R. C., motorista).

Ainda com relação aos cuidados em saúde, o mesmo se mostrou sentir culpado por não ter dedicado a atenção que considerou necessária ao seu corpo. Disse que por conta do trabalho e das viagens que realizava como motorista não tinha tempo suficiente para prestar atenção à sua saúde. Chegou a comparecer poucas vezes ao posto de saúde próximo de sua residência, a pedido da assistente social que trabalhava no local, para realização de exames de rotina.

Nós tínhamos uma assistente social, né, que trabalhava no posto, *fulano, você tem que ir no postinho, já tem tempo que você não vai*. Aí eu ia, quase que obrigado. Ela fazia contato com a família, não precisa, né, porque morava perto também, quando a gente não tava, ela falava com a vizinha, *fala pra ele para ir lá no posto que eu passei aqui e não encontrei* (R. C., comerciante).

No decorrer da entrevista, mostrou certa naturalidade no distanciamento da saúde por parte dos homens, de maneira geral, constando o impacto na saúde destes.

O homem é meio relaxado mesmo com o negócio da saúde. (R. C., comerciante).

A fase inicial de exames de imagem, para o diagnóstico do câncer, foi realizada na rede particular, onerando bastante, sob o aspecto financeiro, a vida do usuário. Para a realização da biópsia, o mesmo relatou ter gasto algo em torno de seis mil reais. Sendo assim, obteve o diagnóstico de sarcoma em 2021, com estadiamento avançado da doença. Nesse momento, a proposta de tratamento, do médico da rede particular, foi a cirurgia de amputação da perna.

Mas o doutor ficou até amigo nosso, depois de tudo, *foi constatado que é maligno e tem uma coisa, você vai perder a perna*. Isso foi marcando, né, outro dia, depois quinze, fui a umas 5 ou 6 consultas com ele. Depois da biópsia, ele falou: *Olha, vocês não vão aguentar o tratamento disso aí no particular, eu vou indicar vocês para o INCA*. Aí mandamos nós para aqui (R. C., comerciante).

Após a realização da biópsia, R. C. começou a sentir fortes dores na perna e, logo depois, foi encaminhado para a rede pública de saúde, por meio do SER. Chegou ao HCII/INCA após oito meses da fase dos primeiros sintomas, com muitas dores e inchaço nas pernas, alegando que não conseguia mais andar. Para alívio dos sintomas da dor, fez uso de morfina. Relatou que, por conta do uso do medicamento (morfina), teve fortes alucinações.

Fiquei bobo, via fantasma, morto, conversava com gente que já morreu, que era amigo, pedia a mulher para me levar pra casa, eu tava deitado dentro de casa e pedia para me levar pra casa: *me leva pra casa* (R. C., comerciante).

Foi submetido, inicialmente, ao tratamento de radioterapia na cidade de Petrópolis-RJ. Pela distância do local de tratamento até sua residência, inicialmente precisou ficar hospedado em um albergue. Depois, conseguiu alugar uma casa em Petrópolis-RJ, a fim de dar continuidade ao seu tratamento de radioterapia, que durou aproximadamente 45 dias.

Fiquei lá 45 dias, fazendo a radio, sábado e domingo não fazia, foram 30 sessões. Aí, nesse período o negócio foi piorando, mas aí depois, graças a Deus, com umas 5

sessões, já passou a dor toda, já melhorou, chegou a diminuir, quando eu fiz as 30 sessões, diminuiu (R. C., comerciante).

Na segunda etapa do tratamento oncológico, após um ano dos primeiros sintomas, foi realizada cirurgia para a amputação de uma das pernas do usuário. O pós-cirúrgico foi marcado por intercorrências, como por exemplo, longo período de internação, fortes dores, não cicatrização dos pontos e desenvolvimento de processo inflamatório com odor fétido.

Fiquei 15 dias aqui internado, fui para casa. Aí eu caí da cama duas vezes, alucinado. Aí estourou um ponto. A mulher fez curativo, fez curativo, vim aqui, mostrei, eles fizeram curativo, mandaram pra casa. Aí começou aquilo doer mais, doer de um jeito que eu não tava mais aguentando. E depois começou a vazar o líquido. Olha, qualquer coisa que já pensou em feder na sua vida, o cheiro era pior (R. C., comerciante).

O que mais abalou a vida do usuário foi a perda do membro inferior, durante a realização de cirurgia para a amputação da perna, como proposta de tratamento oncológico. Além disso, enfatizou que a perda da perna impactou muito na realização do seu trabalho. Nesse momento da entrevista, foi possível perceber o quanto o adoecimento refletiu na sua identidade masculina de homem trabalhador.

Ah eu gostava muito de trabalhar, era muito agitado, não parava, os filhos, a mulher brigava comigo [...] porque era um homem muito trabalhador, muito, muito. (R. C., comerciante).

A deficiência por decorrência do adoecimento por câncer também trouxe impacto muito negativo na vida cotidiana do usuário, em especial no que se refere às suas atividades diárias e locomoção. Relatou que precisou se mudar por conta do adoecimento, acarretando em perda de relações e vida social.

Locomoção, doutora. Ainda mais onde morava, morei 33 anos, 30 anos em Itaboraí, eu tinha muita amizade, todo mundo me conhecia, ainda mais que tinha um bar, todo mundo me conhecia, a gente jogava carta, eu só saía às vezes, final de semana para vim (R. C., comerciante).

O câncer esteve associado no imaginário do usuário como uma *doença traiçoeira* e, com isso, teve de se redescobrir e se reinventar para continuar vivendo. O tratamento oncológico esteve relacionado a muitas perdas e sofrimento, ao mesmo tempo, demonstrou ser a única possibilidade de estar em meio aos seus familiares e ver seus netos crescerem. No momento da entrevista o usuário estava aguardando a realização de mais um procedimento cirúrgico, devido

à evolução da doença para uma metástase pulmonar. A entrevista foi espontânea e marcada por muita emoção e choro do usuário.

J. S.

J. S. tem 54 anos de idade, natural da cidade de Jequiá-BA, não possui religião, autodeclarado como preto, possui o ensino médio completo e é solteiro. Reside com um casal de sobrinhos adultos, em casa própria, no bairro Frade, em Angra dos Reis-RJ. O local de sua residência possui rede de saneamento básico. Acessa a unidade hospitalar por meio de TFD da cidade Angra dos Reis-RJ.

Possui três filhos adultos, com contato familiar. Uma filha mora em outro país, na Itália. Outro filho reside no estado da Bahia. Apenas um filho mora próximo do usuário, na cidade de Angra dos Reis-RJ. Convive com uma sobrinha, que possui 42 anos, casada, trabalha como cozinheira, com vínculo formal de trabalho, recebendo um salário-mínimo; e com um sobrinho, que possui 39 anos, casado, que trabalha como operador de máquina, com vínculo formal de trabalho e que, também, recebe um salário-mínimo. Além disso, o usuário reside com sua sobrinha-neta, filha do casal de sobrinhos, que possui seis anos de idade e é estudante.

Refere suporte familiar da sobrinha com quem convive, para os cuidados em saúde. No momento da entrevista, o usuário estava recebendo o benefício por incapacidade temporária (INSS), no valor de um salário-mínimo. Relatou que trabalhou como pedreiro e que efetuou contribuições previdenciárias junto ao INSS, como microempreendedor individual.

J. S. relatou que nunca se dedicou aos cuidados com a saúde, não tinha o costume de procurar assistência médica de forma preventiva. No entanto, trabalhou por muitos anos com carteira assinada, como pedreiro de uma empresa que exigia exames de saúde, de forma periódica (a cada seis meses). Por isso, era obrigado a realizar determinados exames preventivos.

Eu nunca fui, assim, de ir para médico não. Também, praticamente trabalhava em indústria, trabalhava de pedreiro em indústria e todo ano a gente fazia exame, às vezes de 6 em 6 meses porque eu trabalhava em multinacional. Aí de 6 em 6 meses era indústria química, aí estava fazendo exame, então nunca fui atento de procurar um médico não (J. S., pedreiro).

Não possui comorbidades do tipo diabetes e/ou hipertensão arterial, parou de fumar quando tinha 26 anos e faz uso de bebidas alcoólicas eventualmente. Afirmou que possui uma relação próxima à prática de cuidados com sua saúde, com o auxílio de plano de saúde particular. Contou que nunca teve dificuldades para procurar assistência médica, quando necessário.

Para cuidar de sua saúde, o usuário disse que realizava com frequência a prática de atividades físicas, como por exemplo, musculação e futebol. Não utilizava com regularidade os serviços de saúde. Os primeiros sintomas que surgiram por conta do adoecimento por câncer estiveram relacionados ao aparecimento de um *caroço*, no meio da coxa. J. S. denominou a fase dos primeiros sintomas como uma fase *avassaladora*.

Não demorou muito tempo para buscar assistência médica. Após a percepção do aparecimento do caroço, levou quatro dias para ir até uma unidade hospitalar. Em busca de maior agilidade no atendimento médico, optou por procurar atendimento de saúde na rede particular, por meio de um especialista em Ortopedia. Além dos exames, também realizou biópsia na rede de atendimento particular em saúde, pagando por eles.

Não procurei o posto de saúde pelo seguinte, porque, como eu te falei, eu já tive plano de saúde, nesse momento eu tava sem plano. Só que eu achei mais rápido eu fazer o processo particular. Aí fiz o processo todo no particular e graças a Deus quando eu cheguei aqui, que fui encaminhado para aqui, já tava todo com o diagnóstico pronto, com biópsia, com tudo. Fiz tudo no particular (J. S., pedreiro).

No entanto, o usuário relatou que entre a realização de exames e biópsia levou, aproximadamente, sete meses para dar início ao tratamento do câncer no HCII/INCA. Atribuiu a longa espera pelo tratamento à deficiência de atendimento pelo sistema de regulação. Disse que se tivesse que recorrer ao SUS na fase dos primeiros sintomas teria esperado muito mais.

A espera pelo início do tratamento foi marcada por uma fase bastante difícil e traumática. Disse que desejava pagar pela realização da cirurgia do câncer, entretanto, foi encaminhado pelos médicos para o INCA.

Olha, pra mim foi tudo tranquilo. Meu maior trauma foi a espera. Eu sabia que a espera ia dar ruim e eu não tive opção porque fui para dois médicos, topei fazer particular a cirurgia, eles me aconselharam a vir pra cá (J. S., pedreiro).

J. S. obteve o diagnóstico de sarcoma, com estado já bastante avançado da doença, em 2021. Realizou o tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia. No momento da

entrevista, encontrava-se em progressão pulmonar da doença. Relatou que a outra fase traumática do tratamento esteve relacionada a um procedimento cirúrgico.

Não sei o que aconteceu. Fui liberado em três dias, fui pra casa. Depois, deu pneumotórax, fiquei todo inchado, estourou tudo por dentro, fui parar no hospital e de lá fui transferido para o INCA de novo e lá fizeram novamente mais cirurgias, deu errado, vazou (J. S., pedreiro).

Após a definição do diagnóstico e do tratamento oncológico, afirmou que não obteve muitas mudanças na sua rotina diária. Entretanto, enfatizou que, durante a fase de sessões de radioterapia e quimioterapia, sentia muita sonolência. Relatou que, ainda, existe a possibilidade de perda da perna, por conta do adoecimento. Além disso, sentia muitas dificuldades para exercer suas atividades diárias.

Devido à cirurgia da perna, hoje eu não consigo correr, eu não corro, eu não subo escada sem apoio de uma muleta que eu não tenho fixação. Se eu tirar o foco da mente, da perna, eu caio. Eu ando sem muleta normal, até ando sem muleta normalmente, você vê, eu andando, parece que eu não tenho nada, mas focar. Minha mente é focada na perna 24 horas, eu não posso fraquejar ela, se eu fraquejar, eu vou puxar (J. S., pedreiro).

A representação da doença apareceu como consequência de problemas de fundo *emocional e psicológico*. Ainda associou o aparecimento da doença com as aspirações divinas, sempre carregada de afirmações de cunho religioso.

Então, por eu acreditar em Cristo, para mim, essa doença, ela pode até me matar, mas quem vai me matar não é a doença, quem vai me matar é Deus, vai ser a hora que ele quiser, a hora que ele quiser (J. S., pedreiro).

O tratamento oncológico é representado pela *esperança de cura*. Além do tratamento proposto pela equipe médica do HCII/INCA, o usuário relatou utilizar outras terapias complementares, como por exemplo, ingestão de chá de folha de graviola.

Como meu açúcar é normal, eu tomando, cai mais ainda. Caindo mais ainda, a gente juntando com a quimioterapia, tem uma melhorazinha (J. S., pedreiro).

Para o usuário o câncer guarda relação com o consumo de açúcar, o chá de graviola ajudaria na eliminação de açúcar no sangue. A entrevista ocorreu de maneira tranquila e fluida, permeada pelas dores vividas naquele momento e perspectivas positivas para o futuro.

L. S.

L. S. tem 19 anos de idade, natural da cidade do Rio de Janeiro-RJ, não possui religião, possui o ensino fundamental incompleto e é solteiro. Autodeclarou-se como uma pessoa parda. Reside com a mãe e com o companheiro da mesma, em casa própria, em Itaboraí-RJ. O local de sua residência não possui rede de saneamento básico, por isso, utilizam água de poço artesiano para consumo. Acessa a unidade por meio de transporte de aplicativo.

O usuário não possui filhos(as). Declarou que convive com a mãe, a mesma possui 38 anos, solteira, trabalha como empregada doméstica, sem vínculo formal de trabalho e não tem renda fixa. Além disso, também mora com o companheiro da mãe, que possui 34 anos de idade, solteiro, realiza *biscates* e não possui renda fixa. Refere suporte familiar da mãe, para os cuidados em saúde. No momento da entrevista, o usuário estava sem trabalhar. Relatou que estava requerendo o BPC, junto ao (INSS). Antes do adoecimento por câncer, trabalhava em um lava-jato de automóveis, sem vínculo formal de trabalho e sem renda fixa.

L. S. relatou que nunca fez nada para cuidar da saúde e que não tinha o costume de procurar assistência médica de forma preventiva e regular. Relata que já fez uso de produtos derivados do tabaco e da maconha, mas parou há dois anos, aproximadamente. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, afirmou fazer uso diário, antes do diagnóstico de câncer. Parou de consumir bebidas alcoólicas há dois anos. Buscava os serviços de saúde quando apresentava algum sinal de bronquite asmática. Nesse caso, recorria ao posto de saúde mais próximo de sua residência. No momento da entrevista, declarou que seu avô materno, recentemente, o havia incluído em seu plano de saúde, como dependente. Não apresentava comorbidades relacionadas à hipertensão arterial e/ou diabetes.

Os primeiros sintomas do aparecimento do câncer surgiram com uma dor forte na região do ombro. O usuário demonstrou certa dificuldade para esclarecer o tipo de câncer que tinha. Utilizava remédios prescritos pelo médico, como por exemplo, anti-inflamatório para alívio da dor.

Eu tava sentindo uma dor aqui assim, ó, no ombro, aí a dor vinha, aí começava a tomar um remédio e passava, depois voltava de novo (L. S., lava-jato de automóveis).

Relatou que, ao sentir os primeiros sintomas, procurou a unidade de pronto atendimento mais próxima de sua residência. O médico que realizou a primeira avaliação concluiu que seria

uma dor muscular. Após sete meses de continuidade dos episódios de incômodo e dores na região do ombro, a mãe o levou até um médico ortopedista particular, que suspeitou da existência de uma lesão mais grave, um tumor.

Eu sempre ia na unidade de pronto atendimento e eles falavam que era dor muscular. Aí teve uma vez que minha mãe foi e pagou um médico particular, aí descobriu. O médico foi só colocar a mão, descobriu que tava com um... um... ele falou que era um tumor (L. S., lava-jato de automóveis).

Em 2021, após a realização do exame de ressonância magnética, veio a confirmação do diagnóstico de sarcoma de Ewing⁸². Relatou que chegou até o HCII/INCA por intermédio de uma amiga da mãe, que trabalhava na instituição. Rapidamente, conseguiu ser atendido, aproximadamente um mês após o diagnóstico.

O adoecimento por câncer mostrou ter impactado diretamente a vida social do usuário, pois afirmou que deixou de sair e estar com os amigos, após o início dos tratamentos, exames e consultas no hospital de atenção especializada.

Antes eu, não sei, eu saia muito, ia muito para vários lugares e agora... Não dá vontade de sair. (L. S., lava-jato de automóveis).

Além disso, relatou que estava cursando o ensino fundamental e parou, por conta do adoecimento por câncer.

Nem fui resolver ainda o negócio de escola (L. S., lava-jato de automóveis).

Antes do diagnóstico da doença, afirmou que gostava de sair com os(as) amigos(as) e jogar futebol. Além disso, gostava de beber e fumar. Tinha uma namorada, com a qual mantinha um relacionamento, mas terminou o relacionamento.

[...] ela não queria deixar eu ver meus amigos (L. S., lava-jato de automóveis).

⁸² O sarcoma de Ewing é um tumor maligno que ocorre predominantemente em ossos ou em partes moles. O sarcoma de Ewing afeta principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens, com pico de incidência em torno dos 15 anos.

Contou que após a queda de cabelos, devido ao tratamento de quimioterapia, também perdeu a vontade de sair com os amigos. Sentia muita vergonha e notava que as pessoas ao redor ficavam lhe observando.

Não, eu estava sem cabelo, aí eu não gostava de ir para rua não (L. S., lava-jato de automóveis).

Reportou que tinha acabado de conseguir um trabalho de carteira assinada, assim que começou a sentir fortes dores. Não chegou a iniciar o trabalho, o que lhe trouxe muita frustração. No momento da entrevista, o usuário encontrava-se em progressão da doença e em tratamento de quimioterapia.

Eu ia trabalhar em uma loja de móveis planejados, esses negócios assim (L. S., lava-jato de automóveis).

Quando perguntado sobre a representação do câncer e do tratamento oncológico em sua vida, não soube dizer. Apenas disse que o tratamento estava correndo bem. A entrevista foi marcada por frases curtas e/ou inacabadas. Muitas vezes o silêncio pairava durante a entrevista, indicando elementos importantes de serem analisados.

M. R.

M. R. tem 74 anos de idade, natural da cidade de Cachoeiro do Itapemirim-RJ, católico, possui o ensino fundamental incompleto, autodeclarado como pessoa branca e é casado. Reside com a esposa, em casa própria, no bairro Almerinda, na cidade de São Gonçalo-RJ. O local de sua residência possui rede de saneamento básico. Considerou o local de sua residência como área de risco, devido à presença de organizações criminosas.

O usuário possui duas filhas adultas, com contato familiar. A filha mais velha mora fora do país, em Portugal. Já a filha mais nova, na cidade de Natividade-RJ. Convive com a esposa, que possui 64 anos de idade. Esta recebe, mensalmente, a renda de um salário-mínimo, proveniente de sua aposentadoria (INSS). Refere suporte familiar da esposa, no que se refere aos cuidados em saúde. Trabalhou muitos anos como porteiro, com vínculo formal de trabalho.

No momento da entrevista, o usuário estava aposentado (INSS), recebendo dois salários-mínimos, aproximadamente.

M. R. declarou que nunca fumou (tabaco) e nunca fez uso de bebidas alcoólicas. Contou que por conta de sua rotina de mais de 12 horas de trabalho, como porteiro de edifício, só buscava assistência médica quando sentia algum sinal de mal-estar. Trabalhava como porteiro em mais de um edifício e só descansava aos domingos. Não buscava o serviço de saúde com regularidade.

Oh, eu comecei, eu trabalhava 12 horas por dia, trabalhei dois expedientes. Então, até os 40... 45 anos, 46 anos, eu só ia no médico se eu não aguentasse. Eu saía uma hora de um e pegava uma hora no outro. Então a vida corrida (M. R., porteiro).

A partir dos 45 anos de idade, descobriu-se diabético e hipertenso, com isso, passou a frequentar com regularidade o serviço de saúde. Contou que realizava acompanhamento médico trimestral com um especialista em cardiologia e, outro, em endocrinologia. O acompanhamento realizado por esses médicos ocorria pela rede particular de saúde, através da contratação de plano de saúde, vinculado ao local de trabalho. Relatou que faz uso de medicamentos para controle da diabetes e da pressão arterial, prescritos pelos médicos.

Depois do processo de aposentadoria perdeu o plano de saúde. No momento da entrevista, disse que passou a fazer o acompanhamento médico por meio de atendimento particular, só que agora pagando pelo valor das consultas realizadas. Não faz acompanhamento pela rede pública de saúde.

Afirmou que, por conta de sua idade avançada, tem muito medo do diabetes. Dessa maneira, como forma de cuidar da sua saúde, procurava frequentar o médico com regularidade, tomar a medicação de forma correta, praticar exercícios físicos e se alimentar com qualidade. Chegou a comparar a preocupação com o diabetes ao adoecimento por câncer.

Porque a diabetes, praticamente é um câncer também, você sabe disso. Eu perdi meu irmão por causa da diabetes, por causa de ele ser teimoso. Não quis fazer o que tinha que fazer, morreu, mas graças a Deus eu sempre tive medo disso, por isso que eu sempre me controlo, procuro fazer uns exercícios e tal (M. R., porteiro).

Obteve o diagnóstico de melanoma em 2021, após o surgimento de uma *manchinha branca* na região do pé, que formava uma espécie de calo. Buscou assistência médica particular, por meio de uma clínica ortopédica, incentivado por uma de suas filhas.

É, depois de 2021 apareceu do lado aqui do calcanhar, na parte do tornozelo, apareceu uma manchinha branca, tipo uma carne que formou aquele calo, né? Aí minha filha: *papai, vai no médico*, aí eu fui. Chegou lá, até em São Gonçalo, uma clínica de ortopedia (M. R., porteiro).

O médico que realizou atendimento na clínica particular indicou a realização de uma biópsia, para que pudesse investigar melhor a lesão, mas o usuário não fez o procedimento. Como forma de tirar o calo, quando ia à praia, procurava raspar na areia, a fim de removê-lo ou diminuí-lo.

Lixar na areia, sempre que eu ia na areia eu fazia isso, aí do lado daquela manchinha branca apareceu tipo um calinho de sangue. Aquele troçozinho, aí todo dia colocava o tênis, caminhava 8, 9 quilômetros. Quando eu voltei da caminhada, eu tirei, apareceu uma manchinha na meia branca, falei: *pô, estourou*. Daí estourou, apareceu um negócio assim, para fora, tipo um carnegão para fora, assim, troço nojento, feio, aí que eu fui no médico (M. R., porteiro).

Depois de ter observado a piora dos sintomas, resolveu procurar, novamente, a assistência médica na rede particular de saúde. Realizou a biópsia, que segundo o usuário custou o valor de uma cirurgia completa para a remoção da lesão.

Aí o médico olhou, até fez uma coisa que eu não gostei, ele só cortou, só cortou e tirou um pedacinho para fazer a biópsia, me cobrou um preço de cirurgia que era particular (M. R., porteiro).

Como forma de justificar a frequência nos serviços de saúde de forma irregular, associou ao comportamento dos homens em geral, dizendo que as mulheres se preocupam mais com essa questão. Além disso, associou à dificuldade de recursos financeiros para buscar assistência na rede privada de saúde. Mostrou que não confia na assistência médica da rede pública, descredibilizando os serviços e a equipe de profissionais de saúde, em especial, na atenção básica.

Pra mim é a primeira questão que eu acho, falta de recurso. Aí a pessoa diz: *ah, mas tem a clínica da família*, vai lá, para você ver o que é, essas clínicas da família, essas UPAs aí. Você vai pra lá, às vezes você fica lá, você entra com uma doença e sai de lá com outra. É a realidade, às vezes até o remédio eles dão, não estão nem aí, estão querendo se livrar das pessoas. É a realidade, desculpa de eu tá falando isso para você (M. R., porteiro).

Após ter sido encaminhado ao HCII/INCA, através do SER, achou que não conseguiria ser atendido pela instituição e que iria morrer de câncer, antes de obter o tratamento devido. Em

dois meses, foi atendido pela atenção especializada do SUS e ficou bastante surpreso e satisfeito com o atendimento. Precisou fazer outra cirurgia para confirmação da biópsia, ao iniciar o atendimento no HCII/INCA.

Eu agradeço a Deus e aos médicos do INCA que eu ainda tô do jeito que estou (M. R., porteiro).

M. R. obteve a confirmação do diagnóstico de melanoma, em estadiamento avançado da doença. No momento da entrevista, estava realizando tratamento de imunoterapia e exames devido à suspeita de progressão da doença.

O impacto do adoecimento por câncer e do tratamento oncológico foi sentido pelo usuário, principalmente no que se refere às atividades de lazer, como por exemplo, as viagens com a esposa para sua casa de praia. Afirmou que, antes de descobrir o diagnóstico, gostava muito de viajar. Por conta da rotina de exames, consultas e tratamento oncológico não conseguia mais ficar muito tempo viajando. Disse que possuía planos de visitar a filha em Portugal, mas que teria de esperar o final do tratamento.

O problema é esse. Igual ir para praia, eu não posso dizer para um amigo: *oh antes do carnaval, eu vou passar o carnaval lá, vou voltar só daí a 20, 25 dias, daí chegar lá, não vou dar mais uma esticadinha*, aí você já tem uma consulta marcada aqui, aí você tem que vir, é isso que eu falo, que assumi um compromisso com isso (M. R., porteiro).

Para M. R., o significado do adoecimento por câncer surgiu associado a uma representação *dinâmica* da doença, que acompanha a *evolução da ciência e da tecnologia*, trazendo *novidades* e possibilidade de *cura*. Nesse sentido, o significado do câncer se opõe à representação de morte. O significado do tratamento oncológico apareceu associado a possibilidade de *vida*. A entrevista foi espontânea e objetiva, sem a necessidade de intervenções constantes para direcioná-la a seus objetivos.

J. E.

J. E. tem 68 anos de idade, natural da cidade do Rio de Janeiro-RJ, católico, possui o ensino fundamental incompleto, autodeclarado como pessoa parda e é casado. Reside com a esposa, dois filhos adultos e uma neta, em casa alugada, no bairro de Campo Grande, Rio de

Janeiro-RJ. O local de sua residência possui rede de saneamento básico. Acessa a unidade hospitalar por meio de transporte público rodoviário, possui a gratuidade no transporte por meio do Rio Card Sênior.

Casado há 30 anos, possui mais uma filha adulta, entretanto, sem contato familiar. Relatou que a filha faz uso de drogas ilícitas e não realiza acompanhamento médico. Sua esposa tem 69 anos, é do lar e recebe o BPC, no valor de um salário-mínimo. Os dois filhos adultos, que residem com o usuário, possuem o diagnóstico de esquizofrenia e, por conta da incapacidade para o trabalho, também recebem o BPC, no valor de um salário-mínimo para cada. Os filhos realizam acompanhamento médico pela Centro de Atenção Psicossocial, pela unidade saúde mais próxima de casa. Possui uma neta que, também, habita na sua residência. A mesma possui 17 anos, não estuda e está desempregada.

Relatou que não possui suporte familiar por parte da família, no que se refere aos cuidados em saúde. Eventualmente, conta com o apoio de um amigo e vizinho, que reside no mesmo bairro. Trabalhou muitos anos como pedreiro, sem vínculo formal de trabalho e sem renda fixa. No momento da entrevista, o usuário estava recebendo o BPC, no valor de um salário-mínimo. No entanto, reportou que seu benefício assistencial estava comprometido com empréstimos bancários. Precisou realizar obras de reparo em sua residência, devido aos danos ocasionados pelo período de chuvas e alagamentos.

Durante a infância e a adolescência, afirmou ter sofrido abuso e violência por parte de familiares. Com isso, chegou a permanecer em situação de rua durante determinado período de sua vida. A situação de conflito, abuso e violência familiar foi apontada como a principal dificuldade encontrada pelo usuário, no que se refere à possibilidade de exercer os cuidados com a própria saúde. Ressaltou que nunca sentiu mal-estar no corpo que o fizesse procurar assistência médica, antes do adoecimento por câncer.

Eu sofri muito na vida, sabe? Sofri muito na vida, fui muito escorraçado, já dormi na rua, entendeu? Sabe como é a família, né? Família, padrasto, minha mãe tinha que aceitar tudo que ele queria, entendeu? A vida foi um sofrimento, eu não tive, assim, tratamento nenhum em hospital, em clínica, esses negócios, eu nunca tive não, entendeu? Mas eu nunca senti também nada, nada assim, dor, algumas coisas (J. E., pedreiro).

Contou que nunca frequentou os serviços de saúde com regularidade, porque nunca teve problemas de saúde. Afirmou que não possui comorbidades relacionadas à hipertensão arterial e/ou diabetes.

Não, eu nunca senti nada, entendeu? Eu sempre fui do sol, obra, nunca senti nada (J. E., pedreiro).

Disse que faz uso de bebidas alcoólicas de maneira eventual. Parou de fumar produtos derivados do tabaco há um ano. O uso do tabaco esteve associado à alternativa para alívio de sofrimentos de ordem psíquica.

Bebida alcoólica eu bebia, mas muito pouco, só fumava cigarro para tentar distrair, entendeu? Do desgosto, do sofrimento que eu tava levando, entendeu? (J. E., pedreiro).

No decorrer da entrevista, o usuário relatou que se preocupa com o bem-estar de sua esposa e de seus filhos e que o fato de estar na unidade hospitalar, enquanto realiza exames e consultas, resultava em ter que deixar os filhos com a esposa, sozinha. Reportou que, por conta do adoecimento de ordem psíquica dos filhos (esquizofrênicos), eles já fugiram de casa e ficaram desaparecidos. J. E. teme pela segurança dos mesmos. Além disso, mostrou-se preocupado em manter o sustento financeiro da família.

Então tem que ter muita calma, né, porque é muita coisa, porque tem que ter comida para eles comer, eu mesmo nem ligo, eu me preocupo mais é com eles. Por exemplo, antes de eu vir pra cá eu tenho que arcar lá, com a casa, eu tenho que deixar tudo pago para eu ficar livre e deixar eles tranquilo, entendeu? (J. E., pedreiro).

Outros elementos que surgiram, no decorrer da entrevista, relacionados às dificuldades encontradas para o exercício do cuidado em saúde, foram a pobreza e a discriminação social. Nesse sentido, o usuário ressaltou que não fazia diferença para homens e mulheres, diante da pobreza e do preconceito, a dificuldade para buscar acesso à saúde. Ela seria igual para ambos os gêneros. O usuário contou que, ao sentir vários episódios de fortes dores de cabeça, buscou o posto de saúde e foi mal atendido, sentiu-se discriminado pela classe social que ocupava.

J. E. foi diagnosticado com melanoma no pé, em 2022. Os primeiros sintomas surgiram após o mesmo pisar em um pedaço de ferro cortante, que feriu a região do seu calcanhar. Relatou que quando chegou em casa fez a higienização do local ferido com álcool. No decorrer dos dias, percebeu que a ferida não cicatrizava e apresentava evolução das dores.

Durante três anos, o machucado no pé não cicatrizava. Nesse período, J. E. buscou, por diversas vezes, os serviços públicos de saúde para limpeza e curativo do pé. Relatou que o

machucado apresentou miíase⁸³. Apenas quando chegou ao HCII/INCA obteve o diagnóstico de melanoma. Disse que foi inserido na fila do SER, pela clínica da família.

Após ter recebido o diagnóstico, relatou uma tristeza profunda. A doença apareceu representada à possibilidade de risco de morte iminente.

O que ele representa? A destruição. A destruição, não só pra mim, como para todos que têm (J. E., pedreiro).

Disse que, com relação ao tratamento oncológico, não sabia responder o que representava em sua vida, pois não estava realizando. Cabe destacar que o caso de J. E. foi o mais atípico de todos entre os entrevistados. O usuário não estava comparecendo às consultas no HCII/INCA, havia deixado o tratamento oncológico e as consultas para controle e acompanhamento da lesão. Após inúmeras tentativas de contato telefônico com o usuário sem sucesso, consegui contato com um amigo do usuário. Este comunicou o usuário sobre a necessidade de comparecimento ao HCII/INCA, para a possibilidade reavaliação médica e obter informações sobre a participação neste estudo.

Logo após este último contato, J. E. compareceu à unidade hospitalar. Sendo assim, realizei o convite para a participação do usuário na entrevista e solicitei que o mesmo pudesse agendar uma nova consulta com o médico oncologista, a fim de reavaliar seu estado clínico. Assim sendo, J. E. precisou passar por novos exames, até a conclusão de que necessitaria da realização de um novo procedimento cirúrgico para a amputação do pé, pois estava com o estadiamento da doença bastante avançado.

Após a realização da cirurgia, o mesmo seria encaminhado para a unidade do INCA, destinada aos cuidados paliativos (Hospital do Câncer IV). A entrevista foi realizada de forma espontânea, marcada pela tristeza profunda do usuário, ao lidar com sua história de vida pessoal, marcada pela pobreza e pela violência. O câncer pareceu o menor dos problemas, diante de tantas histórias pessoais de abandono.

O material produzido por meio das entrevistas evidenciou que as experiências e as representações sociais sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico dos usuários do sexo masculino matriculados pela TOC/HCII, entre os anos de 2021 e 20221, estiveram divididas e ordenadas em diferentes momentos.

⁸³ Doença produzida pela infestação de larvas de moscas em pele ou outros tecidos do organismo.

Dessa maneira, até a ocasião em que as entrevistas foram realizadas, foi possível identificar três situações importantes a serem analisadas nas narrativas dos usuários. Sendo assim, destaco a fase anterior ao diagnóstico da doença, a descoberta do câncer e, por fim, a etapa de realização do tratamento oncológico.

Apesar da singularidade das experiências e das representações dos entrevistados sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico, surgiram pontos de intersecção que revelaram aspectos comuns em suas vivências. Na próxima seção irei descrever as experiências e as representações compartilhadas pelos usuários do sexo masculino matriculados na clínica do TOC/HCII, entre os anos de 2021 e 2022, respeitando as unidades de significado identificadas durante a análise das entrevistas. Para uma melhor organização e clareza do texto, as narrativas dos usuários entrevistados foram agrupadas por temas recorrentes.

5.2 A RELAÇÃO DOS HOMENS COM OS CUIDADOS EM SAÚDE

Ao analisar as entrevistas dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022 foi possível observar um conjunto de vivências compartilhadas, no que se refere à presença de uma relação de distanciamento com os serviços e práticas de saúde, em especial, na fase anterior ao diagnóstico do câncer.

Neste estudo, o debate promovido sobre a temática associada à saúde dos homens parte de uma construção histórica dos gêneros, com base no acúmulo de conhecimentos científicos produzidos. Sendo assim, foi possível compreender que as mulheres, ao longo do processo de socialização, foram culturalmente sensibilizadas a se manterem próximas aos cuidados com a saúde, de modo que, atualmente, o maior envolvimento delas com os aspectos de prevenção e cuidado ainda é reconhecido como algo espontâneo de sua natureza (Costa Júnior, 2010).

Em contrapartida, a construção social das masculinidades e os atributos a ela relacionados produzem sujeitos que tendem a evitar a procura pelos serviços de saúde. Nesse sentido, os homens procuram não se expor e/ou mostrar suas fragilidades, muitas vezes dificultando a identificação real dos sintomas e do diagnóstico. Gomes, Nascimento e Araújo (2007) analisaram as explicações de homens sobre a pouca procura por serviços de saúde

preventiva. Os resultados revelaram que eles possuem dificuldades em expor as partes íntimas do corpo e verbalizar suas próprias fragilidades em relação à saúde.

Entre os usuários entrevistados neste estudo, identifiquei que a maioria relatou não frequentar, com certa regularidade, os serviços de saúde. Nessa direção, não foi possível identificar a realização de práticas e/ou experiências de cuidado com a saúde, voltadas para a promoção e prevenção de possíveis agravos de saúde e/ou enfermidades. Além disso, a busca pelos serviços de saúde ocorria, tanto na rede privada como na rede pública, somente quando eles percebiam algum sintoma de mal-estar no corpo, que os incapacitasse de exercer suas próprias atividades.

As afirmações apontadas, acima, podem ser constatadas através da narrativa de T. A., o mesmo afirmou que *corria de médico*, para não precisar realizar exames clínicos, fazer acompanhamento médico ou ter que tomar alguma medicação contínua. Ainda, de acordo com G. H., que relatou:

[...] esquentava muito pouco, não ligava muito não, sabe? Esquentava muito com a saúde não, depois que eu comecei a ficar um pouco doente que eu já comecei a me cuidar (G. H., ferroviário).

Segundo Toneli, Souza e Muller (2010) é muito importante conhecer as explicações presentes nos discursos masculinos sobre a procura pelos serviços de saúde e suas representações, podendo ser um ponto de partida para a proposta de mudanças efetivas nesses serviços. Os estudos realizados por Gomes (2008) apontaram que a população masculina geralmente procura os serviços de saúde somente em casos de constatação de sintomas e/ou doenças aparentes e, ainda, em estágio avançado do adoecimento.

Mesmo com a implementação de estratégias que buscam a mobilização dos homens para o envolvimento em ações de prevenção e promoção da saúde, é possível observar a predominância da maior utilização por esse público dos serviços de urgência e emergência. Quando os homens já não mais podem gerenciar os sintomas do adoecimento de forma solitária, buscam os serviços de saúde de maneira tardia, reduzindo as possibilidades de cura, tratamento e reabilitação (Medrado *et al*, 2009).

A masculinidade hegemônica apresenta como ideal a imagem de homens ativos, fortes e bem-dotados fisicamente. Esse modelo, ao recusar a vulnerabilidade, reduz a procura masculina por serviços preventivos, aumenta a mortalidade e dificulta que esses homens se sintam acolhidos pelos serviços de saúde (Machin *et al*, 2011; Gomes, 2008).

Assim sendo, a maior parte dos usuários entrevistados declarou não manter uma relação próxima de cuidado com a própria saúde. Afirmaram que buscavam a assistência médica apenas no aparecimento de algum sintoma ou dor no corpo. Como forma de exercer o cuidado em saúde, os usuários entrevistados afirmaram que procuravam manter uma rotina de prática de atividades físicas e ter uma boa alimentação.

No estudo de Mendonça, Menandro e Trindade (2011), realizado com o objetivo de investigar as experiências e as representações sociais sobre as práticas de saúde dos homens nas universidades, foi possível inferir que a noção de bem-estar do corpo, somada ao consumo de alimentos saudáveis e à prática de atividades físicas, constituíram o núcleo central das representações desses sujeitos acerca da saúde. Além disso, também se constatou que a percepção de alguma alteração na rotina diária do funcionamento do corpo estava relacionada aos principais motivos apontados por esses sujeitos para a busca de assistência à saúde.

No grupo de usuários entrevistados, apenas M. R. relatou possuir comorbidades de saúde associadas ao diabetes e à hipertensão arterial. No entanto, cabe destacar que os usuários analisados relataram nunca frequentar os serviços de saúde a fim de obter avaliação médica a respeito. E. C. descobriu que possui glaucoma após perder parte considerável da visão e, no momento da entrevista, não estava realizando acompanhamento médico oftalmológico. Já T. A. descobriu o diagnóstico de Aids no mesmo período em que obteve o diagnóstico do câncer, após passar por uma fase sintomática aguda associada às respectivas doenças crônicas.

Assim como no perfil geral dos usuários do sexo masculino matriculados pela TOC/HCII no período de 2021 e 2022, entre os usuários entrevistados neste estudo foi possível constatar que o consumo de produtos derivados do tabaco não representou um fator de risco preponderante associado ao aparecimento do câncer. Poucos usuários afirmaram já ter feito uso de cigarros e a maior parte declarou ser ex-tabagista.

J. E. disse que fazia uso do tabaco *para esquecer os problemas do dia a dia* (J. E., pedreiro). Apenas L. S. afirmou já ter feito *uso de maconha*, mas que *parou de consumir após ter sido diagnosticado com a doença* (L. S., lava-jato de automóveis). Já o consumo de bebidas alcoólicas apareceu em quase todas as entrevistas analisadas, mesmo que de forma eventual, aos finais de semana.

De acordo com os usuários do sexo masculino entrevistados, a busca por serviços e profissionais de saúde ocorria, somente, diante da constatação de algum sintoma de mal-estar, que os incomodasse na realização das atividades rotineiras e, até mesmo, na realização das atividades referentes ao trabalho remunerado. Nesse sentido, pude constatar nas narrativas

diversos episódios de automedicação, envolvendo, muitas vezes, o uso de medicamentos controlados por receita médica. Assim sendo, a ausência de mal-estar físico parecia refletir a percepção de que o cuidado com a saúde não era prioritário, quando comparado a outras atividades e responsabilidades cotidianas.

Na narrativa dos entrevistados, foram identificados alguns elementos que justificaram parte das dificuldades associadas à ausência da frequência com regularidade nos serviços de saúde e/ou demora pela busca de atendimento médico. O motivo relacionado à *intensa rotina de trabalho remunerado* foi o mais predominante na fala dos entrevistados. Em seguida, apareceram elementos relacionados ao *comportamento machista* dos homens na sociedade e, por fim, a *organização dos atendimentos oferecidos pelos serviços de saúde locais*, principalmente os serviços da APS – porta de entrada para os demais níveis de atenção à saúde no SUS.

Ao mesmo tempo que o trabalho assume um lugar importante na construção da identidade masculina dos usuários entrevistados, ele também é apontado como um elemento limitador para o acesso e para a utilização dos serviços de saúde com regularidade, dificultando a relação de cuidados com a própria saúde. Nesse sentido, as relações de trabalho com vínculos informais, os contratos de trabalho temporários e precários, a carga horária extensa de atividades, o medo do desemprego e da possibilidade de não conseguir prover o sustento próprio e/ou de sua família podem representar uma ameaça ao autocuidado e à saúde dos homens.

De acordo com Medrado *et al* (2009), o trabalho e o medo de descobrir que algo não vai bem com o funcionamento de seu próprio corpo também pode configurar em fatores importantes que dificultam e, em alguns casos, podem impedir que os homens estejam envolvidos em práticas de prevenção e promoção.

No sistema de reprodução capitalista, onde cabem aos homens, situados na divisão sexual do trabalho, a vida pública, o trabalho e o sustento do lar, a possibilidade de perda da atividade remunerada pode resultar na desvalorização social, fazendo com que estes ocupem um lugar marginalizado na sociedade. Sendo assim, justifica-se a necessidade de afastamento dos cuidados com a saúde, em prol da manutenção de seus vínculos com o trabalho remunerado.

De acordo com Dázio *et al* (2009), estando os homens imersos em uma sociedade capitalista e consumista e, considerando-se a importância do trabalho na constituição da identidade masculina ocidental, a perda do trabalho favorece o sentimento de subtração da masculinidade, além de contribuir para o isolamento e para a marginalização social.

Por outro lado, os usuários que mantiveram vínculos de trabalho remunerado, com carteira de trabalho assinada e/ou com algum outro tipo de vínculo formal, relataram uma relação mais próxima com os cuidados de sua saúde. Isso porque as empresas exigiam exames médicos periódicos e controlavam a carteira de vacinação desses usuários. Além disso, algumas empresas possibilitavam o benefício do plano de saúde, vinculado ao trabalho exercido pelos mesmos.

Cabe destacar que, no caso de adoecimento e da necessidade de afastamento para tratamento de saúde, as pessoas com vínculo formal de trabalho e/ou contribuintes do INSS possuem a garantia do recebimento de benefícios por incapacidade laborativa (temporária ou permanente) e pensão por morte, assegurando, assim, sua sobrevivência e de seus familiares.

Além da dimensão do trabalho remunerado, foi possível identificar nas narrativas dos usuários os elementos associados à organização social dos gêneros e à cultura machista. Dessa maneira, os usuários entrevistados atribuíram a ausência e/ou limitação do cuidado com a própria saúde ao *machismo enraizado na sociedade* (R. R., carteiro), que levava os homens a se preocuparem menos com a saúde, quando comparados às mulheres. No caso de T. A., foi possível constatar que o mesmo, também, atribuiu a demora na busca pelo serviço de saúde ao *comportamento machista do homem* (T. A., cabelereiro).

Para Gomes (2008) e Schraiber (2005), os modelos de masculinidade hegemônica e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar e manter os homens distantes das preocupações com o autocuidado e a busca pelos serviços de saúde. Contudo, esses autores problematizaram o fato de que a *não presença* dos homens nos serviços de saúde pode estar atrelada a uma suposta ausência, ou até mesmo, a um não reconhecimento de suas singularidades. Dessa maneira, a *não presença* pode ser interpretada como uma invisibilidade não dos sujeitos/usuários do sexo masculino e sim das políticas de saúde em reconhecê-los e, portanto, incorporá-los como protagonistas de suas ações.

Nos estudos realizados por Figueiredo (2008) foi possível identificar algumas dificuldades e limitações que os serviços e os profissionais de saúde apresentaram para lidar com as características e demandas da população masculina. Na percepção de alguns profissionais, os homens foram vistos como pessoas arreadas e como sujeitos vitimizados pela vulnerabilidade. Cabe destacar que as dificuldades por parte dos homens em procurar os serviços de saúde, somadas aos entraves institucionais, possuem em comum as bases relacionais que se conformam a partir das construções sociais de gênero. Dessa maneira, produzem a

invisibilidade ou a não presença masculina no campo da saúde, bem como uma parcialidade na assistência proposta pelas políticas de atenção à saúde do homem.

No que se refere ao atendimento nos serviços de saúde da atenção básica, foi possível perceber na fala dos usuários entrevistados que a forma como esses serviços se organizam e se estruturam para atendê-los também pode representar uma dificuldade para o acesso à saúde. Entre os obstáculos mencionados, pode-se identificar a dificuldade para agendamento de consultas e exames, a demora para a realização dos atendimentos ambulatoriais, a ausência de profissionais de saúde específicos para a realização das consultas, a qualidade ruim dos atendimentos e do acolhimento por parte da equipe profissional, a pouca resolutividade dos serviços e a baixa disponibilidade de medicamentos.

Nesse sentido, pode-se observar na narrativa de J. O. a ausência do acolhimento ao usuário e a angústia sofrida para a realização do procedimento de biópsia, que confirmou, posteriormente, o diagnóstico do melanoma. Seus relatos foram marcados por episódios de medo e tensão.

Vi tudo, vi a cirurgia toda, sofri, mas eu tremia de tanto frio, preso assim, tremia. Eu pedia cobertor, sentindo aquele cheiro, né, do bisturi e sentindo os toques, né, você não sente a dor, você sente o toque, o cara em cima de você, com a perna pra cima, aberto assim, e eu suando. Eu sofri muito, aquilo me deu um trauma, hoje eu não gosto de passar lá no hospital em frente, eu não gosto (J. O., porteiro).

Nessa direção, pode-se afirmar que o distanciamento dos homens das ações de saúde e das práticas de cuidado não se restringe somente aos aspectos culturais de sua socialização. A maneira pela qual os serviços de saúde encontram-se estruturados e os modos de pensar, sentir e agir dos gestores e profissionais de saúde que atuam nesses espaços também podem contribuir de forma significativa para menor adesão e continuidade dos homens às práticas assistenciais ofertadas (Modena *et al*, 2013).

Os serviços e as estratégias de saúde pública desenvolvidos no país – centros de saúde ou unidades básicas - concentram-se majoritariamente em ações voltadas para o atendimento das necessidades de crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. De acordo com Mendes-Gonçalves (1994), esses serviços foram criados no modelo de educação sanitária que sucedeu as campanhas de saúde pública brasileira e se relacionaram às próprias origens de uma medicina preventiva no interior da assistência à saúde, com ações de higiene da mãe no pré-natal e da criança na puericultura. Sendo assim, embora seja destinada a toda população, a APS se identificou, em um determinado momento histórico, ao espaço assistencial voltado às mulheres.

Nesse sentido, a elaboração da PNAISH (2009), por meio do Ministério da Saúde, desempenhou um importante avanço para a saúde dos homens, uma vez que reconheceu a necessidade de discutir e promover o cuidado entre a população masculina, por meio da organização dos serviços da APS (Silva Júnior *et al*, 2022). A baixa adesão dos homens aos serviços na APS repercute na qualidade de vida dos usuários, elevando os índices de morbimortalidade, bem como sobrecarregando os serviços de média e alta complexidades. Além disso, traz ainda mais sofrimento para os homens e suas famílias.

Entre aqueles usuários entrevistados que afirmaram utilizar o atendimento prestado pela APS no aparecimento de algum sintoma de mal-estar, foi possível identificar um elemento facilitador para a rápida realização da assistência à saúde. Esse elemento foi marcado pelo conhecimento e estabelecimento de relações sociais próximas dos usuários entrevistados, com pessoas e/ou profissionais de saúde influentes e/ou que trabalham nesses locais. Nessa direção, os entrevistados afirmaram que a utilização dos serviços de saúde na atenção básica era uma tarefa difícil.

[...] se você depender hoje dessas clínicas de família, dependendo da doença, você vai morrer e não vai ser atendido, dependendo da doença, dependendo do exame que você vai fazer, uma ressonância, uma tomografia (M. R., porteiro).

Na rede pública falaram que era afta, entendeu? Não resolveram nada! Tive que pagar um estomatologista na rede privada (A. N., pedreiro).

Diante da possibilidade do não atendimento na atenção básica à saúde, os usuários entrevistados relataram buscar a rede de atenção privada, para realização de exames, biópsias, atendimento médico e alívio dos sintomas de dores, inchaços, entre outros agravos percebidos no corpo. Reportaram que, por diversas vezes, precisaram pagar valores altos para a realização de exames diagnósticos e consultas médicas, a fim de obterem um atendimento rápido e resolutivo. Nesse cenário, destacaram-se as contratações de planos de saúde e pagamento por consultas com preços populares, por parte dos usuários entrevistados.

Consulta social que chama, ele atende até na Beneficência Portuguesa, mas atende por consulta social, uma consulta mais barata, como se fosse particular, mas barato. Marquei logo e daí é fácil de conseguir assim, na consulta social (J. O., porteiro).

Cabe destacar aqui a importância das implicações dos marcadores sociais relacionados ao gênero na intersecção com os elementos de raça/etnia e classe social. É sabido que, geralmente, o homem é criado para ser forte e resistente, não sendo a preocupação com sua

saúde uma prioridade, já que esta é uma característica exclusivamente feminina. No entanto, quando necessário, os mesmos procuram o atendimento mais prático e rápido possível. Sob esse aspecto, existem outras questões que repercutem na relação dos homens com a saúde e que merecem ser problematizadas, visto que as condições de saúde, entre os sujeitos sociais, não são homogêneas.

Os sujeitos sociais sofrem as influências de pertencerem a uma determinada raça/etnia e/ou classe social, que lhes possibilitam certa posição social e acesso a bens e serviços de forma desigual. No Brasil, a saúde dos homens negros e pobres é pior que a dos homens brancos. Assim sendo, as desigualdades sociais decorrentes do gênero são ainda maiores entre a população negra, impactando nos piores indicadores associados ao perfil de morbidade e mortalidade no campo da saúde (Bispo *et al*, 2015).

A narrativa de J. E. – pessoa idosa, pedreiro, autodeclarado como pardo, com pouco nível de escolaridade e beneficiário de programas da política de assistência social - é bastante significativa para exemplificar esse aspecto. Entre os relatos de episódios de pobreza, discriminação, violência e abandono afetivo e social, o surgimento do adoecimento por câncer e a demora pela busca dos serviços de saúde configuraram as menores de suas inquietações.

Notou-se que a preocupação de J. E. com a sobrevivência de sua família, em condições dignas de habitação e higiene, bem como a manutenção do bem-estar físico e mental de seus familiares, apresentaram-se como prioridade. Sendo assim, foi possível notar que não foi só o marcador de gênero que se apresentou como elemento de impacto na sua relação com a saúde, mas sim, a intersecção deste aspecto com outros marcadores sociais da diferença, relacionados à raça/etnia, geração e classe social.

Na próxima sessão deste capítulo, serão apresentadas as narrativas dos usuários sobre a trajetória do aparecimento dos primeiros sintomas do adoecimento por câncer, bem como sobre os aspectos que envolveram a decisão de procurar a assistência médica por meio dos serviços de saúde. Destaco que as trajetórias individuais dos usuários entrevistados foram marcadas, principalmente, pela demora na busca do atendimento médico, pelo suporte familiar/social das mulheres (mães, filha e /ou cônjuges), em meio a peregrinação pelos serviços de saúde privados e públicos em busca de um diagnóstico.

5.3 A FASE ANTERIOR AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

Ao entrevistar os usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022 sobre suas experiências na fase anterior ao diagnóstico do câncer, foram revelados dados e informações acerca das suas atividades diárias, o aparecimento dos primeiros sintomas, a busca pelo atendimento nos serviços de saúde, o início do adoecimento e as emoções vivenciadas.

Antes do aparecimento dos primeiros sintomas associados ao diagnóstico por câncer, foi possível observar que os usuários desenvolviam suas atividades de forma ativa e independente, tanto aquelas relacionadas ao trabalho remunerado, bem como aquelas relacionadas ao cotidiano da vida doméstica. Nesse sentido, relataram desempenhar atividades físicas (caminhadas, futebol, boxe), estudar, viajar com a família, sair com os amigos(as), além de realizarem planos e projetos de vida para o futuro.

Entre os 14 usuários entrevistados, todos relataram que apresentaram algum sintoma no momento anterior ao diagnóstico por câncer. Conforme apontado na seção anterior deste capítulo, somente a partir da percepção desses sintomas foi que decidiram abrir mão de suas rotinas e buscar assistência médica. Cabe destacar que, na maioria dos casos, os sintomas apresentados manifestaram-se no corpo de forma grave, ao ponto de incapacitá-los para a realização de atividades do cotidiano, como por exemplo, dificuldade para andar.

Entre os principais sintomas apresentados, alguns usuários referiram o aparecimento de lesões e/ou feridas em determinadas regiões do corpo, como por exemplo, na boca, no ânus e no pé. Outros usuários mencionaram o aparecimento de nódulos na região do joelho, antebraço e perna. Além disso, os sintomas relacionados aos osteossarcomas manifestaram-se com a presença de fortes dores nos ossos. Já com relação aos usuários diagnosticados com melanoma, muitos relataram o aparecimento de manchas espalhadas pelo corpo, como na barriga e no pé.

Sendo assim, foi possível perceber que para os homens entrevistados o sinal de que algo grave estava acontecendo se materializou quando irromperam sinais de alerta não contornáveis, culminando com a transformação daquela perturbação no corpo em um fato extraordinário, que necessitava de maior atenção por parte deles. Nesse sentido, foram relatados episódios de desmaios, dificuldade para andar, fortes dores, incapacidade para o trabalho remunerado,

ausência de cicatrização das feridas, sangramento, entre outros sintomas característicos do adoecimento por câncer.

Entre os usuários entrevistados, foi possível constatar que a manifestação dos sintomas provocados pelo adoecimento por câncer foi apresentada aos médicos e aos serviços de saúde somente quando não houve outra possibilidade para a continuidade de suas atividades. Com exceção de quatro usuários entrevistados, o menor tempo para a procura dos serviços de saúde, após o aparecimento dos primeiros sintomas do câncer, foi de aproximadamente três meses. Já o maior tempo encontrado para o usuário buscar o serviço de saúde especializado, após o aparecimento do primeiro sintoma, foi de aproximadamente três anos. De acordo com Loyola (1994), as pressões da vida cotidiana, particularmente as pressões econômicas, tornam muito difícil o abandono do trabalho remunerado e das tarefas cotidianas, dificultando a busca por assistência médica e a realização do autocuidado.

Foi a partir da percepção da gravidade dos sintomas que os usuários entrevistados iniciaram suas trajetórias em busca de atendimento para a saúde. Tais trajetórias foram marcadas, principalmente, pela falta de cuidados e assistência à saúde de maneira preventiva, pouca e/ou nenhuma utilização da rede de APS, assim como pela peregrinação nos serviços de saúde da rede pública e/ou privada, pela longa espera e dificuldade para a realização de exames clínicos e obtenção do diagnóstico médico.

Segundo Dázio *et al* (2009), o adiamento pela busca dos serviços de saúde pelos usuários do sexo masculino é justificado pelo medo de descobrir que algo vai mal e, sobretudo, pelo receio às possíveis mudanças acarretadas tanto pelo adoecimento quanto pela necessidade de tratamento. Entre elas, destacaram-se a tensão emocional, incapacidade para o trabalho, problemas socioeconômicos e ainda a preocupação com a manutenção do sustento e da proteção da família. A busca por atendimento de saúde encontra-se marcada pelo uso de estratégias de automedicação e tentativas de autorresolução dos sintomas, revelando a dificuldade de vinculação dos homens aos serviços de saúde e a associação do adoecimento e das ações de cuidado ao âmbito do feminino, tornando a adesão ao tratamento um grande desafio.

No que se refere ao suporte e aos cuidados de saúde dos usuários entrevistados, foi possível perceber o importante papel desempenhado pelas mulheres, no tocante ao apoio emocional e prático na assistência aos homens durante todas as fases do adoecimento. Dessa maneira, constatou-se a presença das mulheres – sejam elas mães, filhas e/ou irmãs - no suporte aos cuidados da saúde desses usuários, desde o surgimento dos primeiros sintomas, busca pelo

atendimento em saúde, realização do tratamento oncológico e acompanhamento no controle da doença - em fase posterior ao tratamento realizado por eles.

De acordo com M. S., foi sua mãe quem o acompanhou durante a fase de aparecimento dos primeiros sintomas de *incômodo no joelho* e quem continuava, até o momento da realização da entrevista, a prestar suporte na continuidade do tratamento oncológico. Na narrativa de E. C., o suporte ao cuidado com sua saúde advinha da esposa. Devido ao diagnóstico de glaucoma e do câncer, relatou:

Ela que faz tudo. Porque eu com a visão, não posso fazer nada (E. C., metalúrgico).

Segundo G. H., após um episódio de desmaio em casa, foi com a esposa buscar assistência médica no posto de saúde mais próximo de sua residência.

Foi que minha esposa, minha filha também, né, ficava, aí eu peguei, aí então, tá, vou procurar e minha filha também fala pode procurar um médico, pai (G. H., ferroviário).

Dessa maneira, ressalto neste estudo a importância da influência exercida pelas mulheres junto aos usuários entrevistados na hora de procurarem os serviços médicos. Diante da gravidade dos sintomas/doenças, a figura feminina representou o lugar de cuidado e proteção ao compartilhar os problemas de saúde. A interferência das mulheres no comportamento masculino já foi apontada por Schraiber, Gomes e Couto (2005) ao afirmarem ser comum que homens casados dependam de suas mulheres nos cuidados com a saúde. Nesse sentido, no estudo desenvolvido pelos autores mencionados, o casamento caracterizou-se como um fator de proteção a riscos e agravos da saúde para os homens.

Por outro lado, geralmente essas mulheres são extremamente sobrecarregadas pelas atividades domésticas – incluindo o cuidado da família -, por serem delas, tradicionalmente, [...] *que se espera a renúncia das conquistas no campo do trabalho e da cidadania social, pois se presume que o foco central de suas preocupações continua sendo a casa, enquanto o do homem ainda é o local de trabalho* (Pereira, 2008, p. 39).

No estudo aqui desenvolvido, os dados apresentados corroboraram com as análises de Schraiber, Gomes e Couto (2005), no que se refere à proteção da saúde do homem e a relação com a situação conjugal dos mesmos. Sendo assim, foram constatadas diferenças significativas, ao analisar os dados relacionados ao perfil de morbidade e mortalidade dos usuários do sexo masculino matriculados na clínica do TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022. Nesse sentido,

foi possível notar o aumento do número de óbitos entre os homens que adoeceram por câncer e estavam solteiros, na comparação com os homens casados. Na direção contrária, percebeu-se uma quantidade elevada de homens sobreviventes ao câncer com estado civil casado, na comparação com os homens solteiros.

Ao procurar os serviços de saúde, despertou a atenção o fato de que a maioria dos usuários entrevistados recorreu ao atendimento na rede privada de assistência à saúde, mesmo diante de poucos recursos financeiros. Esse dado complementa a informação associada ao fato de que muitos deles apresentavam críticas ao atendimento e à organização dos serviços ofertados pela APS.

Dessa maneira, o caminho em busca do diagnóstico para os sintomas percebidos foi marcado pela realização de inúmeros exames clínicos, procedimentos para biópsias e consultas médicas custeados com recursos financeiros próprios e/ou com a ajuda de amigos e familiares. Cabe destacar, aqui, a necessidade de uma rápida resposta por parte dos usuários diante dos graves sintomas percebidos e ainda não diagnosticados. Nesse cenário, destacaram-se os planos de saúde, consultas e exames ofertados pela rede privada a preços populares.

T. A. relatou que realizou seu atendimento por meio de consultas e exames particulares, com preços mais acessíveis ao seu orçamento.

Então, doutora, eu tive a facilidade, porque eu não sei se a senhora conhece, existe agora o Cartão de Todos. Uma clínica que dá desconto nas consultas, desconto nos exames, então, eu pagava 30 reais. Então, assim, pago 29 por mês e quando eu vou lá fazer a consulta, eu pago 35, entendeu? Se for um médico clínico geral é 25. Então, tipo assim ir pra lá e ser atendido rápido, uma facilidade melhor do que ir para o posto passar o dia inteiro lá, eu achei melhor (T. A., cabelereiro).

Mesmo os usuários entrevistados tendo buscado, inicialmente, os serviços de saúde na rede privada para obtenção do diagnóstico, todos relataram que foram encaminhados ao SER, posteriormente, para continuidade do tratamento ou, até mesmo, para a confirmação do diagnóstico de câncer. Nesse sentido, aqueles usuários que recorreram à rede privada para atendimento, após o diagnóstico do adoecimento por câncer foram referenciados para os serviços de atendimento à saúde local, na rede pública - APS.

O motivo principal do encaminhamento da equipe de saúde da rede privada à rede pública de assistência, através da atenção primária - clínica da família, posto de saúde ou centro municipal de saúde - ou da atenção secundária, por meio dos hospitais estaduais e federais,

esteve atrelado ao elevado custo financeiro para os usuários, relacionado ao atendimento na atenção em saúde de alta complexidade, ou rede de atenção terciária.

Ao postergarem a busca de atendimento nos serviços de saúde, foi possível identificar que muitos usuários possuíam o estadiamento dos sintomas e o sinal da doença em grau avançado. Tendo em vista o modelo de masculinidade hegemônica, pautado na força física e na invulnerabilidade, ao se depararem com a facticidade do adoecimento, é recorrente que os homens usufruam dos mecanismos de defesa, como por exemplo, a negação do seu estado real de saúde, fuga, fantasia e racionalização.

O conjunto dessas atitudes favoreceram, também, o diagnóstico tardio - marcado pela percepção dos sintomas já em condição grave e pela procura dos serviços de saúde em estado avançado de adoecimento. Dessa forma, as possibilidades de tratamento, reabilitação e cura ficaram mais reduzidas. Estudos semelhantes, apontados na literatura internacional, afirmaram que os aspectos de gênero e os sentidos atribuídos ao ser homem, ainda hoje, contribuem para as barreiras de acesso dos pacientes oncológicos aos serviços de saúde (White *et al*, 2010).

Como consequência do estadiamento avançado da doença, os usuários entrevistados foram submetidos a uma rotina de tratamentos dolorosos e invasivos. Entre eles, destacaram-se as sessões de quimioterapia e radioterapia, além dos procedimentos cirúrgicos para desarticulação/amputação de membros (inferiores ou superiores).

Face ao diagnóstico de câncer, alguns homens expressaram o sentimento de culpa e/ou arrependimento por não terem realizado exames de prevenção à saúde, como o caso de R. C., que afirmou que por conta da rotina de trabalho:

[...] não tinha tempo pra nada. Isso é relaxamento, né, porque tem que sobrar um tempo para se cuidar (R. C., comerciante).

Notou-se que, embora os homens tenham consciência da importância da prevenção em saúde, a obrigatoriedade de demonstração de força e poder socialmente construída não dá ao homem o direito de revelar suas vulnerabilidades, já que o modelo imposto é de um ser potente, indestrutível, não sendo permitido chorar ou entrar em contato com a suas emoções, nem expressar seus medos ou ansiedades (Gomes *et al*, 2011; Viana *et al*, 2015).

A análise da etapa que antecedeu ao diagnóstico por câncer nos usuários entrevistados permitiu constatar que a *dimensão do trabalho* foi o motivo predominante, na amostra estudada, pela busca tardia ao serviço de saúde. Além disso, predominou a concepção curativa da saúde,

de não valorização de aspectos relacionados à prevenção, visto que os usuários afirmaram buscar assistência médica, apenas, após o agravamento da situação/doença, que os impossibilitassem no desempenho da rotina relacionada ao trabalho remunerado.

As percepções sobre a saúde e o autocuidado se mostraram associadas à prática de hábitos saudáveis e exercícios físicos, em substituição aos atendimentos nos serviços de saúde. Assim, a compreensão de saúde foi interpretada como a ausência de doenças e prática de autocuidado, fundamentada na divisão sexual do trabalho, manifestando-se por papéis rígidos e diferentes para homens e mulheres. Nesse sentido, a mulher esteve relacionada à dimensão privada e do cuidado. Já os homens, à dimensão pública, desempenho do trabalho e o sustento da família.

Na próxima sessão, procurei identificar as impressões e as emoções vivenciadas, por parte dos usuários entrevistados, ao receberem o diagnóstico do câncer e iniciarem os primeiros tratamentos oncológicos no HCII/INCA. Procurei analisar, a partir do contexto social no qual os mesmos estiveram inseridos, os principais impactos advindos de uma nova rotina, marcada por tratamentos dolorosos e invasivos e que, muitas vezes, provocaram alterações significativas não só no corpo, mas também, na autoimagem destes usuários.

5.4 O ENCONTRO COM O ADOECIMENTO POR CÂNCER

Quanto a descoberta do câncer, quatro usuários relataram terem sido diagnosticados pela porta de entrada do SUS, ou seja, a APS. Os demais obtiveram o diagnóstico do câncer através de exames clínicos e atendimentos médicos na rede privada de assistência à saúde. No entanto, após o diagnóstico da doença, todos os usuários entrevistados foram encaminhados à rede de atenção de alta complexidade no SUS, por meio do SER.

Entre os homens entrevistados neste estudo, constatou-se que o tipo de câncer mais incidente foi o melanoma. No total, sete usuários foram diagnosticados com essa doença. Além disso, quatro usuários descobriram o diagnóstico de sarcoma, dois revelaram o câncer nos ossos (osteossarcoma) e apenas um usuário obteve o diagnóstico de tumor desmóide.

Embora sob o abalo emocional e físico da notícia da doença, ao receberem o atendimento da equipe de saúde no HCII/INCA, todos relataram que passaram a se sentir mais seguros com relação ao atendimento médico e mais confiantes quanto ao início do tratamento

oncológico nesse Instituto. Destacaram, ainda, o reconhecimento e a valorização social do INCA, enquanto centro especializado de saúde e referência no tratamento oncológico no país. Esse dado também diz muito sobre a trajetória de busca pelo atendimento na atenção básica, marcado, principalmente, pelo desgaste e longa espera pelas consultas, exames e procedimentos. No caso desses usuários, muitos tiveram que arcar financeiramente com os custos para a obtenção do diagnóstico.

Aqui é excelente, é ótimo, melhor do que aqui não tem. Essa semana, pessoal falando que não sei quem foi fazer um tratamento de câncer em um hospital estadual, *caramba, tá esperando vir o resultado não sei quanto tempo, o resultado não vem...* reclamando, a mulher falando com a outra, *o resultado não vem, lá é uma droga!* Eu, cá comigo, eu tenho tudo na mão, tudo bonitinho (E. C., metalúrgico).

Sempre fui muito bem atendido, então não tive, assim, problemas aqui [...] só no início da quimioterapia foi um pouco difícil porque tinha uma confusão de horário. Mas aí, graças a Deus, depois disso tudo melhorou, não tive mais essas coisas, chego aqui no horário certo, se tem alguma alteração elas me ligam, entendeu? Agora está tudo no caminho certo (T.A., cabelereiro).

Foi possível constatar que houve o predomínio do estadiamento avançado da doença entre os usuários entrevistados. Contudo, inicialmente, não foi possível identificar a informação do estadiamento do câncer através dos dados do RHC/HCII (2023) de nove usuários. Somente após a realização das entrevistas e análise das narrativas destes sujeitos observou-se o estadiamento avançado do câncer na totalidade da amostra. Além disso, o tipo de tratamento aos quais foram submetidos também diz muito sobre o estado grave da doença.

Os tipos de terapia disponíveis para tratamento oncológico dos tumores do TOC incluem cirurgia isolada ou combinada com radioterapia para casos diagnosticados precocemente, ou radioterapia e/ou quimioterapia para casos mais avançados. O retardo do diagnóstico tem como consequência tratamentos mais agressivos, menos efetivos e com maiores efeitos secundários, que provocam maior comprometimento na vida dos usuários. Entre os homens entrevistados, nove realizaram tratamento combinado de quimioterapia, radioterapia e imunoterapia. Apenas dois usuários realizaram o tratamento exclusivo de cirurgia.

O acometimento da saúde simboliza o despertar para o processo de ansiedade e medo nas pessoas (Muniz, 2008). Tal fato também foi observado nos discursos dos homens deste estudo. Nas narrativas de J. O. e J. E. foi possível apreender que receber o diagnóstico de câncer é extremamente impactante e remete a algo gravíssimo. Percebeu-se que, no primeiro momento,

a compreensão sobre o real estado de saúde apresentou-se como algo bastante negativo e como uma possibilidade iminente de morte.

No início, principalmente, fiquei bem apavorado, caí em depressão, ainda uso medicamento de depressão (J. O., porteiro).

Oh minha filha, eu, quando recebi esse lance aí, entendeu? Uma tristeza dentro de mim, né, uma tristeza invadindo dentro de mim, entendeu? (J. E., pedreiro).

Foi feito os exames e aí constatou que eu tava com câncer. Aí, naquele dia já me matou, né, um pedaço (R. C., comerciante).

Para Muniz (2008), o câncer traz consigo significações diversas, entre elas, a desordem, o castigo e a relação com a morte. Nessa direção, Silva (2005) e Rey (2006) referem que o diagnóstico do câncer é visto na sociedade como uma situação indesejada e não esperada. Além das dificuldades para o tratamento da doença, os usuários do sexo masculino entrevistados passaram a conviver com inúmeras mudanças. Notei que o encontro com a enfermidade gerou tristeza profunda, estresse e angústia, pois, em diversas situações, representou o medo de morrer, abandono de planos para o futuro, mudanças físicas, psíquicas e sociais, além de preocupações financeiras com o sustento da própria família.

Tendo em mente que o adoecimento é considerado um sinal de fraqueza para os homens e que eles não reconhecem essa situação como um processo inerente à sua própria condição biológica, o enfrentamento do diagnóstico por câncer pode representar um processo ainda mais difícil de ser superado pelos entrevistados. Além disso, o distanciamento dos serviços de saúde, somado ao afastamento da possibilidade de ficarem doentes, faz com que os homens se sintam invulneráveis, então, deparar-se com uma situação de adoecimento pode desencadear uma série de sentimentos negativos.

Também se observou que, com o passar do tempo, os indivíduos foram aceitando pouco a pouco o dano crônico que os acometia, passando a vê-lo não mais como um castigo e, sim, como uma provação que veio para os fortalecer. Com o tempo, os sujeitos conseguiram se reintegrar e buscar no apoio da família, dos(as) amigos(as) e demais pessoas com quem convivem, força para o tratamento oncológico. No momento do encontro dos usuários com a aceitação da enfermidade podem surgir ressignificações ao processo de adoecer e, como isso, a compreensão do adoecimento como momento que faz parte da vida, avistando, a partir disso, novas possibilidades (Molina; Marcon, 2006).

Nesse sentido, quando A. N. foi questionado sobre o início do tratamento oncológico revelou que ficou bastante entristecido. Já no momento da entrevista, seguia mais tranquilo, em especial no tocante às expectativas e quanto à realização do tratamento oncológico.

Ah só isso mesmo, fiquei mais deprimido um pouco, mas agora, graças a Deus, o tratamento tá tudo bem, ocorrendo tudo bem, entendeu? (A. N., pedreiro).

No decorrer das entrevistas realizadas, percebi os impactos do adoecimento por câncer entre os usuários entrevistados, nos mais variados espaços, seja no espaço do próprio corpo físico, seja no espaço da vida doméstica e/ou social. Nesse aspecto, cabe destacar que os marcadores sociais de geração associados ao gênero foram fundamentais para compreender os impactos diferenciados que o adoecimento por câncer pode provocar na vida dos homens adultos - em fase produtiva para o trabalho – e para os homens considerados idosos – ou seja, a partir dos 60 anos de idade.

Na população masculina jovem e adulta, os usuários entrevistados enfatizaram os impactos do adoecimento no corpo físico de maneira mais evidente. Entre as principais mudanças encontradas, verifiquei a perda de peso, alopecia, sonolência, fraqueza e limitação para o exercício de atividades rotineiras.

Não, eu tava sem cabelo, aí eu não gostava de ir para a rua não. Tinha vergonha. Sei lá, eu chego nos lugares e os outros ficam olhando para a minha cara (L. S, lava-jato de automóveis).

Mudou que eu não posso jogar bola e minhas pernas ficam muito fracas, eu não consigo subir um degrau com essa perna direita, por causa da primeira metástase (M. A., comerciante).

Devido a essa debilitação na perna, eu não consigo fazer as coisas que eu fazia no cotidiano (J. S., pedreiro).

As mudanças corporais denunciaram a nova situação de enfermidade, da qual todos trataram de se preservar. Nos casos em que o corpo se torna estranho e passa a limitar suas atividades diárias e suas relações anteriores é que alguns autores (Charmaz, 1983; Bury, 1982) apontam as consequências subjetivas do adoecimento, os significados construídos e as reestruturações constantes da identidade.

Charmaz (1983) analisa os efeitos disruptivos do adoecimento crônico que, quando levados ao extremo, são responsáveis por provocar a *perda do self*. O sofrimento provocado por uma doença crônica grave pode provocar a perda do eu nessas pessoas, que observam suas

antigas autoimagens desmoronando. Como resultado de suas doenças, esses indivíduos podem sofrer levando vidas restritas, experimentando isolamento social, sendo desacreditados e sobrecarregando os outros. Sendo assim, a separação entre a doença e a individualidade é precária (Bury, 1982).

No geral, os discursos dos usuários entrevistados expressaram como as mudanças físicas influenciaram no bem-estar social e psicológico. Foi possível constatar como as alterações ocorridas na autoimagem e na força física representaram uma preocupação, após o diagnóstico de câncer. Além disso, em um dos relatos mencionados, evidenciou-se como as mudanças físicas, no segundo momento, podem desencadear o processo de isolamento social.

Um desânimo porque, a cada dor eu perdia a vontade de ficar saindo de casa, eu quase não saía de casa mais, eu só saio para ou quando vai ter algum evento, assim, com um amigo que é muito, como se fala? Muito importante, ou então, quando é para eu ir para a aula na faculdade ou consulta. Mas tipo, eu não saio mais de casa, assim para dar volta, passear, aí dá meio que um desânimo nisso (M. S., estudante).

No processo de enfrentamento dos tratamentos, como estratégia de gerenciamento do adoecimento se apresenta um isolamento de grande parte das relações sociais e das atividades diárias, que ocorre pela necessidade sentida ou exigida devido aos efeitos do tratamento ou para evitar imagens negativas e estigmatizadas de si mesmo.

Em decorrência do adoecimento por câncer e por não corresponderem aos atributos de força e virilidade associados à imagem obtida como *ideal* para os homens na sociedade, notei que os usuários entrevistados buscaram como alternativa o processo de isolamento social, que em alguns casos desencadearam quadros depressivos. Assim sendo, pode-se dizer que as mudanças físicas provocadas pelo adoecimento por câncer e pelo tratamento oncológico repercutem negativamente em diversos aspectos sociais e emocionais, capazes de alterar o cotidiano dos indivíduos.

Nesse sentido, acredita-se que os homens, muitas vezes, sentem-se pressionados pela construção social acerca da masculinidade que reforça o estereótipo que o homem precisa ser forte, viril, corajoso e, por sua vez, estes acabam por adotar postura de isolamento da sociedade por não conseguirem corresponder às expectativas e aos papéis atribuídos ao ser masculino.

No entanto, entre as diversas e profundas modificações vivenciadas pelos usuários jovens e adultos associadas aos hábitos e à rotina de vida deles, pode-se constatar que as alterações advindas do afastamento (permanente ou temporário) do mundo do trabalho

predominaram nas narrativas analisadas. Por sua vez, essas transformações também impactaram de forma significativa, provocando quadros de humor entristecido e/ou depressivo.

Ah eu gostava muito de trabalhar, era muito agitado, não parava, os filhos, a mulher brigava comigo... porque era um homem muito trabalhador, muito, muito (R. C., comerciante).

O trabalho tá pouco, porque eu tenho esse problema no pulmão e não posso pegar muita poeira (A. N., pedreiro).

Por causa da linfadenectomia eu não posso pegar peso aqui e eu trabalho em bar, pego caixa de cerveja (M. A., comerciante).

No que se refere aos usuários entrevistados acometidos pelo câncer e compreendidos na faixa etária jovem e adulta, pode-se constatar que a repercussão do diagnóstico e do tratamento oncológico marcaram suas relações e vida social. No caso de J. B., o mesmo relatou que sentiu muito o impacto do adoecimento em sua relação conjugal. Além disso, em decorrência da cirurgia para amputação da perna, tornou-se PCD. No momento da entrevista, J. B. tinha 26 anos e estava casado.

[...] da primeira vez ela foi bem forte, me ajudou muito, muito. Da segunda, ela sempre me ajudou na verdade, nesse processo todo ela sempre teve muito presente me ajudando, só que as forças dela foram se esgotando (J. B., fotógrafo).

O diagnóstico de câncer afeta tanto o paciente quanto sua família. A descoberta do câncer é compartilhada com os familiares, acarretando mudanças na estrutura familiar e afetando, em maior ou menor grau, todos os componentes desse núcleo. A presença de familiares e amigos(as) no decorrer do tratamento constitui uma rede de apoio emocional e afetivo que pode auxiliar no processo de tomada de decisão, sendo fundamental para encorajar e incentivar os sujeitos a se manterem confiantes frente ao tratamento (Girardon-Perlini *et al*, 2016).

Na amostra analisada, a realização do tratamento, a convivência com a doença e as percepções sobre o adoecimento desencadearam dois tipos de processos. De um lado, pode-se constatar o fortalecimento dos laços com os familiares e com as pessoas que ofereceram apoio durante o adoecimento dos usuários entrevistados. Porém, por outro lado, pode-se constatar rupturas nas relações de amizade e familiares, como por exemplo, nos relacionamentos amorosos.

Os usuários do sexo masculino entrevistados neste estudo, além de incorporarem ao seu cotidiano as mudanças sociais e psicológicas, vivenciaram uma série de modificações de ordem física no corpo. No entanto, cinco usuários passaram por alterações ainda mais radicais e abruptas, como por exemplo, a realização de procedimento cirúrgico para amputação/desarticulação dos membros do corpo (inferiores ou superiores).

Isso ocorre porque, no caso dos usuários acometidos por tumores no TOC, existe grande possibilidade da realização de cirurgias que podem resultar na desarticulação/amputação dos membros, como estratégias de tratamento oncológico. Dessa forma, o principal objetivo consiste na eliminação da possibilidade de recidivas da doença e/ou aparecimento de metástases pelo corpo.

Entre os principais impactos sofridos pelo processo de diagnóstico e tratamento realizado em decorrência do adoecimento por câncer, os usuários entrevistados que sofreram mutilações pelo corpo mencionaram a limitação para atividades relacionadas à profissão/ocupação, atividades físicas e a dependência de terceiros para a realização de atividades diárias, como por exemplo, o exercício do autocuidado.

Acho que a própria deficiência é uma limitação nesse momento, né, acho que não a deficiência em si, mas o processo, né, de cirurgia, tratamento, mas a deficiência não. Isso de certa forma me limita, mas por outro lado me faz querer cuidar, sabe? Toda essa doença me faz hoje entender que ficar parado não dá, entendeu? (J. B, fotógrafo).

Pelo fato de eu ter só uma perna, hoje, as coisas para fazer física, esse negócio, fica mais difícil, mas eu procuro fazer, né (R. C., comerciante).

A autonomia para a realização de atividades cotidianas proporciona a sensação de bem-estar para a pessoa que vivencia o adoecimento por câncer, mas nem sempre ela é preservada no tratamento oncológico. Nesse sentido, torna-se fundamental que a rede de apoio, familiares e/ou amigos(as) e os serviços de saúde, contribua para a promoção da autonomia e para o desenvolvimento de novas habilidades, de modo a fortalecer a autoestima e estimular uma vida ativa dentro das possibilidades de cada pessoa.

As entrevistas ratificaram que a associação do câncer com a deficiência física impactou fortemente no trabalho e na renda dos usuários, em especial, nos segmentos menos favorecidos da população, impondo um processo de pauperização contínua, no qual se destacou a precarização das relações e condições de trabalho (Carvalho, 2008). Isso posto, constatou-se

que o surgimento da deficiência pode levar à piora da condição social e econômica, incluindo o impacto adverso sobre o trabalho remunerado, a renda e maiores despesas com o tratamento.

Os usuários entrevistados compreendidos na faixa etária a partir dos 60 anos de idade citaram as repercussões advindas do adoecimento por câncer e do tratamento oncológico de maneira menos impactante e agressiva, que o relato dos usuários mais jovens. Dessa forma, os usuários com mais de 60 anos de idade mencionaram alterações na rotina associadas à necessidade de adoção de hábitos alimentares saudáveis, uso contínuo de medicamentos, maior frequência a consultas médicas e dependência de terceiros para a realização de suas atividades. No entanto, três usuários reportaram não identificar os efeitos do adoecimento, afirmando que nada havia mudado em suas rotinas.

De acordo com Montagner e Montagner (2011), na etapa do tratamento as perdas são o que mais marcam e descrevem a vida das pessoas acometidas por câncer. Ao longo do tratamento, convive-se com perdas para as quais não há compensações. A perda não é somente pelas alterações na autoimagem, é, mais ainda, conviver com o afastamento de muitos familiares, cônjuges, amigos(as), o adiamento de sonhos e projetos de vida. Assim sendo, no período de tratamento oncológico a vida parece ficar em suspensão.

O próprio tempo gasto entre as idas e vindas à unidade hospitalar para a realização de consultas, exames e tratamentos pode ser visto como uma perda ou como um isolamento. Isso porque essa experiência por si só separa a pessoa doente das outras, também porque o tratamento é restrito ao hospital, ao lar e concentra a atenção da pessoa doente em si mesma. Sendo assim, as pessoas com doenças crônicas tendem a sentir muita solidão, e a própria experiência da solidão é uma experiência de sofrimento (Charmaz, 1983).

Outro aspecto que chamou atenção na realização do tratamento oncológico esteve relacionado ao tempo de deslocamento do local de origem até o HCII/INCA. Dois usuários, residentes em Municípios distantes da unidade hospitalar, relataram que chegavam a gastar mais de cinco horas nos deslocamentos. Além dos impactos no corpo físico adoecido, foi possível identificar a repercussão em outras atividades do dia a dia, como por exemplo, nas relacionadas ao trabalho remunerado. A narrativa de J. O., sobre sua experiência de deslocamento do seu domicílio até o HCII/INCA, por meio do TFD, para a realização de consultas e demais tratamentos oncológicos, exemplifica bem esse fato.

Saio daqui quatro horas, chego oito ou nove da noite em Campos. Chego cinco da manhã aqui, cinco e pouca da manhã, saio uma hora da madrugada de Campos, quer dizer, eu não durmo. Eu saí de casa hoje meia-noite e pouca, para ir pro local que sai

a condução, que é um micro-ônibus, né. Saio de casa meia noite e pouca, eles marcam meia noite e trinta lá, mas sai uma hora da manhã. Aí, toda vez é muito cansativo pra mim, ainda mais depois dessa cirurgia que incha a perna (J. O., porteiro).

Ao abordar discussões acerca do câncer, torna-se fundamental remeter à questão da acessibilidade, principalmente quando se reconhece que certas privações de mobilidade são consequências da pobreza e da desigualdade social. O termo acessibilidade começou a ser utilizado nas últimas décadas no país com muita frequência, em assuntos de reabilitação, saúde, educação, transporte e mercado de trabalho.

Todavia, cabe ressaltar que, hoje, a acessibilidade não se restringe, somente, ao aspecto geográfico, mas diz respeito a todas as pessoas, sobretudo àquelas que não possuem acesso ou apresentam restrições de acesso às infraestruturas urbanas, no sistema viário e no transporte público. Entretanto, a acessibilidade pode ser representada por barreiras físicas, sociais e econômicas que, em geral, atingem de forma mais contundente a população pobre e menos protegida socialmente (Brandt, 2013)

Neste estudo, percebeu-se que os homens exerciam diversas atividades cotidianas, bem como papéis sociais antes do surgimento da doença. Com a descoberta e o tratamento do câncer, o contexto sociocultural foi modificado, levando-os a ressignificações sobre as prioridades na vida. Diante das emoções vivenciadas pelo diagnóstico do câncer e os relatos dos sentimentos de tristeza e quadros de depressão, nenhum usuário apontou a necessidade de avaliação médica e/ou psicológica para um possível acompanhamento profissional de sua saúde mental.

Dessa maneira, evidenciou-se a necessidade da criação de espaços, nos serviços e instituições de saúde, que possibilitem a elaboração de medos e angústias pelo público masculino, sobretudo, a inclusão das intervenções psicossociais no tratamento desses homens. Da mesma forma, enfatiza-se a importância do reconhecimento das subjetividades masculinas durante o processo de cuidado em saúde, garantindo, assim, o atendimento à integralidade e a efetivação da PNAISH.

Na sessão a seguir, serão apresentadas as experiências e as representações que os usuários do sexo masculino narraram sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico.

5.5 A VIVÊNCIA DO ADOECER E DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A tarefa de identificar as representações sociais acerca do adoecimento por câncer e do tratamento oncológico entre os usuários do sexo masculino entrevistados não foi uma questão simples. Ao depararem-se com uma pesquisadora do sexo feminino e serem questionados sobre suas experiências, emoções e fragilidades frente ao adoecimento por câncer, muitos usuários entrevistados apresentaram limitações para verbalizar o que, de fato, significava o câncer e o tratamento oncológico no seu dia a dia. Mesmo assim, tais representações foram reconhecidas, de maneira subentendida nas narrativas analisadas e, até mesmo, na manifestação do silêncio por parte de alguns usuários entrevistados.

No decorrer das entrevistas realizadas com estes usuários, foi possível identificar alguns aspectos que interferiram na relação dos mesmos com a entrevistadora. Tais aspectos podem estar relacionados ao comportamento social masculino, marcado pela dificuldade e/ou incapacidade de demonstrar fragilidade, vulnerabilidade e suas emoções para a sociedade em geral e, em especial, para as mulheres. De acordo com Figueiredo (2008), a demonstração de fragilidade ainda pode sugerir a ideia de feminização associada aos cuidados em saúde.

No que se refere às experiências e às representações sociais sobre *o adoecimento por câncer* mencionadas pelos usuários entrevistados, foi possível perceber uma diversidade de significados relacionados à doença. Em geral, houve o predomínio da representação associada ao termo *doença*. Nesse sentido, foram encontradas classificações como *doença comum*, *doença traiçoeira*, *doença emocional e psicológica*.

A definição de *doença comum* representou uma forma de naturalizar e amenizar os danos físicos e emocionais, decorrentes do processo de adoecimento por câncer. A *doença traiçoeira* esteve associada ao surgimento silencioso dos sintomas iniciais do adoecimento, que culminaram em estratégias radicais para o tratamento oncológico, como por exemplo, a amputação do membro inferior do usuário. Já a *doença emocional e psicológica* esteve representada no imaginário como causa do desenvolvimento do câncer, em decorrência da dificuldade do usuário em lidar com as emoções e sentimentos.

Dessa maneira, o termo *doença*, sendo o mais prontamente evocado, traz consigo sentimento de tristeza e uma parcela de sofrimento por causa da condição de enfermo em que os usuários se encontravam e das limitações resultantes da doença, mudando sua rotina, carregando consigo um expressivo estigma.

Para Goffman (1980), o termo estigma é usado em referência a um atributo depreciativo que leva ao descrédito. O indivíduo portador do estigma possui um atributo diferente do que a maioria das pessoas havia previsto. Apesar de toda a evolução tecnológica e das novas formas de tratamento oncológico, o estigma do câncer imprime sua marca na cultura e, ainda hoje, a cristalização desse estigma, repleto de representações negativas, parece não se dissolver.

Não foi encontrada nas narrativas dos usuários a associação direta do adoecimento por câncer à morte. Porém, dois usuários expressaram a relação com a doença de maneira bastante negativa, utilizando termos como *ruim* e *destruição*, a fim de representar o adoecimento por câncer. Pode-se constatar que a utilização desses termos esteve ancorada em uma dimensão representacional avaliativa de enfrentamento do adoecimento por câncer, marcada por sintomas orgânicos de dor e pelos aspectos psicossociais de sofrimento e preocupação.

Por outro lado, apesar de alguns usuários entrevistados associarem o câncer a palavras de cunho negativo, três homens compartilharam representações mais positivas da doença. De acordo com R. R., o câncer estava associado a uma possibilidade de desenvolver mais *aprendizados com o seu corpo e com sua saúde*. Nesta mesma direção, E. C. compartilhou sua concepção de adoecimento à percepção de *mais cuidado e atenção com o corpo*. Já para T. A., o câncer representava uma *nova vida*.

Dessa maneira, foi possível identificar que a partir da convivência com o diagnóstico do adoecimento por câncer, esses homens traçaram comparações com a relação que mantinham com a saúde na fase anterior ao diagnóstico, marcada pelo distanciamento dos serviços de saúde, materializando novas possibilidades de cuidar e perceber a saúde e o funcionamento do próprio organismo. Apesar de considerarem o câncer uma doença grave e temida, também foi possível observar, na fala de um entrevistado, considerações que rompem com esses modos de pensar a doença, relacionando-a com a *evolução da ciência e da tecnologia*, ao passo que podem fornecer terapias mais efetivas e menos dolorosas e/ou invasivas. Nessa direção, um usuário também compartilhou na sua narrativa a representação da doença associada à *cura*.

Os usuários entrevistados também destacaram o caráter sobrenatural e místico do câncer, revelando-o uma doença originada de acordo com os desejos e interesses de Deus. Nesse aspecto, surgiram falas atribuindo ao câncer uma série de crenças e significados, envoltos em mistificações de ordem sobrenatural, sendo percebido ora como um castigo divino, ora como uma sentença de morte.

Depois eu fui vendo, exame, exame, tive que tirar uma perna, aí foi uma queda maior ainda, agora tô aí na mão de Deus e dos médicos para ver se duro mais um tempo (R. C., comerciante).

Os termos *cura* e *Deus* abarcaram tanto o transcendente quanto as expectativas de futuro dos usuários entrevistados, evidenciando-se uma dimensão prática das representações para além do patológico que o diagnóstico proporciona. A presença dos elementos *esperança* e *fé* remetem a uma ação prática humana, que reforça ainda mais a relação com o transcendente. Costa *et al* (2016) destacaram que o paradigma biopsicossocial-espiritual vem se consolidando cada vez mais na visão integrativa do sujeito, em especial, como alternativa no modo de ser e adoecer, para que se compreenda as dimensões as quais lhe constituem, sejam elas físicas, sociais, culturais e/ou psicológicas.

No decorrer da realização das entrevistas, os usuários se destacaram no que se refere a pouca ou quase nenhuma compreensão a respeito do diagnóstico e do tratamento oncológico. Por sua vez, os mesmos referenciaram a mãe e/ou companheira como as responsáveis pelos cuidados com a sua saúde e pela condução e acompanhamento do tratamento oncológico. Aqui, pode-se constatar que a necessidade do cuidado com a saúde dos homens esteve relacionada a uma demanda por parte de mulheres, distante do cotidiano masculino.

Na narrativa dos usuários entrevistados, constatou-se que o câncer apresentou forte estigma social. Dessa maneira, evidenciaram-se elementos da representação social, aqui apresentada por meio das palavras *depressão*, *tristeza* e *sofrimento*. A incerteza sobre o futuro, o medo e a ansiedade relacionada à cura, os efeitos e as possíveis mutilações decorrentes do tratamento estiveram no pensamento de quem convive com a doença. De acordo com Medrado *et al* (2018) existem muitas dúvidas que envolvem os potenciais efeitos colaterais da terapêutica, além do desgaste físico, emocional e econômico, entre outros, que alteram substancialmente a qualidade de vida da pessoa com câncer.

Devido às repercussões causadas pelo recebimento do diagnóstico, manifestaram-se os sentimentos de tristeza e sofrimento neste estudo, em virtude das mudanças que a doença causa nos aspectos físico e emocional, além das atividades diárias e da rotina desses pacientes. Além disso, o adoecimento por câncer ocasionou mudanças de papéis dentro do núcleo familiar, indignação, não aceitação e raiva acerca do próprio diagnóstico.

Nessa direção, reconhece-se a importância da formação de profissionais para a realização de más notícias. Juntamente a isso, a equipe multidisciplinar deve se mostrar presente desde a comunicação do diagnóstico por meio de acolhimento, escuta qualificada, cessação de

dúvidas e inclusão dos usuários em seu cuidado, explicando os procedimentos aos quais estes serão submetidos, sempre pautados em conhecimentos científicos, enfatizando que cada ser humano é único e cada pessoa possui uma experiência individualizada.

Por sua vez, o *tratamento oncológico* esteve representado pelos usuários como etapa a ser vivenciada, diante do diagnóstico de adoecimento por câncer. Houve o predomínio de noções associadas a uma visão positiva do tratamento realizado. Nesse sentido, os usuários relataram que o mesmo representava uma *etapa fundamental* ao processo de *cura*. Além disso, compartilharam que o tratamento representava o *suporte* e o *apoio necessários* para o enfrentamento dessa etapa de adoecimento, como por exemplo, o *suporte das dores sentidas no corpo*.

Despertou atenção, ainda, a associação entre os tratamentos oncológicos realizados pelos usuários entrevistados à possibilidade de *cura*, bem como à expectativa de *vida e convivência familiar*. Nesse sentido, destaco a narrativa de R. C. que afirmou que apesar do seu tratamento também estar associado a *perdas e sofrimentos*, enfatizou a possibilidade que ele trouxe de poder *estar em meio a família e acompanhar o crescimento dos netos*.

Assim como o adoecimento por câncer, o tratamento oncológico também esteve representado no imaginário dos usuários associado ao *progresso da ciência e da tecnologia* em busca da *cura*. Pode-se constatar, ainda, que os entrevistados relataram a percepção de *poucos efeitos colaterais* advindos do tratamento oncológico. Sendo assim, classificaram essa etapa de tratamento como *boa e ótima*, porém, bastante *cansativa*.

Constatou-se que um usuário relatou que o tratamento oncológico representava *a pior fase de sua vida*, demonstrando, assim, os aspectos negativos da etapa de seu tratamento. Além disso, dois usuários não souberam afirmar, de maneira direta, o que o tratamento oncológico representava na sua vida. Notou-se, nesses casos, certa dificuldade de verbalizar aspectos relacionados ao autoconhecimento do corpo, bem como a incapacidade de falar sobre suas emoções e sentimentos.

De maneira mais abrangente, para os homens entrevistados o tratamento oncológico representou muito mais que a oportunidade de prolongamento da vida, era uma nova chance de viver e realizar projetos de vida não realizados até então, um novo tempo para se redescobrir. Nesse novo *recomeçar*, a esperança e a fé de vencer os obstáculos do câncer se fizeram presentes. Da mesma forma, certos aspectos do cotidiano, antes não valorizados, passaram a ter uma maior apreciação. Bens materiais cederam lugar aos imateriais, como a companhia dos amigos(as), o apoio da família, uma conversa, uma viagem, um momento com os(as) filhos(as).

Os impactos gerados pelo diagnóstico do câncer atingem várias dimensões dos sujeitos sociais. Para mais além dos fatores relacionados às causas dos tumores malignos, a interação dos processos orgânicos, psicológicos e sociais pode afetar nos prognósticos, como na adesão ou não ao tratamento, na sobrevivência e na qualidade de vida dos pacientes.

Nesse sentido, o conhecimento na área da saúde há muito reconhece os fatores socioculturais como multideterminantes nos processos de produção associados ao cuidado na população masculina. Dessa maneira, evidencia-se a necessidade de ampliar as discussões sobre a saúde do homem, a fim de abarcar a complexidade da intersecção entre os marcadores de gênero, raça/etnia, classe social, geração e os efeitos que as desigualdades produzidas trazem para as condições de vida e saúde dos homens.

Nas análises sobre as representações sociais do câncer, mencionadas neste estudo, constatou-se que para além da categoria gênero, outros aspectos relacionados à raça/etnia, renda, ocupação/profissão e nível de escolaridade falaram a respeito da relação de uma determinada classe social com seus cuidados em saúde. Para Barata (2009), a classe social representa uma antiga referência para explicar e compreender as desigualdades sociais que se estabelecem no campo da saúde/doença/cuidado.

Desde o século XIX, as condições sociais e econômicas oriundas do sistema de reprodução capitalista industrial têm mobilizado a investigação, por parte de intelectuais e investigadores(as), sobre a produção de desigualdades em saúde, a partir das condições estruturais e conjunturais da realidade social. Nessa perspectiva, o modelo de explicação da determinação social do processo saúde-doença é um exemplo de abordagem na qual se enfatiza o modo de vida (material e simbólico), tal como as expressões das características sociais de produção, distribuição, consumo e acesso a bens e serviços na sociedade (Barata, 2009).

Sendo assim, a fim de compreender as experiências e as representações sociais do adoecimento por câncer e do tratamento oncológico, a dimensão da classe social junto ao gênero foram de extrema relevância para o estudo das desigualdades em saúde. Isso implicou dizer que o fato de os homens não buscarem o serviço de saúde não pode ser justificado apenas pelo fato de serem homens, foi preciso levar em consideração outros marcadores sociais importantes para o estudo das desigualdades em saúde, dentre eles, as classes sociais.

De acordo com Barros (1986), o conceito de classe social está relacionado aos grupos de pessoas que diferem umas das outras pelo lugar ocupado no sistema de produção social capitalista, marcado pela relação com os meios de produção, por seu papel na organização do trabalho e, por consequência, pelas dimensões e métodos de acessar a riqueza social. A

identificação das classes em uma formação social implica conhecer o modo de produção hegemônico, tais como a distribuição de renda, a escolaridade, o acesso a bens culturais, o gênero e, além disso, o momento histórico no qual os sujeitos estão inseridos.

Sendo assim, os marcadores sociais de gênero, geração, raça/etnia constituíram categorias fundamentais neste estudo, que possibilitaram analisar desfechos diferenciados para a trajetória de adoecimento por câncer e tratamentos oncológicos vivenciados pelos usuários. Como construções sociais, configuraram o espaço de socialização e impactaram no acesso e no uso dos serviços de saúde, na medida em que se pode constatar o leque diferenciado de relações de poder e posição social.

Os fatores como o grau de escolaridade, classe social, ocupação/profissão, também estiveram relacionados com a menor utilização masculina dos serviços de saúde. Sendo assim, o fato de ser homem e pertencer a uma classe social desfavorecida economicamente, possuir poucos anos de escolaridade, estar empregado no setor informal da economia e ser o responsável pelo sustento da família podem representar condições que impactam no menor acesso ao cuidado e atenção à saúde por parte desses sujeitos.

6 CONCLUSÕES

Esta tese realizou uma investigação sobre o tema saúde do homem e das masculinidades, a fim de conhecer as experiências e as representações sociais masculinas sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico. Tendo em mente, os elevados índices de morbidade e mortalidade por câncer entre os homens, compreendo que as mudanças ocasionadas pelo processo de adoecimento têm repercussões na vida dos sujeitos de forma singular. No entanto, o adoecimento por câncer é uma experiência social, principalmente no que se refere às dinâmicas das classes sociais, à organização social dos gêneros, os processos e condições de trabalho remunerado, bem como à maneira pelo qual estes sujeitos acessam aos serviços e políticas sociais, dentre elas, a saúde.

O estudo apontou que os tumores do TOC acometeram e mataram em maior número a população masculina matriculada no HCII/INCA, no período compreendido entre os anos de 2021 e 2022, na comparação com as mulheres matriculadas no mesmo período e na mesma instituição. O perfil dos homens matriculados no TOC/HCII entre os anos 2021 e 2022 foi composto por homens na faixa etária de 65-74 anos de idade, autodeclarados como pertencentes à raça/etnia branca, casados, com baixa escolaridade (ensino fundamental completo ou incompleto), nascidos na cidade do Rio de Janeiro-RJ e domiciliados na região do Grande Rio.

Houve o predomínio de homens inseridos em profissões/ocupações de baixa valorização social, vínculo trabalhista e remuneração salarial precária, como por exemplo, a atividade desempenhada por pedreiros de obras civis. Além disso, estas profissões/ocupações foram caracterizadas pelo risco de exposição a fatores que contribuem para o surgimento do câncer, dentre eles, a alta exposição à radiação solar sem a devida proteção.

O tipo de câncer que mais acometeu esta população foi o melanoma, sendo a cirurgia oncológica a técnica mais empregada no tratamento do câncer. A maior parte dos usuários adentraram à unidade hospitalar com o estadiamento avançado da doença e não obtiveram a cura para o câncer como o desfecho do primeiro tratamento oncológico realizado na instituição.

Mesmo a população branca sendo maioria na amostra geral investigada, constatou-se maior impacto no número de mortes entre a população negra. Além disso, na fase mais grave da doença foi possível perceber o predomínio de usuários do sexo masculino com baixa escolaridade.

Outro aspecto que se destacou neste estudo, na comparação entre os usuários que foram à óbito por câncer e aqueles que sobreviveram ao adoecimento, esteve relacionado ao estado civil e ao nível de escolaridade. Os usuários com maiores níveis educacionais e casados no estado civil obtiveram as melhores respostas frente ao adoecimento por câncer e ao tratamento oncológico proposto. Estes dados corroboraram com os estudos analisados, que o apontaram o casamento e o nível educacional dos homens como fatores de proteção e maior aproximação dos mesmos com os aspectos relacionados aos cuidados da saúde.

Cabe destacar aqui, a importância do debate na sociedade para que haja o fortalecimento da igualdade de gênero, assim como a ampliação de políticas que possibilitem licença para cuidado de familiares. A possibilidade de afastamento, diante do adoecimento de pessoa da família, sem comprometimento para as relações de trabalho é determinante para perspectiva do cuidado sem redução da renda familiar.

O consumo de bebida alcoólica se mostrou significativo entre os homens com o estadiamento mais avançado da doença. Já o consumo do tabaco, não obteve o mesmo impacto no que se refere ao estadiamento da doença. Nesse sentido, pode-se constatar a necessidade de investimentos em campanhas de conscientização sobre o consumo de bebidas alcoólicas na população masculina, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida.

Entre os homens que foram entrevistados pelo estudo, pode-se constatar que os mesmos acompanharam o desenho do perfil geral dos usuários do sexo masculino matriculados no TOC/HCII entre os anos de 2021 e 2022, com à exceção do quesito raça/etnia. Nesse sentido, entre os usuários entrevistados, houve o predomínio de homens compreendidos na faixa etária de 65-74 anos idade, casados, com baixa escolaridade, nascidos na cidade do Rio de Janeiro-RJ e domiciliados na região do Grande-Rio. No tocante ao quesito raça/etnia, constatou-se que houve o predomínio dos homens que se autodeclararam como pertencentes à raça/etnia negra, divergindo do perfil geral dos usuários analisados.

O perfil socioeconômico dos usuários entrevistados, foi analisado de forma mais aprofundada por meio das informações contidas no Formulário de Avaliação Social do Serviço Social/HCII. Assim sendo, observou-se que houve o predomínio de homens que trabalhavam como pedreiros, com vínculo formal de trabalho junto ao INSS e que recebiam até um salário-mínimo de renda mensal. No momento da realização das entrevistas, notou-se que a maior parte dos usuários estavam recebendo o benefício por incapacidade temporária para o trabalho.

Já o perfil clínico dos usuários entrevistados, foi caracterizado pelo predomínio do câncer de melanoma em estadio avançado da doença, sendo submetidos a técnicas de ressecção

cirúrgica dos tumores malignos. Mais uma vez, o consumo de bebidas alcoólicas se destacou na população analisada.

A partir da análise das narrativas dos sujeitos entrevistados, foi possível reconhecer os elementos apontados como limitadores na busca pela atenção e cuidado à saúde por parte dos homens. Dentre eles, destaco a dimensão do trabalho remunerado, a construção social das masculinidades e a organização dos serviços de saúde na atenção primária. Ao levar em consideração estes elementos, o desenvolvimento deste estudo enfatiza a necessidade de se pensar sobre a garantia de atenção integral à população masculina, vinculada à estruturação de uma rede de serviços em saúde.

A dimensão do trabalho remunerado e a construção social das masculinidades atravessam a relação dos homens com os cuidados em saúde, tendo em vista o papel de provedor e mantenedores do sustento do lar, bem como no distanciamento dos mesmos à possibilidade de se apresentarem como sujeitos frágeis e passíveis de adoecerem. O conceito de masculinidade na intersecção com outros marcadores sociais vem ganhando corpo e se apresentando na literatura como fator determinante para a compreensão sobre a relação que os homens estabelecem com os cuidados em saúde, em especial ao buscarem os serviços de assistência, já que, por muitas vezes, a dor é identificada como a única motivação para a procura da assistência pelos homens.

Nesse sentido a perspectiva interseccional, pode se constituir em uma ferramenta importante não só na análise do problema de saúde dos homens, mas para construir estratégias de combate às desigualdades em saúde. É essencial que se considerem os estudos que contemplem as relações interseccionais de poder de gênero, raça/etnia e classe para pensar políticas públicas e demais alternativas que levem em conta a diversidade existente entre os homens, considerando o acesso e utilização dos serviços e as estratégias de prevenção e promoção da saúde.

As narrativas dos usuários possibilitaram compreender o impacto que o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico proporcionaram na vida dos mesmos, repercutindo não só no corpo e na autoimagem, mas também, na dimensão familiar e social das relações e do mundo do trabalho, contrapondo à concepção de doença como processo biológico e individual. Embora configure como uma experiência triste, o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico possibilitou aos homens investigados, que os mesmos se reinventassem para novas concepções acerca de seus corpos e, ao mesmo tempo, elaborassem novas formas de se pensar e exercitar a própria masculinidade.

Dessa maneira, foi possível observar o enfrentamento e a ruptura causada pelo diagnóstico, os tratamentos e seus efeitos, as diferentes estratégias desenvolvidas para enfrentar a nova condição e as novas formas de inserção na vida social. Foram evidenciadas as dificuldades encontradas por parte dos homens para acesso ao diagnóstico e o tratamento, caracterizados pela demora na busca de assistência médica, obstáculos para acesso aos serviços de saúde; a má qualidade no acolhimento e assistência à saúde, resultando nos estádios avançados do câncer ao adentrarem na alta complexidade de atenção à saúde.

Os resultados desse estudo estiveram relacionados a um grupo de homens caracterizados como pessoas idosas, com baixos rendimentos, pouca escolaridade e baixo poder aquisitivo. Assim sendo, a categoria gênero, associada aos demais marcadores sociais como classe social, geração e raça/etnia acabaram definindo oportunidades desiguais de acesso aos serviços de saúde e às ocupações no mercado de trabalho. Ficou evidente a existência de uma relação intrínseca, entre estes elementos de diferenciação social, que contribuiu para que os homens que se encontram nesta intersecção estejam em situação de maior vulnerabilidade social e estejam, também, mais vulneráveis à morbimortalidade por câncer.

Nesse sentido, faz-se necessário ampliar o conhecimento acerca desta temática com base no desenvolvimento de novos estudos que considerem as diferentes facetas do processo complexo pelo qual os homens vivenciam o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico. O conhecimento produzido poderá subsidiar o desenvolvimento de novas estratégias e ações de saúde que considerem os homens como seres históricos e políticos, rompendo com a perspectiva biomédica e reducionista, que limitam estes sujeitos à sua dimensão biológica e comportamental.

Além disso, no que se aos cuidados em saúde dos homens é preciso considerar as iniciativas de formação dos profissionais de saúde e de programas informativos/educativos para a população masculina de modo a estimular os processos de atenção à saúde para e pelos homens. Dessa maneira, será possível inovar a construção dos modos de pensar, sentir e agir das equipes de saúde, buscando propostas assistenciais mais participativas e horizontalizadas. Mais do que a normatização e padronização dos processos assistenciais em saúde, esta mudança implicará em uma nova ética e um novo posicionamento frente aos usuários, respeitando e assegurando os princípios da equidade, universalidade e integralidade que sustentam o SUS.

O presente estudo apresentou uma limitação dos seus achados, com base na ausência de dados fornecidos pelo RHC/HCIII associados as informações sobre a profissão/ocupação dos usuários, bem como nas informações relacionadas ao consumo de álcool e de produtos

derivados do tabaco na população investigada. Recomenda-se uma revisão das estratégias de busca e sistematização destas bases de dados, para que futuramente estas informações possam ser melhor aproveitadas em pesquisas no campo da saúde.

Espero que este estudo possibilite a construção de novas estratégias a nível institucional e, também, político para a construção de novas intervenções voltadas para o público masculino com câncer. A compreensão sobre as representações e as vivências desses sujeitos, pode configurar um importante passo em direção à construção de práticas interdisciplinares em saúde, que considerem esses homens como sujeitos históricos, pertencentes a um determinado contexto social e político.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.
- ADICHIE, C. N. **O perigo da história única**. São Paulo, Companhia das Letras: 2019. 64 p. Disponível em: <https://bit.ly/3NlhOUR>. Acesso: 11.12.2023.
- ADRIÃO, K. Sobre os estudos em masculinidades no Brasil: revisitando o campo. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, v. 1, n. 3, p. 9-20, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/3pofROE>. Acesso em: 31.05.2022.
- ALBUQUERQUE, M. et al. A ciência a caminho da roça. **Imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil (1903-1911)**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. 1991.
- ALMEIDA, M. V. De. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. **Anuário Antropológico**, n. 95, p. 161–190, 1996.
- ALMEIDA, S. L. Racismo estrutural. **Coleção Feminismos Plurais**. RIBEIRO, D. (org). São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, 1993, 9(3), p. 263–271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>. Acesso em 02.04.2023.
- ALVES, P. C; RABELO, M. C. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO; M. C.; ALVES, P. C; SOUZA, I. M. A. (Orgs.) **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 171-185.
- _____. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, P. C; RABELO, M. C. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 107–121. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/by55h/pdf/alves-9788575414040-07.pdf>. Acesso em: 15.12.2021.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2006; 40:121-32.
- ARAGÃO, R. O homem é desse mundo: para entender a masculinidade como um processo histórico. In: COLLING, L.; THÜRLER, D. (Orgs.). **Estudos e políticas do CUS - Grupo de Pesquisa Cultura e Sexualidade**. Salvador: Edufba, 2013, p. 341-370.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 21 (4): 533-538, 2012.

ARAÚJO, J. S.; ZAGO, M. M. F. Masculinities of prostate cancer survivors: a qualitative metasynthesis. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 2019; 72(1):231-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0730>. Acesso em: 03.10.2022.

ARAÚJO NETO, L. A.; TEIXEIRA, L. A. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**. Ciências Humanas, v. 12, n. 1, p. 173-188, jan.-abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981.81222017000100010>. Acesso: 15.01.2023.

ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: Ecos, Ed. 34, 1998.

BARACH, P; BARATZ, M. S. Two Faces of Power. **American Science Review** 56: 947-952. 1962.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo. Edições 70; 2010.

BARROS, M. B. DE A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. **Rev Saúde Pública** [Internet]. 1986. Aug;20(4):269-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101986000400001>. Acesso em: 10.06.2024.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/ cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):71-80, 2005. Disponível em: SciELO – Brasil – Masculinidade, raça/cor e saúde Masculinidade, raça/cor e saúde. Acesso em: 29.11.2021.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida** (Vol. 2). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BEHRING; E. R. Fundamentos de Política Social. In: MOTA; A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Livro Eletrônico. 1ª Edição. São Paulo. Editora Cortez, 2022.

bell hooks. **A gente é da hora: homens negros e masculinidade**. 1ª Edição. Editora Elefante, 2022.

BIROLI, F. **Gênero e Desigualdades: limites para a democracia no Brasil**. São Paulo, Boitempo, 2018.

BISPO, A.; DIAS, A. B.; PEREIRA, Á. Procura por cuidados de saúde: questões de gênero e raça entre colaboradores negros de uma universidade. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 1856-1866, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-742422>>. Acesso em: 03.06.2024.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05.10.1988.

____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20.09.1990.

____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31.12.1990.

____. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28.07.1993.

____. Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993. Dispõe sobre o Plano de Carreiras para a área de Ciência e Tecnologia da Administração Federal Direta, das Autarquias e das Fundações Federais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 28 de julho de 1993.

____. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07.12.1993.

____. Lei nº 14.539, de 31 de março de 2023. Institui a Campanha Nacional de Prevenção da Exposição Indevida ao Sol. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03.04.2023.

____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22.11.2012.

____. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07.04.2005.

____. Lei nº 14.623, de 17 de julho de 2023. Institui o Dia Nacional de Conscientização sobre a Paternidade Responsável, a ser comemorado, anualmente, em 14 de agosto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17.07.2023.

____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 de junho de 2013.

____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 24 de maio de 2016.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021. Alterou-se o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a PNAISH nos moldes atuais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 520, de 01 de junho de 2023. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de junho de 2023.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**: 2013. Disponível em: file:///C:/Users/2251652/Desktop/portaria-874-16-maio-2013.pdf. Acesso em: 14.12.2021.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**: 27 de agosto de 2009.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 76, 9 de dezembro de 2005.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. **Diário Oficial da União**, 196-E, Seção 1, p. 53-54, 14 out., 1998.

____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, com Anexos: Definem as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades e inclui outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez. 23 2005b. Seção 1, p. 113

____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília/DF. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023. Acesso em: 28.10.2022.

____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: o documento base para gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde. 1ª edição. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2003.

____. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do tratamento fora de domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações

Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em: 16.04.2024.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde do Homem. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral. **Nota Técnica nº 05/2024**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: Nota Técnica nº 5/2024-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS — Ministério da Saúde (www.gov.br). Acesso em: 28.03.2024.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde do Homem. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral. **Nota Técnica nº 09/2023**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: notas técnicas 9 rastreio.pdf (www.gov.br). Acesso em: 28.03.2024.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**: 30 de dezembro de 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 07.08.2022.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 140, de fevereiro de 2014. Portaria nº 140, de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**: 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3La7kX3> Acesso em: 10.12.2021.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 170, de 17 de dezembro de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1993.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS (saude.gov.br). Acesso em: 07.08.2022.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento**

de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações 2002**. Brasília: MTE, 2002.

_____. VI Colóquio Internacional de Estudos sobre Homens e Masculinidades, 2017, Recife. **Livro de resumos**. Recife: GEMA/UFPE, Instituto PAPAI, IFF/Fiocruz, Instituto Promundo e MenEgaje Brasil, 2017.

BRANDT, D. B. Mobilidade Urbana, Transportes e Acessibilidade: pressupostos para a construção de políticas de transportes para pessoas com doenças crônicas. In: XXVIII Congresso de Ensino e Pesquisa em Transportes da ANPET, 2014, Curitiba. Anais do XXVIII Congresso ANPET 2014. Rio de Janeiro: ANPET, 2014.

BRAVO, M. I S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA; A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Livro Eletrônico. 1ª Edição. São Paulo. Editora Cortez, 2022.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Antioquia, n. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013.

BUFFON, R. Reconstruções da imagem masculina em um grupo de homens das camadas médias intelectualizadas. **IV Reunião Regional/ABA/Sul**. Sessão: Construção da Identidade Masculina. Florianópolis, 1993.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Social Health Illn**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 167–182, jul. 1982.

BUTLER, J. **Problemas do gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAPELLA, A. C. N. Formulação de Políticas. Brasília, DF: **Escola Nacional de Administração Pública**, 2018. Acesso em: 24.01.2024. Disponível em: Livro 1. indb (enap.gov.br).

CARRARA, S. RUSSO, J. A; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis** [periódico na internet]. 2009. Acesso em 23.01.2024. Disponível em: physis 19_3 (scielo.br).

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, V.54, n.1, p.87-96, 2008.

CARVALHO, J. M. Cidadania no Brasil. O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Rev Panam de Salud Publica**, 2018; 42 e 119. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119> Acesso em: 05.12.2023.

CHARMAZ, K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. **Sociol Health Illn.** 1983 Jul;5(2). p. 168-95.

CLARIVATE ANALYTICS. Research in Brazil: Funding excellence: Analysis prepared on behalf of CAPES by the Web of Science Group. 2018. Disponível em: https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/2019/09/ClarivateReport_2013-2018.pdf. Acesso em: 16.06.2023.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. (org). Interseccionalidade. Tradução de Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2020. Disponível em: http://www.ser.puc-rio.br/2_COLLINS.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

CONNELL, R. **Masculinities**. 2. ed. Berkeley: University of California Press, 2005.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 241–282, abr. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3JzwWMi>. Acesso em: 6.12.2021.

COSTA-JUNIOR, F. M. **Concepções de médicos/as e enfermeiros/as sobre questões de gênero na saúde**. Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, Universidade Federal Paulista, Bauru, 2010.

COSTA, J. M.; FINCO, G. M.; SOUZA, R. L. G.; MEDEIROS, W. C. M.; MELO, M. C. M. Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. **Rev. SBPH** [Internet]. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3XvooxU>. Acesso em: 09.06.2024.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, 2000. p. 1385-1401.

COUTINHO, C. N. **Marxismo e Política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 1996.

COUTO, M. T. *et al.* O homem na Atenção Primária à saúde: discutindo a (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface comun. saúde educ. (Online)**. 2010. Acesso em 23.01.2024. Disponível em: 4 artigo 2.pmd (scielo.br).

COUTO, M. T; GOMES; R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc saúde coletiva**. 2012. Oct; 17(10):2569-78.

COUTO, M. T; SCHRAIBER, L. B; AYRES, J. R. de C. M. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença. **Clínica Médica**. Tradução. Barueri: Manole, 2009.

CORRÊA, M. Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. **Caderno Pagu**: 13-30, 2001.

CRENSHAW, K. W. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum, p. 139-167, 1989. Disponível em: <https://bit.ly/4b6R97b>. Acesso em: 10 jun. 2020.

_____. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002. Disponível em: <https://bit.ly/4b9BWct>. Acesso em: 29.12.2021.

CSORDAS, T. Fenomenologia cultural corporeidade: agência, diferença sexual, e doença. **Educação**. [S. l.], v. 36, p. 292–305, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/4c4IFi5>. Acesso em: 29.12.2021.

DÁZIO, E. M.; SONOBE, H. M., ZAGO, M. M. The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2009;17(5):664-9.

DOISE, W. Direitos do homem e força das ideias. Lisboa: Horizonte, 2002.

DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. 13 ed., São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1987.

DYE, T. D. Understanding Public Policy. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice, Hall. 1984.

EASTON, D. **A Framework for Political Analysis**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012: Globocan 2012. **International Journal of Cancer**, [S. l.], v. 136, n. 5, p. 359–386, 1 mar. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/4cJVQ8r>. Acesso em: 8.12.2021.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas *estado da arte*. **Revista Educação & Sociedade**. São Paulo, 2002. Ano 23, n. 79, p.257-272.

FERREIRA et al. A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília-DF. 38 (2): 283-288; 2014.

GADELHA, M. I. P; A assistência Oncológica e os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 237-245, sep 2018.

GARCIA, S. Homens na intimidade: masculinidades contemporâneas. São Paulo, Holos Editora/ FAPESP, 2006.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2005, v. 10, n. 1, p. 47-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100011>. Acesso em: 31.05.2022.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; HOFFMANN, J. M.; BEGNINI, D.; MISTURA, C; STAMM, B. A família frente ao adoecimento por câncer de mama. **Rev Enferm UFSC** [Internet]. 6 (3): 360, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3RuvajO>. Acesso em: 07.06.2024.

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

_____. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes; 2016. p. 72-95.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 1207–1214, out. 2002. Disponível em: scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15.12.2021.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 901–911, maio de 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3pfLiuF>. Acesso em: 29.12.2021.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, mar. 2007.

GRAMSCI, A. **Obras escolhidas**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

GUIMARÃES, C. D. Masculinidades e saúde de homens com câncer de mama. In: **16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS: 40 ANOS DA VIRADA DO SERVIÇO SOCIAL, 2019**. Brasília-DF: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://bit.ly/43Y6tQZ>. Acesso em: 6.12.2021.

GUTMANN, M. C.; VIGOYA, M. V. Masculinities in Latin America. In: Kimmel, M. S; Hearn, J.; Connell, R. W. (Eds.), **Handbook of studies on men & masculinities**, 2004, p. 114-128. California: Sage Publications.

HARDING, S. G. *Feminism and methodology: social science issues*. Bloomington (Ind.): Indiana university press, 1987.

HEILBORN, M. L; SORJ, B. **Estudos de gênero no Brasil**. In: MICELI, Sérgio (org.) *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*, ANPOCS/CAPES. São Paulo: Editora Sumaré, 1999, p. 183-221.

HEMMI, A. P. A; BAPTISTA, T. W. DE F.; REZENDE, M. DE. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300321, 2020.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, p. 57–70, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7TFzrZpKfvhHsGTg3553D8v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15.12.2021.

HIRATA, H. Mundialização, divisão sexual do trabalho e movimentos feministas transnacionais. **Revista Feminista**, Recife, n.2, 2010.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.

_____. Saúde Pública ou os males do Brasil são. In: BOTELHO, André; SCHWARCZ (Org.). **Agenda Brasileira**: temas de uma sociedade em mudança. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 480-491.

HOLLANDA, H. B. de (org.). **Interseccionalidades: pioneiras do feminismo brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Educação 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf. Acesso em: 10.04.2024.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. 113p.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. Identificação étnico-racial da população por sexo e idade: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: [s. n.], 2022. Disponível em: [estimativa-2023.pdf](https://www.inca.gov.br/estimativa-2023.pdf) (inca.gov.br). Acesso em: 19.04.2023.

_____. **Programas de Residência Multiprofissional em Oncologia e Residência em Física Médica: Plano de Curso**. 4. ed. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3xkkQE5>. Acesso em: 14.12.2021.

_____. **Viva Mulher 20 anos**: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos. Rio de Janeiro: INCA, 2018. 86p.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17–44.

JUNIOR, S. J.; DUARTE, H.; OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, R. R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 1, p. 520 – 530. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/102>. Acesso em: 29.03.2024.

KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. **Novos Estudos**. Cebrap, São Paulo, n. 86, p. 93-103, mar. 2010.

KIMMEL, M. Introduction: towards men's studies. **American Behavioral Scientist**. 29(5), p. 517-529, 1986.

KIMMELL, M.; KAUFMAN, M. Weekend warriors: the new men's movement. Profeminist men respond to the mythopoetic men's movement (and the mythopoetic leaders answer). In: KIMMELL, M; KAUFMAN, M. (org.). **Politics of Manhood**. Philadelphia: Temple University Press, 1995, p. 16-39.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAQUEUR, T. W. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LASSWELL, H.D. **Politics: who gets what, when, how**. Cleveland: Meridian Books, 1936.

_____. The Policy Orientation. In: Lerner, D.; Lasswell, H. **The Policy Sciences: recent developments in scope and method**. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LIMA, D. C. Paternidades Negras e Saúde. **Primeiro Relatório sobre as Paternidades Negras no Brasil**. Promundo-Brasil. Brasília, Distrito Federal, 2021. p. 55-81. Disponível em: https://promundo.org.br/wp-content/uploads/2016/10/relatorio_paternidade_03b_baixa-1.pdf. Acesso em 29.11.2021.

LINDBLOM, C. E. Still muddling, not yet through. **Public Administration Review**, 39: 517-526, 1979.

LISBOA, M. R. A. Masculinidade: as críticas ao modelo dominante e seus impasses. In: PEDRO, J. M.; GROSSI, M. P. **Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998, p. 131-138.

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 2. ed. **Coleção Educação pós-crítica**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998.

_____. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte, 2008.

LOWY, I. O gênero do câncer. In TEIXEIRA, L. et al. **Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/4bhN1BC>. Acesso em: 18 mar. 2019.

LYRA, J. L. F. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. Tese de Doutorado em Saúde Pública — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife: J. L. C. L. da Fonseca, 2008, 262 p. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008fonseca-jlcl.pdf> Acesso: 26.07.2022.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 16, nº 1, p. 4503-4512, 2011.

MARQUES, E. As políticas públicas na ciência política. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta (Orgs.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp; CEM, 2013.

MARTINS, A. M. et al. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Psicologia: teoria e prática**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 14–87, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/45y6Fb3>. Acesso em: 8.12.2021.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 399-420, maio/ago. 2016.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 43-68.

MENDONÇA, V. S.; MENANDRO, M.C.S.; TRINDADE, Z.A. Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde. **Revista de Estudos Sociais**, 2011.

MEDRADO, B. et al. Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 179–183, jan. 2021.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem! Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R., org. **Saúde do homem em debate [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, pp. 39-74. ISBN 978-85-7541-364-7. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 16.09.2022.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; GRANJA, E.; VIEIRA, S. Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde. Recife: Instituto PAPAÍ, 2009.

MENDES, E. C; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, nº 106, p. 881-892. 2015.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENEZES, R. R.; KAMEO, S. Y.; VALENÇA, T. S. Qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer. **Rev Bras Cancerol**. 2018;64(1):9-17. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.10627>.

MÉNY, I; THOENIG, J. C. **Las Políticas Públicas**. Barcelona: Ariel, 1992.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 14ª. São Paulo: HUCITEC, 2014.

____. O Conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. **Textos em Representações Sociais**. 12a. Petrópolis: Vozes, 2013.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/24sgf>. Acesso em: 10.01.2022.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. **Série Manuais Acadêmicos**, 4ª reimpressão, 2021.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, OPAS, 2006, p. 273-303.

MODENA, C. M.; MARTINS, A. M.; RIBEIRO, R. B. N.; ALMEIDA, S. S. L. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.3, p.644-660 jul./set. 2013.

MODESTO, A. A. D. et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 251–262, jan. 2018.

MOLINA, M. A. S.; MARCON, S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Rev Bras Enferm** 2006; 59 (4): 514-520.

MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. Â. Ruptura biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 193-216, jun. 2011.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Traduzido por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

____. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.

____. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOSCUCCI, O. **The science of woman**: gynecology and gender in England, 1800-1929. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

MOURA, E. C; GOMES, R; PEREIRA, G. M. C. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n., pp. 291-300. Disponível em: <https://bit.ly/3Pt5CDd>. Acesso em: 09.05.2022.

MUNIZ, R.M. Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores [tese]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

NOLASCO, S. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, E. de et al. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 24, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/45zKIsm>. Acesso em: 6.12.2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, 40, 2006, p. 73-78.

PAULISTA, J. S.; ASSUNÇÃO, P. G.; LIMA, F. L. T. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 65, n. 4, p. 77-86, 2019.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. **Política social no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2008. Capítulo 4, páginas 87-106.

_____. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos** (org. Mione, A. S. *et al*), São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, P. L.; GARCIA, V. L. Serviço social e saúde: processos de trabalho e gestão. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 21, n. 1, 2012.

PRIORE, M.; AMANTINO, M. (Orgs.) **História dos homens no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2013.

QUEIROZ, M. de S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. **Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. [S. l.]: editora Fiocruz, 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/45vyc>. Acesso em: 10.01.2022.

RABELLO, E. O problema do câncer. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 2.**, 1924, Belo Horizonte. Anais. Rio de Janeiro: Pimenta de Mello e Cia., v. 1, 1928.

RAGO, M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: **Masculino, feminino, plural** (pp. 24-42). Mulheres, 1998.

REAGAN, L. J. Engendering the deead disease: women, men and cancer. **American Journal of Public Health**, 1997, 87(11): p.1179-1187. Disponível em: Engendrando a temida doença: mulheres, homens e câncer. (aphapublications.org). Acesso em: 24.10.2023.

REY, F. L. G. As Configurações subjetivas do câncer: um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 30 (2), 2010, p. 328-345.

ROCHA, L. F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 46-65,

mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10.01.2022.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 101-125, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19078.pdf>>. Acesso em: 24.10.2023.

ROITHMANN, S. Os tipos de cânceres que mais devem afetar brasileiros até 2025. **BBC News Brasil**, São Paulo, 27 de novembro de 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-63750378>. Acesso em: 15.11.2023.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHPUN, M. R. (org.). **Masculinidades**. Boitempo Editorial-Edunisc, São Paulo-Santa Cruz do Sul, 2004.

SCHRAIBER, L. B, et al. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), 2005. V. 10, n. 1, p. 7-17. Disponível em: <https://bit.ly/3CNdVCn>. Acesso em: 09.05.2022.

_____. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**. [on line]; 26(5), 2010, p. 961-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>. Acesso em: 19.04.2023.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 71–99, 1995. Disponível em: <https://bit.ly/43WEcKD>. Acesso em: 29.12.2021.

SILVA, L. C. **O cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica**. 1. ed. Maringá: Eduem, 2009.

SILVA, N. F. Historicizando as masculinidades: considerações e apontamentos à luz de Richard Miskolci e Albuquerque Júnior. **Revista História, histórias**. Universidade de Brasília, 2015. 3(5), p. 7–22. Disponível em: <https://bit.ly/3Nu7by6>. Acesso em: 09.05.2022.

SILVA, G. A. et al. Avaliação de ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, p. 1-15, 2022.

SILVA JÚNIOR, C. D.; SOUZA, J. R.; SILVA, N. S.; ALMEIDA, S. P.; TORRES, L. M. Saúde do homem na atenção básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. **Revista Ciência Plural**, 8 (2), 2022.

SILVA, V. C. E. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

SILVA, W. B.; BARBOZA, M. T. V.; CALADO, R. S. F. Vivência da espiritualidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. **Rev Enferm UFPE**. online. 2019;13:e241325. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.24132525>.

SIMON, H. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: Usaid, 1957.

SOUZA, C. Estudo da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G. ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 65-86, 2007.

____. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20–45, 2006.

SOUZA, A. B. C; GUEDES, H. G; OLIVEIRA, V. C. B; *et al.* High incidence of prostate cancer metastasis in Afro-Brazilian men with low educational levels: a retrospective observational study. **BMC Public Health**. 2013; 13:537. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-537>. Acesso em: 09.04.2024.

TEIXEIRA *et al.* **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TEIXEIRA, L. A; FONSECA, C. O. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf>. Acesso em: 23.09.2023.

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C. D.; MULLER, R. D. C. F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência da pesquisa em Florianópolis-SC. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, V. 20, p. 973-994, 2010.

VIANA, A. L. Á; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; *et al* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VICTÓRIA, M. F. N. *et al.* **Envelhecimento humano e desenvolvimento: uma revisão integrativa**. Anais VI CIEH. Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/53555>>. Acesso em: 10.06.2024.

VIGOYA, M. V. Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes. **La Manzana de la Discordia**, v. 2, n. 4, p. 25–36, 2007.

XIMENES, F. R. G. X, *et al.* Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p.1741–1756, 2013.

WATSON, J. **Male Bodies: health, culture and identity**. 1. ed. Buckingham: Open University Press, 2000.

WHITE, A. K.; THOMSON, C. S.; FORMAN, D.; MERYN, S. Men's health and the excess burden of cancer in men. **Eur Urol Suppl**. 9(3):467-70, 2010.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.) **World cancer report: cancer research for cancer prevention**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 18.12.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Boys in the picture**. Geneva: 2000.

____. WHO. CID-O. **Classificação Internacional de Doenças para Oncologia**. PERCY, C; HOLTEN, V. V; MUNIR, C. (Editores). Tradução Fundação Oncocentro de São Paulo. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2013.

____. WHO. **Men, ageing and health**. Geneva: 2001.

____. WHO. **Relatório sobre a epidemia global do tabaco: oferecer ajuda para deixar de fumar**. Resumo. Por uma vida sem tabaco. 2019. Disponível em: [WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf](https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745). Acesso em: 24.03.2024.

____. WHO. **World Cancer Report: Cancer Research for cancer prevention**. Lyon, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>. Acesso em: 17.05.2023.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.) **World cancer report: cancer research for cancer prevention**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 12.05.2024.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 427–450, set. 2008.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Masculinidades e Saúde do Homem: experiências e representações sociais masculinas sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa porque está sendo atendido pela clínica do Tecido Ósseo e Conectivo (TOC), do Hospital do Câncer II (HC II), do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com a pesquisadora responsável sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para mais esclarecimentos. Após receber todas as informações necessárias, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

1. PROPÓSITO DA PESQUISA

A pesquisa tem por objetivo analisar as experiências e as representações sociais sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico de usuários do sexo masculino, matriculados pela clínica do Tecido Ósseo e Conectivo, no Hospital do Câncer II, do Instituto Nacional do Câncer. Esta pesquisa faz parte da tese de doutorado, elaborada como requisito obrigatório para a conclusão do curso, promovido pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social/ Universidade Federal Fluminense (UFF).

2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Sua participação na pesquisa consiste em fazer parte de uma entrevista que será realizada pela pesquisadora responsável. A entrevista será guiada por um roteiro contendo perguntas abertas sobre suas experiências e suas representações sociais relacionadas ao processo de adoecimento por câncer e ao tratamento oncológico. Terá a duração aproximada de 30 minutos e será gravada em aparelho de áudio, para posterior transcrição e análise do conteúdo. A realização da entrevista ocorrerá em ambiente adequado, assegurada sua privacidade. Caso se sinta desconfortável ou constrangido ao responder alguma pergunta, você tem o direito de não responder. Apenas, os membros envolvidos na pesquisa terão acesso às informações, garantindo assim, o sigilo do material. Os resultados serão utilizados para fins acadêmicos e publicações

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora responsável

em eventos (congressos, simpósios e seminários), em livros, revistas, periódicos, artigos e afins. Será assegurado o anonimato do participante.

3. BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação nesta pesquisa. Se você concordar com o uso do material do modo descrito acima, será necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa. O benefício principal da sua participação será contribuir para qualificar as intervenções do Serviço Social na instituição, especialmente, no tocante às respostas das demandas em saúde da população masculina. Além disso, os resultados da pesquisa poderão oferecer subsídios à formulação de políticas de saúde e de prevenção ao câncer, na medida em que, promove o avanço e a ampliação do debate sobre a saúde do homem.

4. RISCOS

De acordo com a Resolução CNS 466/2012, os riscos da pesquisa são as possibilidades *de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente* (item II. 22). Nesta pesquisa, os riscos são considerados mínimos e podem surgir do constrangimento ou desconforto, por parte dos participantes, ao abordar questões relacionadas aos aspectos emocionais e subjetivos.

5. MEDIDAS DE PROTEÇÃO EM CASO DE DANOS

Como medida de proteção, a pesquisadora responsável poderá interromper a coleta de dados ou garantir a liberdade do participante da pesquisa em não responder questões que considere constrangedoras. Você poderá desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo para o mesmo e com a garantia do sigilo pessoal. Além disso, caso sinta-se abalado emocionalmente, você poderá ser encaminhado, a qualquer momento, para avaliação e suporte da equipe de Psicologia, ou do profissional de referência na área, do HC II.

6. CUSTOS

Não haverá custo pela sua participação. Você não receberá qualquer vantagem material ou financeira e não terá direitos financeiros sobre os resultados relativos à pesquisa.

7. CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo. A pesquisadora responsável se compromete a manter os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa.

8. BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta dos dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

9. ACESSO AO RESULTADOS

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado a esta pesquisa. Os resultados estarão disponíveis junto à pesquisadora responsável, guardados no arquivo do Serviço Social do HC II/ INCA. Para isso, basta entrar em contato com a pesquisadora para obter notícias sobre o andamento da pesquisa.

10. GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste termo lhe explicou o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, entre em contato com **Liana Dias Martins da Rocha** (pesquisadora responsável) no telefone **(21) 3207-2993**, de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 às 16h00. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Ciências Sociais, Sociais Aplicadas, Humanas, Letras, Artes e Linguística da UFF e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA. O CEP é responsável pelo acompanhamento das ações deste projeto em

relação a sua participação, a fim de proteger os direitos dos participantes desta pesquisa e prevenir eventuais riscos. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você poderá entrar em contato com: a) CEP do INCA, localizado na Rua do Resende, nº128, sala 203, de segunda a sexta-feira, no horário de 9h00 às 17h00, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br; e, b) CEP de Ciências Sociais, Sociais Aplicadas, Humanas, Letras, Artes e Linguística da UFF, Campus Praia Vermelha, Instituto de Física, 3º andar, Telefone: (21) 2629-5119, e-mail: eticahumanas.comite@id.uff.br. Este termo será elaborado em duas vias, que deverão ser rubricadas em todas as páginas e assinadas, ao seu término, por você e pela pesquisadora responsável. Uma via ficará com você e outra será arquivada com a pesquisadora responsável.

11. CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos de participação, os benefícios da pesquisa e a garantia de esclarecimentos permanentes. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Entendo que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo. A minha participação na pesquisa é isenta de despesas e tenho garantia do acesso aos dados. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu, por intermédio deste termo, dou livremente meu consentimento para participar como entrevistado da pesquisa.

Nome e Assinatura do Participante

/ /
Data

Eu, abaixo-assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

/ /
Data

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Apresentação

- 1) Apresentação da pesquisadora.
- 2) Leitura do TCLE.
- 3) Assinatura do TCLE.

Dados pessoais do usuário (coletados por meio do formulário de Avaliação Social do HCII)

- 1) Nome.
- 2) Idade.
- 3) Escolaridade.
- 4) Estado/ município/ bairro de residência.
- 5) Religião.
- 6) Raça/ cor.
- 7) Composição familiar.
- 8) Estado civil.
- 9) Situação ocupacional.
- 10) Vínculo previdenciário ou assistencial.
- 11) Renda.

Dados sobre o quadro clínico usuário (coletados por meio do prontuário físico, nos registros médicos)

- 1) Demais comorbidades (HAS, DM, entre outras).
- 2) Medicamentos de uso constante.
- 3) Tipo de neoplasia.
- 4) Estadiamento da doença.
- 5) Tipo de tratamento (proposta cirúrgica ou clínica).
- 6) Tempo de tratamento.

Relacionamento com a saúde

- 1) Ao longo de sua vida, como você cuidou de sua saúde?
- 2) Como você cuida da sua saúde?
- 2) Utiliza, com regularidade, algum serviço de saúde? Caso positivo, qual?
- 3) Alguém lhe ajuda/acompanha nos cuidados em saúde?

4) Você acha que os homens se cuidam mais que as mulheres?

5) Existe (m) algum (s) aspecto (s) específico (s) da sua vida que influencia (m) o modo como você busca cuidados de saúde? Caso positivo, como ele (s) impacta (m)?

Experiências sobre o processo de adoecimento e tratamento oncológico

1) Como você obteve o diagnóstico de câncer?

- Percepção dos primeiros sintomas.

- Alternativas para alívios de sintomas (automedicação, processos alternativos de cura, dentre outros).

2) Como foi a decisão pela busca pelo serviço de saúde?

- Explorar as facilidades e dificuldades encontradas.

Principais mudanças após o diagnóstico

1) Existe (m) algum (s) aspecto (s) específico (s) da sua vida que mudou de maneira significativa após o diagnóstico? Caso positivo, qual foi?

1) Como você era antes de descobrir a doença?

2) O que você gostava de fazer?

3) E nos momentos de lazer?

Representações sociais do adoecimento por câncer e tratamento oncológico

1) Se alguém te perguntasse *o que é o câncer*, o que você responderia?

2) Como está sendo seu tratamento oncológico? O que ele representa na sua vida?

- Explorar a história, pensamentos, sentimentos e atitudes.

Encerramento

1) Gostaria de perguntar ou dizer algo que não foi perguntado?

2) Finalizar agradecendo.

ANEXO I – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIAL DO SERVIÇO SOCIAL/HOSPITAL DO CÂNCER II



Ministério
da Saúde

AVALIAÇÃO SOCIAL

- Hospital do Câncer I
- Hospital do Câncer II
- Hospital do Câncer III
- Hospital do Câncer IV
- Cemo

| | | | | |
|---|----------------------|------|---|-------|
| MATRÍCULA | <input type="text"/> | SEXO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | IDADE |
| Nome <input style="width: 90%;" type="text"/> | | | | |

Identificação do Paciente

Data de Nascimento / / Estado Civil Escolaridade

Endereço Telefone

Responsável Telefone

Pessoa para Contato

Endereço Telefone

Dinâmica / Situação familiar

| Nome | Parentesco | Idade | Est. Civil | Profissão | Salário |
|------|------------|-------|------------|-----------|---------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

Observações:

Situação Habitacional

| | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Barraco | <input type="checkbox"/> Própria | <input type="checkbox"/> Alugada |
| <input type="checkbox"/> Apartamento | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Cedida | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Um Cômodo | <input type="checkbox"/> Mais de 3 Cômodos | Saneamento | |
| <input type="checkbox"/> Até 3 Cômodas | | <input type="checkbox"/> Água encanada | <input type="checkbox"/> Esgoto |
| | | Luz | |
| | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Observações:

Situação Econômica / Profissional

Profissão _____ Ocupação _____

Local de Trabalho _____

Do lar Desempregado Sem Ocupação Economia Informal

Outras atividades _____

Vencimentos _____

Observações _____

Situação de Saúde

Paciente _____

Problema Dominante / Diagnóstico Social

Plano Inicial de Trabalho / Tratamento

Carimbo

Assistente Social

Data da Entrevista ____/____/____

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) – UFF/CIÊNCIAS HUMANAS

UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE HUMANAS - UFF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Masculinidades e Saúde do Homem: experiências e representações sociais masculinas sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico

Pesquisador: LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70323423.7.0000.8160

Instituição Proponente: Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.172.375

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de doutorado que se propõe analisar as experiências e as representações sociais sobre adoecimento por câncer e tratamento oncológico de usuários do sexo masculino, matriculados pela clínica do Tecido Ósseo e Conectivo, no Hospital do Câncer II, do Instituto Nacional do Câncer. A pesquisa constitui um estudo de natureza qualitativa, que busca compreender as vivências, experiências, sentidos, crenças e representações com base na valorização da dimensão social e histórica dos sujeitos.

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2124744.pdf, de 06/06/2023) e Projeto Detalhado (PROJETO.docx, de 16/05/2023): resumo, metodologia, critérios de inclusão e critérios de exclusão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as experiências e as representações sociais sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico de usuários do sexo masculino, matriculados pela clínica do Tecido Ósseo e

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 6.172.375

Conectivo, no Hospital do Câncer II, do Instituto Nacional do Câncer.

Objetivo Secundário:

a) Analisar o perfil socioeconômico dos usuários do sexo masculino, matriculados no TOC/ HC II; b) Identificar os dados sobre o quadro clínico e a proposta de tratamento dos usuários do sexo masculino, matriculados no TOC/ HC II; c) Investigar a relação destes usuários com os cuidados em saúde; e d) Compreender a influência dos marcadores sociais nas vivências e nas representações sociais do adoecimento por câncer e tratamento oncológico dos usuários do sexo masculino, matriculados no TOC/ HC II.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos desta pesquisa são considerados mínimos e podem surgir devido ao constrangimento ou desconforto, por parte dos participantes, ao abordar questões relacionadas aos aspectos emocionais e subjetivos. Como medida de proteção, a pesquisadora poderá interromper a coleta de dados ou garantir a liberdade do participante da pesquisa em não responder questões que considere constrangedoras. O participante poderá desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo para o mesmo e com a garantia do sigilo pessoal. Além disso, caso o participante da pesquisa sinta-se abalado emocionalmente, o mesmo poderá ser encaminhado, a qualquer momento, para avaliação e suporte da equipe de Psicologia, ou do profissional de referência na área, do HC II.

Benefícios:

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para qualificar os serviços em assistência oncológica e as intervenções do Serviço Social do HC II/ INCA, especialmente, no tocante às respostas das demandas sociais da população masculina. O estudo possibilitará o avanço e a ampliação do debate sobre a temática das masculinidades e saúde do homem por meio da produção de artigos e trabalhos a serem divulgados em eventos de natureza acadêmica e científica. Além disso, poderá oferecer importantes subsídios à formulação de políticas de saúde e de prevenção ao câncer, na medida em que, promove um olhar plural e crítico à tentativa de reduzir as diversas masculinidades existentes a uma categoria que torna os homens homogêneos, diante de suas

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 6.172.375

necessidades em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia:

A pesquisa constitui um estudo de natureza qualitativa. Busca-se compreender as vivências, experiências, sentidos, crenças e representações com base na valorização da dimensão social e histórica dos sujeitos. Seu objetivo é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar. A pesquisa será desenvolvida no HC II/ INCA, localizado no município do Rio de Janeiro – RJ, Brasil. O público-alvo da pesquisa consiste nos usuários do sexo masculino, matriculados na seção clínica do TOC/ HC II. A escolha do público-alvo está relacionada ao tema da investigação e, também, ao cotidiano profissional, de onde advém demandas sociais relacionadas à adesão e à continuidade do tratamento oncológico. Os participantes da pesquisa serão selecionados a partir de dois momentos. O primeiro, está relacionado ao levantamento do número de homens matriculados na seção clínica do TOC, em 2021, por meio das informações prestadas pelo Registro Hospitalar de Câncer do HC II. O recorte temporal está relacionado a abordagem de usuários matriculados recentemente na unidade hospitalar e que, ao mesmo tempo, possuam o estadiamento da doença e a proposta de tratamento definidos pela equipe médica. A partir dessas informações, no segundo momento, serão analisados os prontuários eletrônicos dos usuários tendo como objetivo a identificação do atendimento em ambulatório, pelo Serviço Social do HC II, que é registrado por meio do preenchimento eletrônico do formulário de Avaliação Social. O formulário de Avaliação Social é um instrumento de trabalho do assistente social do INCA, no qual são identificados a situação socioeconômica, a organização familiar, o acesso a benefícios e políticas públicas, o papel do paciente na composição familiar, as condições habitacionais, as principais demandas apresentadas pelo paciente, entre outras informações consideradas importantes pelo profissional e que podem contribuir para o acompanhamento social do usuário. A partir da análise dos prontuários e, baseada nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, será criada uma relação de usuários elegíveis, ordenados pelo número de matrícula, para a realização das entrevistas. A seleção dos informantes será intencional e dirigida para contemplar a máxima heterogeneidade possível conforme os seguintes critérios de interesse: usuários com a doença em diferentes estadiamentos; com diferentes propostas de tratamento; de distintas faixas etárias; diferentes origens territoriais e étnico-raciais; e com diferentes condições socioeconômicas baseadas nas seguintes variáveis, renda, escolaridade e ocupação. Os usuários do sexo masculino, matriculados no TOC, serão

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 6.172.375

convidados a participar do estudo através de contato telefônico, neste momento, será explicada a proposta da pesquisa e realizado o convite para a participação na mesma. O principal instrumento de coleta de dados será a entrevista, guiada por um roteiro de perguntas abertas. As entrevistas ocorrerão mediante assinatura do TCLE, nas dependências da instituição, e será garantido o sigilo. O tempo previsto para a duração das entrevistas é de 30 minutos. As entrevistas serão gravadas em áudio e, posteriormente, realizadas as transcrições na íntegra para análise. A análise dos dados será obtida por meio da técnica hermenêutico-dialética, enquanto método de interpretação de sentidos. Somente as pessoas diretamente envolvidas com o estudo terão acesso às informações geradas pela pesquisa. O usuário não terá custo pela participação, não receberá qualquer vantagem material ou financeira, nem terá direitos financeiros sobre os resultados relativos à pesquisa. Será assegurado o anonimato das entrevistas. As informações geradas pelo estudo constituirão produção acadêmica do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da ESS/ UFF. A divulgação dos resultados será disponibilizada através da tese de doutorado. A participação voluntária dos sujeitos da pesquisa será autorizada.

Critério de Inclusão:

Pertencer ao sexo masculino, ter idade igual ou superior a 18 anos, ter sido diagnosticado com câncer pela seção clínica do TOC, estar em tratamento cirúrgico ou clínico (quimioterápico ou radioterápico), possuir condições clínicas para a realização da entrevista e ter fornecido o seu consentimento expresso, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar do estudo.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos da pesquisa usuários que não estejam em condições, psíquica, emocional ou cognitiva para responder as perguntas; usuários que não tenham aderido ao tratamento oncológico proposto e usuários que não desejarem participar da pesquisa.

Orçamento:

Material de papelaria Custeio R\$ 100,00

Pen drive Custeio R\$ 50,00

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 6.172.375

Cópias e impressões Custeio R\$ 100,00

Total em R\$ R\$ 250,00

O TCLE

O TCLE está redigido em linguagem apropriada, com o detalhamento dos direitos, dos procedimentos, dos riscos e dos benefícios associados à escolha de participar de uma pesquisa, assegurando a remessa de uma via para o participante, conforme determinado nas Resolução CNS nº 466/12 e Resolução CNS nº 510/16.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo atende aos ditames de eticidade do sistema CEP/CONEP, devendo ser aprovado.

“Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo “relatório” para serem devidamente apreciadas no CEP,

conforme Norma Operacional CNS nº. 001/13, item XI.2.d. Solicita-se que antes do envio do Relatório Final ou Parcial na Plataforma Brasil o (a) pesquisador (a) efetue os seguintes passos: 1.Faça o download do Formulário de Envio de Relatório Parcial ou Relatório Final, na página do CEP Humanas UFF no seguinte link: <http://cephumanas.sites.uff.br/formulario-para-envio-de-relatorio-final-ou-parcial-de-pesquisa/>. 2. Preencha o formulário. 3. Anexe o Formulário na plataforma brasil juntamente com o Relatório Final ou Parcial.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2124744.pdf | 06/06/2023 11:59:53 | | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 06/06/2023 | LIANA DIAS | Aceito |

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

Continuação do Parecer: 6.172.375

| | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|-----------------------------------|--------|
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 11:58:51 | MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| Outros | Formulario_submissao.pdf | 26/05/2023 10:04:59 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| Outros | Carta_de_anuencia.pdf | 26/05/2023 10:04:07 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.docx | 16/05/2023 16:29:41 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| Outros | Roteiro.pdf | 11/05/2023 13:00:27 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 11/05/2023 12:30:35 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

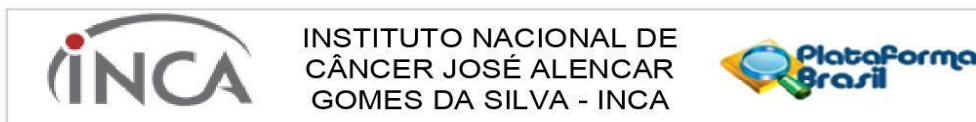
Não

NITEROI, 10 de Julho de 2023

Assinado por:
MONICA MARIA GUIMARAES SAVEDRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Passo da Pátria, nº 156, Instituto de Física (Torre Nova), 3º andar - Campus da Praia Vermelha
Bairro: GRAGOATA **CEP:** 24.210-346
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-5119 **E-mail:** eticahumanas.comite@id.uff.br

ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Masculinidades e Saúde do Homem: experiências e representações sociais masculinas sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico

Pesquisador: LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70323423.7.3001.5274

Instituição Proponente: HOSPITAL DO CÂNCER II

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.259.514

Apresentação do Projeto:

O câncer configura o principal problema de saúde pública no mundo e está entre as principais causas de morte prematura, ou seja, antes dos 70 anos de idade, com maior mortalidade entre o público masculino (MODENA et al., 2014).

Trata-se de uma doença crônico-degenerativa não transmissível, que afeta várias dimensões da vida humana e requer tratamento complexo e especializado. Sua principal característica é a rápida multiplicação de células anormais que se estendem além de seus limites usuais e podem invadir partes adjacentes do corpo ou se espalhar para outros órgãos, em um processo chamado de metástase (WHO, 2022). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2030, são esperados 27 milhões de novos casos de câncer, 17 milhões de mortes e cerca de 75 milhões de pessoas convivendo, anualmente, com algum tipo de neoplasia. Um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida (SUNG et al., 2021). O câncer de mama feminina é o mais incidente no mundo, com 2,3 milhões (11,7%) de casos novos, seguido pelo câncer de pulmão, com 2,2 milhões (11,4%); cólon e reto, com 1,9 milhão (10,0%); próstata, com 1,4 milhão (7,3%); e pele não melanoma, com 1,2 milhão (6,2%) de casos novos. O câncer de pulmão é o mais frequente em homens, com 1,4 milhão (14,3%) dos casos novos, seguido dos cânceres de próstata, com 1,4 milhão (14,1%); cólon e reto, com 1 milhão (10,6%); pele não melanoma, com 722 mil (7,2%); e estômago, com 719 mil (7,1%). Nas mulheres, o câncer de mama é o mais incidente, com 2,3 milhões (24,5%) de casos novos, seguido pelos cânceres de cólon e reto, com 865 mil (9,4%);

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

pulmão, com 771 mil (8,4%); colo do útero, com 604 mil (6,5%); e pele não melanoma, com 475 mil (5,2%) casos novos no mundo (SUNG et al., 2021). Segundo o Observatório Global de Câncer (2021), no mundo, a taxa de incidência de todos os cânceres combinados foi 19% maior em homens (222,0 por 100.000) que em mulheres (186 por 100.000), no ano de 2020. A diferença de gênero para mortalidade geral por câncer, no mundo, é o dobro da incidência, com taxas de mortalidade 43% maiores em homens que em mulheres (120,8 e 84,2 por 100.000, respectivamente).

O Relatório Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil (2023-2025), elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), aponta que ocorrerão 704 mil casos novos da doença no país, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Do total, calcula-se 341.350 novos casos em homens e 362.730, em mulheres. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente no país, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos (INCA, 2022). De acordo com o Relatório, os tipos de câncer mais frequentes em homens serão: pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos; próstata, com 72 mil (21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Já nas mulheres, serão os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) (INCA, 2022).

A distribuição da incidência por região geográfica mostra que as regiões sul e sudeste concentram cerca de 70% da incidência. Cabe destacar que existe uma grande diferença na magnitude e nos tipos de câncer entre as regiões do Brasil. No sudeste, centro-oeste e sul ocorrem os maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), enquanto as regiões nordeste e norte, os menores. Em homens, o câncer de próstata é predominante em todas as regiões, mas, para as de maior IDH, os de cólon e reto ocupam a segunda ou a terceira posição, enquanto, para as de menor IDH, o câncer de estômago é o segundo ou o terceiro mais frequente. Nas mulheres, o câncer de mama é o mais incidente e, nas regiões com maior IDH, os cânceres de cólon e reto são o segundo ou terceiro mais frequente, mas, nas regiões de menor IDH, o câncer do colo do útero segue na segunda posição (INCA, 2022). Embora apresente taxas de incidência semelhantes entre os sexos, a maior taxa de mortalidade por câncer ocorre entre a população masculina. O Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil (2020), constata que apesar do número previsto de novos casos de câncer ser maior entre as

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

Página 02 de 13



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

mulheres (total de 316.280 novos casos em mulheres e 309.750, em homens), são os homens que morrem em maior número devido à doença (121.686 óbitos em homens e 110.344 óbitos em mulheres). O Perfil da Morbimortalidade da População Masculina no Brasil (2018) afirma que, no período compreendido entre os anos de 2009 e 2014, as taxas de morbidade e mortalidade entre homens estiveram associadas às causas externas (acidentes e violências que provocam algum tipo de lesão, seja física ou psíquica), doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores), representando as três principais causas de óbito nessa população.

De acordo com o INCA, o aumento da incidência e da mortalidade por câncer são justificados, em parte, pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, bem como pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer,

especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico. A maior parte da incidência de câncer (cerca de 80%) está relacionada à exposição a fatores de risco de natureza ambiental (causas externas), como o tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares e sexuais, uso de medicamentos, inatividade física, fatores ocupacionais e exposição à radiação. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. Já as causas internas, estão relacionadas aos fatores genéticos pré-determinados e a capacidade de defesa do organismo aos agentes externos (INCA, 2022).

A transição demográfica marcada pelo envelhecimento e pelo crescimento populacional, representa um aspecto relevante na discussão que envolve o aumento da incidência e da mortalidade por câncer na população. O padrão demográfico indica uma redução nas taxas de fertilidade e de mortalidade infantil e um consequente crescimento populacional, marcado por transformações profundas na composição de sua estrutura etária. Verifica-se o crescimento do contingente de idosos que, por sua vez passam a compor a faixa etária de maior risco para o desenvolvimento de câncer (INCA, 2022). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma pessoa nascida no Brasil, no ano de 2020, possui a expectativa de viver em média até os 76,8 anos que representa um aumento de dois meses em relação a 2019 (76,6 anos).

Em 2022, o IBGE relatou que a expectativa de vida da população masculina chegou a 72,2 anos e a feminina atingiu 79,3. Além das transições demográficas, as transições epidemiológicas sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (FERLAY et al., 2015). A partir da Revolução Industrial (século XVIII) até os tempos atuais, os países industrializados observaram uma mudança significativa em seu perfil epidemiológico, marcado pela progressiva diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e pelo aumento das doenças crônico-

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

degenerativas. Os países em desenvolvimento também sofreram mudanças em seus perfis de morbimortalidade, entretanto, essas transformações se deram de maneira diferente. Persistiram as elevadas taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, além disso, observou-se o significativo aumento das taxas de morbimortalidade por

doenças crônico-degenerativas (ARAÚJO, 2012). No Brasil, a partir da década de 1990, nota-se um perfil epidemiológico marcado pela coexistência de elevadas taxas de mortalidade e morbidade por doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer, e pela incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Além disso, destacam-se os elevados números de mortalidade do país, quando comparado aos países desenvolvidos e a outros países da América Latina (ARAÚJO, 2012). Face à importância epidemiológica do câncer, bem como sua magnitude como problema de saúde pública, instituiu-se a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 874/ Gabinete do Ministro (GM)/ Ministério da Saúde (MS), em 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013). O objetivo desta política é a redução da mortalidade e da incapacidade causada por esta doença e, ainda, a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. A PNPCC é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de assistência à saúde da população, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Em consonância com a Portaria nº 4.279/ GM/ MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS, no âmbito do SUS, a PNPCC é implementada de forma articulada entre o MS e as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2010). Ainda, diante do elevado índice de mortalidade por câncer entre a população masculina, vale ressaltar a importância das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), elaborada através da Portaria GM/ MS nº 1994, de 27 de agosto de 2009.

A PNAISH é voltada para o público masculino compreendido na faixa etária de 20 a 59 anos de idade e prioriza o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, detecção precoce e controle do câncer. Possui como objetivo a construção de ações estratégicas que contribuam para a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade masculina, bem como, a qualificação da saúde da população masculina na perspectiva de

linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2009).

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

A partir do crescimento do número de novos casos de câncer entre a população masculina e da dificuldade de mobilização deste público para as ações de prevenção e diagnóstico precoce, a PNAISH incentiva a construção de um novo olhar sobre os homens e busca compreender os aspectos simbólicos, socioculturais e organizacionais que interferem na maneira como exercitam o cuidado da saúde. Ademais, a política reconhece a necessidade de uma assistência especializada, uma vez que os homens não buscam os serviços de saúde em nível primário e possuem dificuldades para aderir ao tratamento. Esta cultura tem contribuído para a maior vulnerabilidade e mortalidade dos homens, sobretudo por doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer (BRASIL, 2009).

Nos estudos de Watson (2000) e Csordas (2013), observa-se que ao adoecer, o corpo masculino sofre uma gama de transformações. Em algumas situações, os homens acabam por ficarem limitados em suas funções sociais e dependentes de cuidados de terceiros, assumindo a corporificação de identidades não hegemônicas. O processo de adoecimento e as barreiras impostas pela enfermidade não condizem com as expectativas sociais relacionadas ao gênero masculino, marcado pela força e virilidade. Diante desse cenário, os homens se veem vulneráveis no que diz respeito ao controle do corpo, suas funções e sua imagem. As mudanças impostas pelo adoecimento por doenças graves, degenerativas e crônicas como o câncer, causam uma drástica e repentina mudança na dinâmica de vida dos usuários. Após a confirmação do diagnóstico, estes são levados a experimentar uma nova realidade, marcada por rotinas de tratamentos dolorosos e invasivos, distanciamento das atividades de trabalho, reorganização das atividades

familiares e afastamento da vida social (SILVA, 2009). Face ao exposto, nota-se que o desenvolvimento de ações voltadas para o público masculino, ainda, mostra-se como um grande desafio para gestores e trabalhadores de saúde. Revela-se a necessidade de maior compreensão sobre os aspectos que atravessam as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oncológico voltados para essa população.

Apesar da importância dos fatores biológicos e hereditários na incidência de câncer na população masculina, torna-se fundamental a compreensão acerca dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais relacionados ao gênero, que produzem diferenças no padrão de morbimortalidade. Parte-se do pressuposto de que para produzir mudanças no contexto atual do quadro de saúde do homem é necessária a consolidação de uma assistência, que conheça os sujeitos alvos de sua atenção. Pois, apesar do entendimento sobre a unidade do debate acerca do significado da opressão, exploração e luta de classes, existem

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

Página 05 de 13



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

particularidades e diferenças que precisam ser exploradas por meio de análises da dimensão subjetiva dos sujeitos sociais. Acredita-se que as desigualdades de gênero, geração, raça/ etnia, classe social, dentre outras vivenciadas pelos homens, interferem na maneira pelo qual esse segmento da sociedade se relaciona com os cuidados em saúde. As precárias condições de vida, as instáveis relações trabalhistas, a ausência de vínculo previdenciário no mundo do trabalho, dentre outros aspectos, configuram limites para a prevenção, diagnóstico e

tratamento oncológico. Tendo isso em mente, este estudo possui como objetivo central analisar as experiências e as representações sociais sobre adoecimento por câncer e tratamento oncológico de usuários do sexo masculino, matriculados pela clínica do Tecido Ósseo e Conectivo (TOC), no Hospital do Câncer II (HC II), do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Como centro de referência no tratamento especializado, o INCA adquiriu grande visibilidade por seus esforços dedicados ao controle do câncer. É uma Instituição de Ciência e Tecnologia, conforme a Lei nº 8.691, de 28 de

julho de 1993, cujos principais objetivos são a promoção e a realização da pesquisa e do desenvolvimento científico e tecnológico do país (BRASIL, 1993). O INCA constitui um órgão auxiliar do MS, diretamente vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e ao Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, conforme a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/ MS nº 140, de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014). Atua em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce da doença, formação de profissionais especializados, desenvolvimento de pesquisa,

geração de informação epidemiológica e, ainda, coordena vários programas nacionais para o controle do câncer (INCA, 2019). As unidades hospitalares do INCA integram o SUS e oferecem assistência ambulatorial e hospitalar aos usuários com câncer, domiciliados no estado do Rio de Janeiro e, em alguns tipos de câncer, em outros estados do país. Possui cinco unidades assistenciais classificadas como de alta complexidade, pois envolvem custos elevados e alta tecnologia. Dentre as unidades assistenciais do INCA, o HC II, situado no bairro de Santo Cristo, região portuária

da cidade do Rio de Janeiro, RJ – Brasil, é a unidade de referência para o tratamento de câncer ginecológico e do TOC. A clínica do TOC é responsável por prestar assistência cirúrgica e clínica às pessoas com câncer de pele e sarcomas, localizados no tronco e nas extremidades do corpo, ou seja, tratamento oncológico de tumores malignos ósseos e/ou de partes moles. Os tumores do TOC são conhecidos como sarcomas de partes ósseas e sarcomas de partes moles, respectivamente; além das neoplasias de pele. A incidência do primeiro ocorre, principalmente, na segunda década de vida, durante os períodos de maior crescimento ósseo, como no estirão da

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

Página 06 de 13



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

adolescência. O segundo pico, menos importante ocorre na sexta década de vida. Do mesmo modo, os sarcomas de partes moles ocorrem em indivíduos mais jovens e o câncer de pele acomete cada vez mais, indivíduos nos países tropicais, como o Brasil. O estudo proposto está vinculado à área de concentração intitulada Sujeitos Sociais e

Políticas Sociais e adota como linha de pesquisa Gênero, Raça, Identidade de Gênero e Política Social do curso de Doutorado em Política Social, promovido pela Escola de Serviço Social (ESS)/ Universidade Federal Fluminense (UFF). A escolha do tema de estudo tem origem nas múltiplas vivências presentes na vida pessoal, no campo de trabalho e, também, no processo de formação acadêmica e profissional.

As desigualdades de gênero, percebidas e experimentadas nas diversas dimensões da vida cotidiana como, no ambiente doméstico, no trabalho, na saúde, na educação,

dentre outras, trouxeram inquietações do ponto de vista pessoal, como mulher, que impulsionam e motivam o desenvolvimento desta pesquisa. Como exposto acima, é notória a desigualdade de gênero que se estabelece na assistência à saúde. No caso da população masculina, os

homens adentram na atenção especializada, muitas vezes, com estado de saúde bastante debilitado. Além disso, enquanto profissional de saúde, é possível constatar a fragilidade na rede de saúde pública em relação à cobertura das ações e à carência dos serviços na atenção básica. A soma desses fatores tem apresentado consequências irreversíveis como, o diagnóstico tardio da doença com grande chance de cura, quando descobertas em seu estágio inicial. A confirmação do diagnóstico do câncer em sua fase inicial, caracteriza-se como uma etapa fundamental para o aumento da

possibilidade de tratamento e cura. Os estudos realizados na Graduação em Serviço Social (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), na Especialização em Gênero e Sexualidade (Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – IMS/ UERJ), bem como no Mestrado em Serviço Social (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio) contribuíram para o amadurecimento intelectual e para o interesse em aprofundar e dar continuidade aos estudos sobre gênero, masculinidades e saúde do homem. O trabalho de conclusão de curso, desenvolvido na Graduação, intitulado Paternidade na Adolescência: transformações em busca de equidade nas relações de Gênero (2007); o estudo desenvolvido na Especialização sobre O Cuidado da Saúde Sexual e Reprodutiva no Universo das Masculinidades: um olhar através do Projeto Papo Cabeça (2011) e a dissertação de Mestrado sobre Saúde Sexual e Reprodutiva: o que dizem os adolescentes do sexo masculino do Projeto Papo Cabeça (2013); mostraram que são necessários investimentos em pesquisas que aprofundem a dimensão das

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

Página 07 de 13



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

masculinidades, em suas especificidades e singularidades, a fim de tornar viável a elaboração de ações e estratégias que promovam maior aproximação dos homens com os cuidados em saúde. Esta pesquisa consiste no esforço de contribuir para o debate sobre masculinidades e saúde do homem, principalmente, em dois aspectos. O primeiro, está associado à demanda pela maior produção científica de estudos com enfoque nas especificidades do público masculino. Para Martins et al. (2012), na literatura acadêmica e científica brasileira, ainda, persiste uma grande quantidade de estudos centrados no adoecimento das mulheres e das crianças com câncer, revelando assim, a deficiência de investigações nesse campo de estudo. Ao colocar o foco de atenção na criança e na mulher, atualizam-se diferenças e desigualdades de gênero construídas e organizadas nos serviços de saúde. A conformação destes serviços, historicamente estruturados para atender mulheres e crianças, esbarra na dificuldade do público masculino em buscar assistência para suas próprias necessidades em saúde (SCHRAIBER et al, 2010). O segundo aspecto está relacionado à importância da elaboração de estudos qualitativos, que abordem os significados e os aspectos subjetivos que atravessam o processo de adoecimento por câncer e o tratamento oncológico.

Segundo Rey (2010), as pesquisas desenvolvidas no campo da saúde são, na maior parte, de natureza epidemiológica ou clínica. Para o autor, isso se deve ao fato de que as Ciências da Saúde estão apoiadas no modelo biomédico tradicional e não consideram a importância dos aspectos subjetivos, sociais e culturais dos processos de adoecimento (REY, 2010). Com base na relação entre teoria e prática, a investigação possibilita ao Serviço Social do HC II/ INCA a construção de estratégias de intervenção que possam potencializar e melhorar a qualidade de vida destes usuários, sobretudo, por ser uma doença estigmatizada e relacionada à ideia de finitude iminente. Além disso, o estudo oferece importantes subsídios à formulação de políticas de saúde e de prevenção ao câncer, na medida em que promove um olhar plural e crítico à tentativa de reduzir as diversas masculinidades existentes a uma categoria que torna os homens homogêneos diante de suas necessidades em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as experiências e as representações sociais sobre o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico de usuários do sexo masculino, matriculados pela clínica do Tecido Ósseo e Conectivo, no Hospital do Câncer II, do Instituto Nacional do Câncer.

Objetivo Secundário:

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

Página 08 de 13



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

- a) Analisar o perfil socioeconômico dos usuários do sexo masculino, matriculados no TOC/ HC II;
- b) Identificar os dados sobre o quadro clínico e a proposta de tratamento dos usuários do sexo masculino, matriculados no TOC/ HC II;
- c) Investigar a relação destes usuários com os cuidados em saúde; e
- d) Compreender a influência dos marcadores sociais nas vivências e nas representações sociais do adoecimento por câncer e tratamento oncológico dos usuários do sexo masculino, matriculados no TOC/ HC II.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos desta pesquisa são considerados mínimos e podem surgir devido ao constrangimento ou desconforto, por parte dos participantes, ao abordar questões relacionadas aos aspectos emocionais e subjetivos. Como medida de proteção, a pesquisadora poderá interromper a coleta de dados ou garantir a liberdade do participante da pesquisa em não responder questões que considere constrangedoras. O participante poderá desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo para o mesmo e com a garantia do sigilo pessoal. Além disso, caso o participante da pesquisa sinta-se abalado emocionalmente, o mesmo poderá ser encaminhado, a qualquer momento, para avaliação e suporte da equipe de Psicologia, ou do profissional de referência na área, do HC II.

Benefícios:

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para qualificar os serviços em assistência oncológica e as intervenções do Serviço Social do HC II/INCA, especialmente, no tocante às respostas das demandas sociais da população masculina. O estudo possibilitará o avanço e a ampliação do debate sobre a temática das masculinidades e saúde do homem por meio da produção de artigos e trabalhos a serem divulgados em eventos de natureza acadêmica e científica. Além disso, poderá oferecer importantes subsídios à formulação de políticas de saúde e de prevenção ao câncer, na medida em que, promove um olhar plural e crítico à tentativa de reduzir as diversas masculinidades existentes a uma categoria que torna os homens homogêneos, diante de suas necessidades em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho apresentado como requisito parcial e obrigatório para qualificação no curso de Doutorado em Política Social da Universidade Federal Fluminense. Trata-se de projeto de pesquisa de doutorado que se propõe analisar as experiências e as representações sociais sobre

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

adocimento por câncer e tratamento oncológico de usuários do sexo masculino, matriculados pela clínica do Tecido Ósseo e Conectivo, no Hospital do Câncer II, do Instituto Nacional do Câncer. A pesquisa constitui um estudo de natureza qualitativa, que busca compreender as vivências, experiências, sentidos, crenças e representações com base na valorização da dimensão social e histórica dos sujeitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado/apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ 2124744.pdf"
- 8) Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório/biobanco:
 - Justificativa de necessidade para utilização futura de amostra armazenada: (Não se aplica)
 - Regulamento/Regimento de Biorrepositório(s): (Não se aplica)
 - Termo de Acordo em Pesquisa envolvendo mais de uma instituição: (Não se aplica)
 - Constituição ou participação em biorrepositório no exterior: (Não se aplica)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

Recomendações:

1- No campo hipótese:

Retirar o texto " Parte-se do pressuposto de que para produzir mudanças no contexto atual do quadro de saúde do homem é necessária a consolidação de uma assistência, que conheça os sujeitos alvos de sua atenção. Pois, apesar do entendimento sobre a unidade do debate acerca do significado da opressão, exploração e luta de classes, existem particularidades e diferenças que precisam ser exploradas por meio de análises da dimensão subjetiva dos sujeitos sociais. Acredita-se que as desigualdades de gênero, geração, raça/ etnia, classe social, dentre outras vivenciadas pelos homens, interferem na maneira pelo qual esse segmento da sociedade se relaciona com os cuidados em saúde. As precárias condições de vida, as instáveis relações trabalhistas, a ausência de vínculo previdenciário no mundo do trabalho, dentre outros aspectos, configuram limites para a prevenção, diagnóstico e tratamento oncológico ".

E substituir por : Não se aplica.

O texto apresentado funciona como justificativa. Em função da natureza da pesquisa que requer pergunta norteadora e não construção de hipótese (não há testagem).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos à realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/INCA assegura a ética em todas as suas análises, evitando possíveis conflitos de interesses nas avaliações e na emissão de pareceres.

Destarte, garantimos que nenhum componente da equipe deste estudo participou, analisou, aprovou e/ou expressou posicionamento sobre análise ou parecer consubstanciado do mesmo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 manifesta-se pela aprovação do presente projeto de pesquisa.

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, e resolução nº 466/2012 do CNS, o pesquisador responsável deverá:

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, na íntegra, por ele assinada;
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado;
3. Apresentar ao CEP/INCA eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;
4. Apresentar ao CEP/INCA relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa.
5. Descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 466/12 - CNS, item III.2u);
6. Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 466/12 - CNS, item XI.2f);
7. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 466/12 - CNS, item XI. 2g);
8. Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 466/12 - CNS, item XI.2h).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Outros | Formulario_submissao.pdf | 26/05/2023 10:04:59 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| Outros | Carta_de_anuencia.pdf | 26/05/2023 10:04:07 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| Projeto Detalhado | PROJETO.docx | 16/05/2023 | LIANA DIAS | Aceito |

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.259.514

| | | | | |
|---|--------------|------------------------|-----------------------------------|--------|
| / Brochura Investigador | PROJETO.docx | 16:29:41 | MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| Outros | Roteiro.pdf | 11/05/2023 13:00:27 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 11/05/2023 12:30:35 | LIANA DIAS MARTINS DA ROCHA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Agosto de 2023

Assinado por:

Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br