

A relação entre masculinidade e câncer de próstata: uma revisão sistemática

Maria da Penha de Lima Coutinho^[1], José Andrade Costa Filho^[2], Ana Raquel de Oliveira^[3]

[1] mplicoutinho@gmail.com. Universidade Federal da Paraíba/Departamento de Psicologia. [2] joacofi@uol.com.br. Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Psicologia. [3] ana-raqueloliveira@hotmail.com. Universidade Federal do Piauí/Departamento de Fundamentos da Educação.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo verificar as publicações no contexto nacional e internacional sobre a relação entre masculinidade e câncer de próstata. Para tanto, realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases PsycINFO, Portal da Capes, Scielo, Ebsco, BVS-PSI e LILACS, utilizando os descritores “masculinidade” e “câncer de próstata”, considerando os últimos cinco anos (2013 a 2017). Foram selecionados 22 estudos. Os resultados sobre a relação entre câncer de próstata e masculinidade foram agrupados em três categorias: impacto sobre a funcionalidade sexual, repercussões sobre a identidade e desenvolvimento de estratégias de superação. Percebeu-se que fatores socioculturais, como os estereótipos de gênero, crenças e valores, que contribuem para a definição da masculinidade, podem interferir na efetivação de práticas de cuidado em saúde. Considera-se necessária qualificação profissional e estrutural dos equipamentos de saúde para lidar com os aspectos subjetivos e culturais masculinos, desconstruindo as barreiras que afastam os homens dos serviços de saúde. Espera-se que os resultados reafirmem a importância de intervenções psicossociais que priorizem a melhoria na qualidade de vida do homem.

Palavras-chave: Neoplasia da próstata. Masculinidade. Fatores socioculturais. Identidade. Superação.

ABSTRACT

This study aimed to verify what has been published in the national and international context regarding the association of masculinity and prostate cancer. In order to do so, a systematic review of the literature was carried out using the descriptors “masculinity” and “prostate cancer”, in the PsycINFO, Portal of Capes, Scielo, Ebsco, BVS-PSI and LILACS bases, considering the last five years (2013 to 2017). Twenty-two studies were selected. The results on the association of prostate cancer and masculinity were grouped into three categories: impact on sexual functionality, repercussions on the identity and development of overcoming strategies. It was realized that sociocultural factors, such as gender stereotypes, beliefs and values that contribute to the definition of masculinity, may interfere with the implementation of health care practices. It is necessary professional and structural qualification of the health equipment to deal with the subjective and cultural masculine aspects. It is also important to deconstruct the barriers that keep men away from health services. Results are expected to reaffirm the importance of psychosocial interventions that prioritize improvement in the quality of life of the man.

Keywords: Prostate neoplasia. Masculinity. Sociocultural factors. Identity. Overcoming.

1 Introdução

O câncer é uma das doenças mais complexas a serem discutidas, tendo em vista sua magnitude epidemiológica, social e econômica. O câncer de próstata (CaP), especificamente, desperta a atenção devido a alta incidência na população masculina, sendo o segundo tipo mais comum. Consiste em uma doença que pode repercutir sobre a imagem do homem, pois abrange aspectos culturais, simbólicos, sociais e econômicos presentes na construção da identidade masculina (PINTO *et al.*, 2014).

Assim sendo, destaca-se a dificuldade na prevenção e controle do CaP em nosso país – de dimensões continentais, marcado por fortes diferenças regionais, que abriga uma população de comportamentos, crenças e atitudes diversificadas, o que representa, atualmente, um dos grandes desafios enfrentados pela saúde pública brasileira (INCA, 2017).

Nesse sentido, este artigo propõe discutir os principais achados na literatura a respeito da relação entre masculinidade e câncer de próstata, problematizando os fatores psicossociais que podem estar relacionados aos altos índices da doença e à baixa cooperação ao tratamento. Para melhor caracterização do tema, este estudo se fundamenta em três subseções intituladas: câncer de próstata, construção social da masculinidade e cuidados com a saúde do homem.

2 Câncer de próstata

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) considera o câncer um problema de saúde pública. O câncer de próstata (CaP) é o segundo mais comum nos homens em todas as regiões do Brasil, com 96,85/100 mil na Região Sul, 69,83/100 mil Região Sudeste, 66,75/100 mil na Região Centro-Oeste, 56,17/100 mil na Região Nordeste e 29,41/100 mil na Região Norte (INCA, 2018).

A estimativa para o biênio 2018/2019 é de 68.220 novos casos de CaP no Brasil. Esses valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2018). O aumento nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pelos avanços dos métodos diagnósticos e disseminação do rastreamento, melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país, aumento na expectativa de vida do brasileiro (DAMIÃO *et al.*, 2015).

Quanto ao desenvolvimento da doença, na fase inicial não se apresenta qualquer sinal ou sintoma

relacionado à neoplasia; os sintomas só surgirão quando a doença estiver localmente avançada ou na fase metastática (DAMIÃO *et al.*, 2015). A prostatectomia radical é o mais antigo e provavelmente o mais eficaz método de tratamento do CaP localizado. Consiste em uma modalidade terapêutica cirúrgica que tem como finalidade a retirada da próstata, além de alguns dos tecidos à sua volta, incluindo as vesículas seminais. Contudo, essa operação pode acarretar complicações, como incontinência urinária, que, em muitos pacientes, melhora em alguns dias, semanas ou meses sem intervenção, já em outros, não há melhora (KUBAGAWA *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2014).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do CaP são idade avançada, etnia e predisposição familiar. A idade é o fator de risco mais bem estabelecido para o desenvolvimento deste câncer: em homens com idade superior a 50 anos, a incidência é maior que 30% (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008). Estima-se que 62% dos casos diagnosticados ocorrem em homens com 65 anos ou mais (DAMIÃO *et al.*, 2015). Em relação à etnia, é duas vezes mais comum em homens negros se comparados aos brancos (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008). A hereditariedade eleva a incidência de três para até dez vezes mais do que na população em geral (FERRIS-I-TORTAJADA *et al.*, 2011). Uma vez que a incidência é maior em idosos, o CaP constitui uma preocupação de saúde muito importante, tendo em vista o significativo aumento da expectativa de vida da população (BRASIL, 2009).

Exames preventivos podem auxiliar a descoberta precoce, permitindo um melhor prognóstico (EL BAROUKI, 2012). O diagnóstico pode ser realizado a partir de um exame clínico (toque retal ou toque digital da próstata), pois cerca 80% dos tumores encontram-se na zona periférica da glândula prostática, e do exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico, conhecido por PSA, sigla inglesa da expressão *prostatic specific antigen*. Quando necessário, também deve ser realizada uma ultrassonografia transretal (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011).

O esclarecimento desta doença e o acesso aos serviços básicos preventivos e de diagnósticos constituem fatores relevantes na prática preventiva e de rastreamento (EL BAROUKI, 2012). Porém, fatores socioculturais – como os estereótipos de gênero, crenças e valores que caracterizam a masculinidade – são alguns dos obstáculos na implementação de prá-

ticas de cuidado em saúde (MOSCHETA; SANTOS, 2012). Destarte, o exame do toque retal, apesar de eficaz quando combinado ao exame de sangue, ainda encontra resistência para ser realizado.

Nesse sentido, uma vez instalada a doença, os efeitos colaterais do tratamento podem afetar a qualidade de vida, o ajuste psicossocial e psicosssexual destes homens, repercutindo sobre seu senso de masculinidade (CHAMBERS *et al.*, 2017).

3 Construção social da masculinidade

A concepção ocidental sobre o sexo das pessoas remonta à cultura grega e é retratada em construções filosóficas da Antiguidade. A masculinidade é construída social e historicamente, e determinada pela religião, época, lugar e sociedade (LEMOS, 2008). O estudo sobre os homens, no entanto, só começou a ser sistematizado a partir da década de 1990 pelas ciências sociais nos Estados Unidos, particularmente, na esfera do movimento feminista (ECCEL; SARAIVA; CARRIERI, 2015).

Em sociedades tribais, a masculinidade é situada no patamar de superioridade, conferindo aos sujeitos masculinos maior status social (BOURDIEU, 1995). No pensamento ocidental figura uma representação sobre o ideal de homem como viril, forte, invulnerável e provedor (WELZER-LANG, 2004). A condição masculina é tão arraigada no ocidente que assumiu o sinônimo de humanidade, possuindo caráter universal, o que contribuiu para o pensamento científico ser fundamentado em sujeitos masculinos (BOURDIEU, 1995).

A construção social da masculinidade é compreendida sob a ótica da categoria gênero, a qual é fundamental para a análise desse fenômeno, uma vez que as teorias de gênero fornecem elementos para compreensão sobre como as relações sociais de sexo estão estabelecidas (LEMOS, 2008). No modelo da masculinidade hegemônica, destacam-se como eixos estruturantes a dominação e a heterossexualidade (GOMES *et al.*, 2008). A imposição desse ideal hegemônico de masculinidade é engendrada a partir da oposição à mulher, “no momento em que a diferenciação dos sexos é fundamental para provar a condição de macho masculinizado” (LEMOS, 2008, p. 4).

Sob outra ótica, Oliveira (2017, p. 11) problematiza que “não se nasce homem, nem necessariamente

se torna”, tentando pôr em evidência as teorias interdisciplinares acerca da existência histórica de identidades masculinas alternativas ao modelo dominante ocidental. O autor propõe-se a analisar a noção de identidade como uma construção individual do “ser”, por meio dos processos de aceitação/rechazo/negociação do indivíduo aos modelos que lhe são apresentados desde a infância nos diversos espaços e instituições que transita. Assim, ele questiona a identificação do homem como ser exclusivamente masculino, e da mulher como ser exclusivamente feminino, uma divisão própria do sistema binário de pensamento. De acordo com o mesmo autor, o masculino e o feminino são categorias que coexistem em cada pessoa, de maneira que um homem pode sentir-se mais feminino que masculino e uma mulher mais masculina que feminina.

Entretanto, os modelos de masculinidade predominantes e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde.

4 Cuidados com a saúde do homem

Quando se trata da percepção de gênero e dos cuidados com a saúde, Korin (2001) salienta que a masculinidade é comumente associada à invulnerabilidade, naturalizando a ideia de que hábitos preventivos ficariam a cargo do sexo “frágil”, o feminino. Essa percepção se reproduz nas próprias políticas de saúde, que, historicamente, priorizaram o atendimento ao público feminino (ALVES *et al.*, 2011).

Pesquisa realizada por Alves *et al.* (2011) aponta que as mulheres são consideradas mais cuidadosas, e os homens mais vulneráveis aos aspectos psicossociais, devido ao machismo, às dificuldades em assumir a doença no trabalho e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Os homens, em comparação às mulheres, são menos presentes nos serviços de atenção primária à saúde, já que, no processo de socialização dos homens, o cuidado não é visto como uma prática masculina (COURTENAY, 2000). Com isso, a adoção de comportamentos de risco e a negligência e/ou falta de informação sobre o autocuidado repercutem sobre os comprometimentos da saúde do homem (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Aspectos da masculinidade e do papel de gênero, particularmente daqueles homens mais tradicionais e

restritivos, estão relacionados com resultados físicos e psicológicos mais pobres no enfrentamento do CaP (HOYT *et al.*, 2013). Os homens, em comparação às mulheres, possuem altos índices de morbimortalidade, o que suscitou preocupações e indagações frente ao processo de saúde-doença destes (ALVES *et al.*, 2011).

Nessa dimensão, a masculinidade – isto é, a identidade do homem ou o senso de si mesmo como sendo um homem – também pode estar ligada à forma como os homens respondem ao tratamento do CaP (CHAMBERS *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, apenas nos últimos anos a saúde do homem tornou-se um assunto de interesse das políticas públicas de saúde no Brasil. O Ministério da Saúde lançou, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) como uma das prioridades do governo (BRASIL, 2008). Um dos objetivos da PNAISH é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos (BRASIL, 2008). De maneira específica, a PNAISH visa¹: 1) organizar, implantar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde; 2) estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.

Embora existam políticas públicas na área da saúde voltadas aos homens, a pertinência deste trabalho reside no fato de que existe pouca discussão sobre os aspectos simbólicos que permeiam a dimensão subjetiva do indivíduo que enfrenta o CaP. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a relação entre masculinidade e CaP.

5 Método

5.1 Delineamento

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sobre masculinidade e CaP. A revisão sistemática consiste em uma técnica de análise e síntese da literatura, utilizada em diferentes áreas do conhecimento (ZOLTOWSKI *et al.*, 2014).

5.2 Procedimento

Foi realizada uma busca eletrônica de artigos indexados nas seguintes bases de dados: PsycINFO, Portal da Capes, Scielo, Medline e BVS-PSI, durante o período de fevereiro a abril de 2018. Foram utilizados os descritores: “masculinidade” and “câncer de próstata” e seus correspondentes na língua inglesa “masculinity” and “prostate cancer”.

Foram selecionados artigos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) estudos disponíveis com textos completos, no formato online; 2) artigos empíricos; 3) investigaram especificamente a relação entre masculinidade e CaP; 4) ter sido publicado entre o período de 2013 a 2017; 5) estar no idioma inglês ou português. Adicionalmente, os critérios de exclusão adotados foram: a) revisão sistemática, teórica ou de literatura; b) artigo que apresentava informações repetidas ou disponíveis em outros artigos; c) não apresentar o tipo de análise realizada; d) não ser artigo científico.

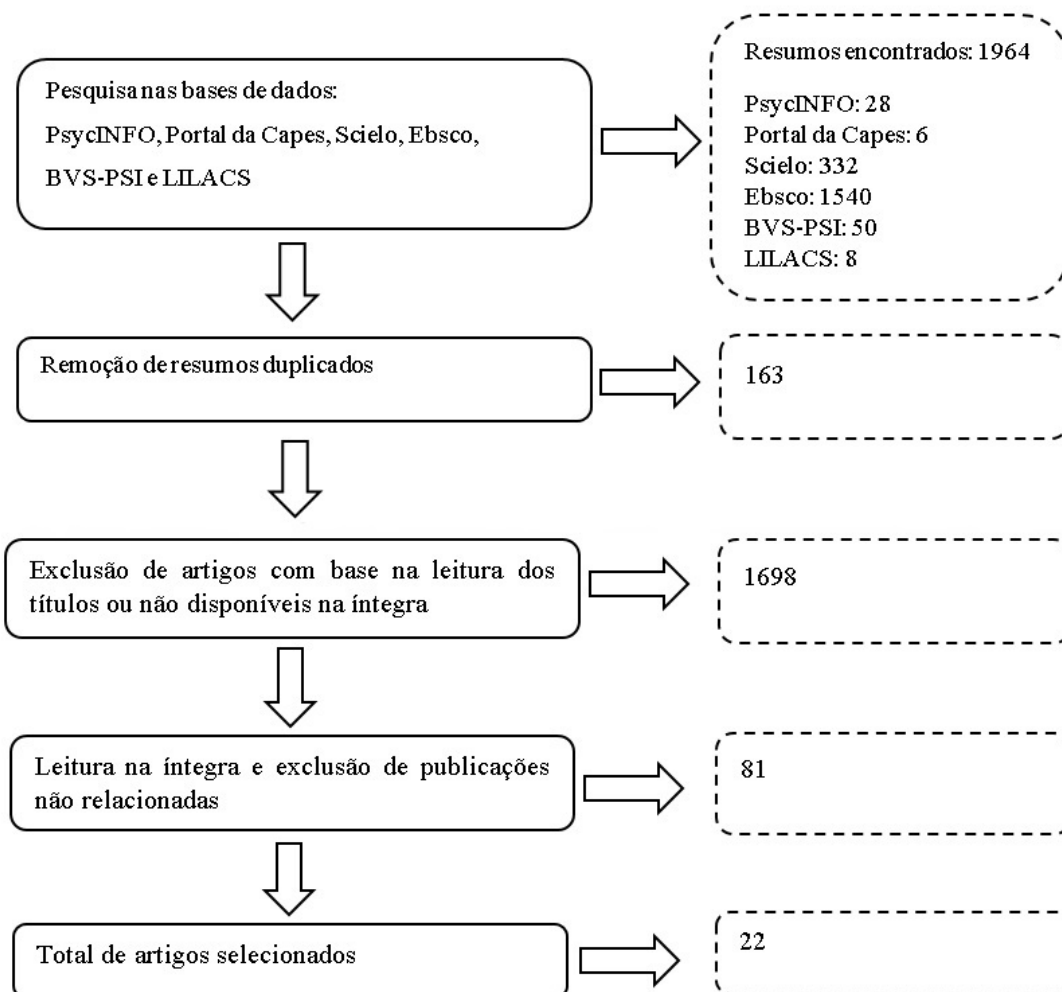
Os resumos repetidos nas bases de dados foram excluídos e uma análise detalhada dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi realizada no intuito de determinar o número final de estudos a serem revisados. A análise dos artigos baseou-se na leitura dos títulos e dos resumos (abstracts) identificados na busca inicial por dois pesquisadores, de forma independente e cega, a fim de garantir controle maior de qualidade e de viés. Ao haver discordância sobre a comparação dos resultados dos pesquisadores, os artigos selecionados foram encaminhados à análise de um terceiro revisor.

A busca dos artigos nas bases de dados foi realizada pelo acesso ao Portal de Periódicos da Capes/MEC, que disponibiliza conteúdos científicos de forma livre e gratuita às instituições participantes mediante acordo firmado com diversos editores de periódicos. Isso ampliou a captação e inclusão de artigos completos.

O fluxograma do processo de obtenção dos artigos incluídos na presente revisão pode ser visualizado na Figura 1.

1 mais informações em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>.

Figura 1 – Fluxograma do processo de obtenção e seleção dos artigos incluídos na revisão sistemática



6 Resultados

As informações acerca dos estudos incluídos na presente revisão estão dispostas na Tabela 1, que apresenta os autores/ano em ordem alfabética, o delineamento, as características da amostra (número de participantes, sexo e idade ou faixa etária), os instrumentos e os principais resultados dos estudos.

Do total de trabalhos incluídos (22), dois estudos eram brasileiros (7,14%), os demais (92,86%) eram de diferentes países americanos e europeus, como Estados Unidos (EUA), França, Suécia, Austrália, Inglaterra. Os EUA despontam como o país mais produtivo na área, seguidos pelos países europeus e, com menor frequência, países da América do Sul ou Latina, não sendo localizados, nesta busca, estudos provenientes da Ásia ou África.

Em relação ao delineamento utilizado, 62,5% eram do tipo qualitativo, 29,2% eram do tipo quantitativo e 8,3% do tipo qualitativo-quantitativo. As técnicas de coleta de dados utilizadas nos estudos qualitativos consistiram em questionário, entrevista semiestruturada e grupos focais, os quais foram utilizados de forma combinada ou separada. Os estudos quantitativos, por sua vez, utilizaram escalas já existentes ou validaram escala. A maioria dos participantes era a população clínica de homens com diagnóstico de CaP, com idades variando entre 45 a 77 anos; em alguns estudos participaram as parceiras e os profissionais de saúde e homens sem diagnóstico.

Tabela 1 – Informações acerca dos estudos incluídos na revisão sistemática, contendo os autores e o ano, o delineamento, a amostra, os instrumentos e os principais resultados, por ordem alfabética.

| Autores/Ano | Delineamento | Amostra | Instrumentos | Principais resultados |
|--|--------------------------|---|---|--|
| Appleton <i>et al.</i> (2015) | Qualitativo | 27 homens, 57 a 76 anos de idade | Entrevista semiestruturada | Homens utilizam várias estratégias para lidar com as ameaças induzidas pelo tratamento a sua masculinidade. |
| Araujo, Conceição, Silva, Santana, Vasconcelos e Sousa (2013) | Qualitativo | 10 homens, 50 a 71 anos de idade | Entrevista semiestruturada | O câncer de próstata relaciona-se à forma como se percebe as suas consequências no contexto social e proporciona momentos de dor, tristeza, trocas de experiências e riscos à saúde. |
| Belinelo, Almeida, Oliveira, Onofre, Viegas e Rodrigues (2014) | Qualitativo | 21 homens, faixa etária de 51 a 77 anos (M = 60,2 anos) | Entrevista | A influência do imaginário social sobre o câncer e o estigma do rastreamento pode acomodar, inibir ou encher de medo e vergonha o homem que se submete aos exames. |
| Chambers <i>et al.</i> (2015) | Qualitativo | 41 homens, 50 a 65 anos de idade | Grupo focal e Entrevista semiestruturada | Construções masculinas do que significa ser um homem jovem e características da trajetória de vida parecem mais relevantes para a definição que se aplica ao câncer de próstata em comparação com a idade cronológica. |
| Chambers <i>et al.</i> (2016) | Quantitativo | 403 homens, (M = 70,34 anos) | MCD-I, Masculine Self-Esteem scale, Medical Outcomes Study Short-form (SF-36) Health Survey, Conformity to Masculine Norms Inventory-46 | O MCD-I demonstrou-se uma medida aceitável, válida e confiável de masculinidade contextualizada. Uma abordagem contextual para medir a masculinidade nos homens com câncer de próstata pode ajudar a evitar abordagens reducionistas por focar a disfunção erétil nestas populações. |
| Dieperink, Wagner, Hansen e Hansen (2013) | Qualitativo | 13 homens com idade entre 66 a 77 anos. | Grupo focal | As entrevistas com grupos focais tiveram um impacto positivo sobre a compreensão dos homens sobre seus processos de reabilitação. |
| Forbat, Place, Hubbard, Leung e Kelly (2014) | Qualitativo-Quantitativo | Estudo I: n = 184 homens; Estudo II: n = 30 homens. Idade não informada | Entrevista semiestruturada e Questionário on-line | Amigos e parceiros eram muitas vezes fundamentais para facilitar o acesso aos cuidados primários. |
| Gilbert <i>et al.</i> (2013) | Qualitativo | 21 homens | Entrevistas semiestruturadas | A maioria dos homens relatou aceitar as alterações à sua sexualidade pós-câncer, considerando como parte do processo natural de envelhecimento. |
| Grunfeld <i>et al.</i> (2013) | Qualitativo | 50 homens, (M = 59 anos) | Entrevista semiestruturada | A experiência do câncer de próstata pode levar a desafios nos papéis sociais e relacionados ao trabalho. |
| Hamilton <i>et al.</i> (2015) | Qualitativo | 18 homens (idade M = 63,1; DP = 3,8) | Entrevistas em profundidade | Exercício em grupo contribuiu para a aceitação de mudanças sexuais a partir da afirmação da masculinidade e apoio dos pares. |

(continua)

(continuação)

| | | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|
| Hoyt <i>et al.</i> (2013) | Quantitativo | 66 homens, (M = 65,76 anos) | Cancer-related masculine threat; Prostate-specific functioning; Emotion-regulating coping processes; Stanford Emotional Self-Efficacy Scale-Cancer; Emotion Suppression Scale; Health status and demographics | Na medida em que os homens acreditam que o câncer é inconsistente com a sua masculinidade, há um declínio no funcionamento da próstata após o tratamento do câncer. A capacidade de processar emoções relacionadas ao câncer parece ser um caminho através do qual o papel de gênero afeta a recuperação do câncer de próstata. |
| Keogh, Patel, MacLeod e Masters (2013) | Qualitativo | 14 homens, Grupo ADT, n = 8; idade M = 65,0, Grupo não ADT, n = 6, idade M = 65,8 | Grupo focal | Percebeu-se a relação entre atividade física e qualidade de vida em sobreviventes de câncer de próstata e como eles usam a atividade física como parte de seu processo de sobrevivência. |
| Klaeson <i>et al.</i> (2012) | Qualitativo | 10 homens, com média de 65 anos de idade | Entrevistas | Os homens estavam preocupados com as experiências encarnadas desconhecidas. Lamentaram a perda da sexualidade diante da nova situação de vida que ameaçava sua identidade. |
| Klaeson <i>et al.</i> (2013) | Qualitativo | 19 homens, 53 a 73 anos de idade | Grupo focal | A sexualidade foi diminuída por consequência da doença. As experiências foram difíceis de compartilhar e conversar com os outros, experimentando o silêncio e tristeza. |
| Moynihan <i>et al.</i> (2017) | Qualitativo | 11 homens, média de idade não identificada | Entrevista | Os homens não demonstraram emoção evidente, mas se percebeu uma sensação de tristeza e medo. As respostas revelaram estereótipos ideais de masculinidade. |
| Mróz, Oliffe e Davison (2013) | Qualitativo | 25 homens, 48 a 77 anos (M = 68 anos) | Entrevista semiestruturada | A maioria dos participantes relatou brevidade na comunicação médico-paciente, os participantes não tinham e/ou perderam a confiança no seu médico e ficaram incertos e ansiosos sobre a legitimidade de vigilância ativa. |
| O'Shaughnessy <i>et al.</i> (2013) | Qualitativo-Quantitativo | 26 homens e 115 homens, 60 a 70 anos. | Grupo focal e Questionário on-line | Os homens não são capazes de identificar claramente os desafios que o câncer de próstata traz, principalmente mudanças para a sua masculinidade. |
| Sharpley <i>et al.</i> (2014) | Quantitativo | Mil homens, idade M = 67,5 | EORTC QLQ C-30 and PR 25; AUA Symptom Index | A presença de estados de humor negativos foi o ingrediente-chave para decidir se os pacientes com câncer de próstata experimentaram a perda de seus sentimentos de masculinidade. |
| Ussher <i>et al.</i> (2017) | Qualitativo-Quantitativo | 124 homens gays e bissexuais, idade de 64,25 anos | Questionário on-line e entrevista | 72% dos entrevistados relataram disfunção erétil, associada a sofrimento emocional, impacto negativo nas identidades gays e sentimentos de desqualificação sexual, além de perda de libido, climatúria, perda de sensibilidade ou dor durante o sexo anal, orgasmos não ejaculatórios e redução do tamanho do pênis. |
| Wenger e Oliffe (2014) | Qualitativo | 30 homens, idade M = 59 anos | Entrevista | Os pacientes desenvolvem diferentes estratégias de resposta como recursos fortificantes e manutenção do vínculo familiar. |

7 Discussão

O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a relação entre masculinidade e CaP. A partir dos resultados encontrados, identificou-se que os estudos sobre esta temática podem ser agrupados em três categorias: impacto sobre a funcionalidade sexual (GILBERT *et al.*, 2013; KLAESON, SANDELL, BERTERÖ, 2013; USSHER *et al.*, 2017); repercussões sobre a identidade (USSHER *et al.*, 2017) e desenvolvimento de estratégias de superação (APPLETON *et al.*, 2015; HAMILTON *et al.*, 2015; HOYT *et al.*, 2013; KEOGH *et al.*, 2013).

7.1 Impacto sobre a funcionalidade sexual

Em relação ao impacto sobre a sexualidade, os sintomas comumente experimentados foram: disfunção erétil, perda de libido, dificuldade com o orgasmo, atrofia genital, perda de massa muscular, fadiga, feminização corpórea (GILBERT *et al.*, 2013; USSHER *et al.*, 2017). Esses sintomas podem repercutir sobre a identidade masculina já que, segundo Welzer-Lang (2004), no pensamento ocidental figura uma representação sobre o ideal de homem como viril, forte, invulnerável, e provedor.

Alguns pesquisadores acreditam que determinadas variáveis podem prever a perda de masculinidade, assim, foram testados como preditores: a depressão-ansiedade dos pacientes, problemas sexuais, disfunção urinária e terapêutica de privação androgênica – do inglês, ADT – (SHARPLEY; BITSIKA; DENHAM, 2014). Estes autores concluíram que a presença de estados de humor negativos foi o ingrediente-chave para decidir se os pacientes com CaP experimentam a perda de seus sentimentos de masculinidade.

Hoyt *et al.* (2013) avaliaram fatores como: a ameaça a masculinidade relacionada ao CaP, a abordagem emocional na superação do CaP e o funcionamento físico, a partir de um estudo longitudinal. Os autores observaram que a regulação da emoção, em particular a capacidade de processar emoções relacionadas ao câncer, parece ser um fator que afeta a recuperação do CaP. A este respeito, Araujo *et al.* (2013), investigando as representações sociais de homens sobre o CaP, identificaram que a doença está diretamente relacionada à forma como se percebe as suas consequências no contexto social; as representações sociais (RS) foram ancoradas em

momentos de dor, tristeza, de trocas de experiências e, sobretudo de riscos à saúde.

7.2 Repercussões sobre a identidade

Considerando que as crenças masculinas influenciam nas respostas dos homens à doença, foi desenvolvido o *Masculinity in Chronic Disease Inventory* (MCD-I), que revelou uma ligação entre a saúde sexual dos homens e seu senso de masculinidade (CHAMBERS *et al.*, 2016). O instrumento mostrou-se aceitável, válido e confiável para medir, avaliar e tratar o CaP no contexto australiano (CHAMBERS *et al.*, 2016). Os autores salientam que permanecem dúvidas persistentes quanto à consideração da masculinidade para o avanço da saúde dos homens que sofrem com CaP. A este respeito, Gomes *et al.* (2008) discutem que há um problema de ordem estrutural nos serviços de saúde, que revela o pouco investimento na organização do serviço em uma perspectiva de gênero, reforçando o senso comum de que os homens não são usuários da atenção primária, e de ordem simbólica, com a ausência da discussão de temas do universo masculino, como a dificuldade que homens têm em se desnudar para os profissionais de saúde.

Portanto, é preciso considerar a masculinidade como uma categoria para além do biológico e do socialmente construído/legitimado. De acordo com Oliveira (2017), a identidade implica o identificar-se com um conjunto de características femininas e masculinas que se entrecruzam no indivíduo.

7.3 Desenvolvimento de estratégias de superação

As estratégias de superação constituem os pilares de sustentação na condição de CaP. Algumas estratégias mencionadas foram a prática de atividade física, relacionamentos amorosos, autogestão da doença, apoio profissional (HOYT *et al.*, 2013) e trabalho (GRUNFELD *et al.*, 2013).

7.3.1 Atividade física

No que se refere à atividade física, um estudo formou grupos focais para analisar a relação entre a qualidade de vida e atividade física, bem como os benefícios e os riscos associados à atividade física (KEOGH *et al.*, 2013). Os temas identificados foram: a saúde sexual; “canalização”; efeitos colaterais não urogenitais; retorno e aumento dos níveis de ativi-

dade física após o diagnóstico; funcionamento/saúde física e benefícios psicológicos da atividade física; assim como os riscos da atividade física excessiva e relacionados à idade (KEOGH *et al.*, 2013). A atividade física foi considerada uma estratégia capaz de proporcionar maiores chances de sobrevivência (KEOGH *et al.*, 2013). Participantes que realizavam exercícios em grupo relataram que o exercício em um ambiente grupal contribuiu para a compreensão sobre a terapêutica de privação androgênica, aceitação de mudanças sexuais por meio da afirmação dos aspectos da masculinidade e do apoio dos parceiros (HAMILTON *et al.*, 2015).

7.3.2 Relacionamentos amorosos

No intuito de explorar questões relacionadas com a função sexual e os relacionamentos, O'Shaughnessy *et al.* (2013) realizaram estudos com grupos focais e entrevistaram casais. A maioria dos homens disse que tinha apoio emocional e psicológico suficiente. As(os) parceiras(os) confirmaram que o câncer tinha impacto sobre os sentimentos de masculinidade do seu parceiro (71%). Dessa forma, manter a saúde sexual e intimidade em um relacionamento é importante para os homens e seus parceiros. Apesar de ser amplamente reconhecido que a disfunção erétil é uma complicação comum após os tratamentos para CaP, há pouca literatura sobre as experiências dos homens e menos ainda sobre as experiências de casais que enfrentam este problema (O'SHAUGHNESSY *et al.*, 2013).

7.3.3 Atividades laborais

Outro fator que pode ser considerado mecanismo de superação é o retorno ao trabalho após o tratamento do CaP. Nessa perspectiva, Grunfeld *et al.* (2013) exploraram o significado do trabalho entre os sobreviventes de CaP, no sentido de descrever as ligações entre masculinidade e trabalho após a remissão da doença. A partir de entrevistas semiestruturadas foram identificados quatro temas, intitulados: "trabalho e autoidentidade", "implicações de efeitos colaterais do tratamento relacionadas com o trabalho", "divulgação de câncer", e "percepções de futuro como um sobrevivente do câncer". Apesar dos aspectos positivos com a volta ao trabalho, principalmente na autoestima, percebeu-se um grau de constrangimento e preocupação com os efeitos colaterais residuais e se estes poderiam constituir um desafio no local de trabalho, havendo, inclusive, relu-

tância em revelá-los (GRUNFELD *et al.*, 2013). Este dado vai ao encontro do estudo de Alves *et al.* (2011) que revela que os homens tem mais dificuldades em assumir a doença no trabalho.

8 Discussão geral

Em linhas gerais, percebe-se que o CaP acaba abalando o aspecto emocional masculino, gerando baixa autoestima, desânimo e recolhimento, levando o homem ao isolamento social e à dificuldade de aceitação da doença (LIMA; HAHN, 2016). Tais dificuldades parecem advir das crenças e simbolismos associados à masculinidade. Paiva, Motta e Griep (2011), por exemplo, em estudo com participantes não acometidos, levantaram as crenças e as possíveis barreiras que limitaram a realização dos exames preventivos. Quanto às crenças, 95% acreditam na cura, se detectado precocemente, 56,3% acreditam que pode ser assintomático, 36,1% concordam/discordam que o tratamento é pior que a doença, 34,4% concordam que o exame afeta a masculinidade, 29,4% referiram possibilidade de vida normal embora doente, e se estiver bem, não é necessário fazer o exame. As barreiras perpassam pela falta de conhecimentos (37%), afetação da masculinidade (33%), dificuldade no tratamento (94%); este último, em função dos altos custos e baixo acesso ao serviço especializado, além do medo de fazer o exame (16,9%), falta de solicitação médica (15%) e falta de importância atribuída ao exame preventivo (10,9%). No Brasil, particularmente, os homens que fizeram exame preventivo possuíam maior escolaridade, renda e realizavam consulta em instituição particular (SOUZA *et al.*, 2011).

É possível notar que a baixa procura por exames preventivos e a noção de que se estiver bem não é necessário ir ao médico refletem a crença de que a masculinidade é comumente associada à invulnerabilidade (KORIN, 2001). O que também vai ao encontro da ideia de que o sentido de masculinidade implica a adoção de comportamentos de risco e a negligência e/ou falta de informação sobre o autocuidado, repercutindo comprometimentos à saúde do homem (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Esse quadro é agravado quando se leva em conta as perspectivas dos pacientes a respeito da comunicação sobre a Vigilância Ativa para o CaP. Estudo demonstrou que a maioria dos participantes relatou brevidade na comunicação médico-paciente, tendo que aceitar o estilo de comunicação do médico e suas

recomendações, interpretando o posicionamento dos médicos como autoritário e atribuindo-lhes o controle (MRÓZ; OLIFFE; DAVISON, 2013). No entanto, alguns participantes permaneceram confusos sobre os detalhes do diagnóstico e protocolos de tratamento, desejando processos de tomada de decisão mais colaborativos (MRÓZ; OLIFFE; DAVISON, 2013). Nesse sentido, a comunicação emergiu como “ameaça”, de forma que os participantes não tinham e/ou perderam a confiança no seu médico e apresentaram incerteza e ansiedade sobre a legitimidade da vigilância ativa (MRÓZ; OLIFFE; DAVISON, 2013). Ou seja, se por um lado, os profissionais de saúde constituem um pilar de sustentação, por outro lado, o diálogo com o médico muitas vezes não oferece este mesmo apoio, necessitando que tais profissionais sejam mais sensíveis à condição enfrentada, ouvindo as dúvidas e as angústias dos pacientes quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Considera-se que o CaP provoca mudanças subjetivas significativas, comprometendo o sentido de identidade dos pacientes, que é ancorado nos ideais de masculinidade, compreendida pela via da sexualidade. A doença abala essa estrutura, o que pode explicar, em muitos casos, a resistência para realizar o exame, principalmente do toque retal, e compromete a adesão ao tratamento. Contudo, o apoio dos familiares, parceiros e a confiança nos profissionais constituem importantes fontes de suporte social para a superação da doença. Cabe salientar que estratégias como atividade física e investimento nos relacionamentos amorosos são fontes de esperança para o aumento da longevidade.

Em síntese, os estudos têm proposto a disseminação de conhecimentos adequados sobre o exame de próstata, tornando-se uma estratégia fundamental para a formação de atitudes positivas em relação à detecção precoce (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011), e evidenciam implicações clínicas importantes, por exemplo, que ações de cuidado com a saúde sexual dos homens podem levar em consideração as informações obtidas de seus parceiros (O’SHAUGHNESSY *et al.*, 2013). Além disso, as crenças sobre masculinidade poderiam ser alvos terapêuticos importantes para melhorar a eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais de adaptação dos homens que se recuperaram do CaP (CAMPBELL *et al.*, 2012).

Contudo, há poucos instrumentos psicológicos que auxiliem no processo de avaliação do impacto do câncer de próstata sobre a masculinidade. Foi localizado apenas um instrumento com o propósito de

medir a masculinidade no contexto do CaP, o MCD-I. Seria importante que este instrumento fosse adaptado para outros contextos no sentido de quantificar os resultados obtidos no tratamento do CaP.

9 Considerações finais

Os resultados obtidos com esta revisão sistemática permitem considerar que os homens ainda relutam em realizar o exame preventivo do toque retal, uma vez que este exame não toca apenas a próstata, mas também, de maneira simbólica, a masculinidade do homem. Masculinidade esta que está associada a cultura, devido à internalização dos modelos de comportamentos masculinos impostos pela sociedade.

Em linhas gerais, percebe-se que ainda há muito que se discutir sobre este tema, uma vez que são apresentadas atitudes negativas frente à realização dos exames preventivos e ao tratamento. Não somente em função das crenças dos homens sobre a masculinidade, mas também pela falta de compreensão e pelo despreparo dos profissionais de saúde na abordagem dialógica e comportamental com estes sujeitos, no sentido de lidarem com os aspectos subjetivos e culturais, desconstruindo as barreiras que afastam os homens da atenção primária em saúde.

Dessa forma, faz-se necessária a implementação de estratégias de cuidados em saúde promovidos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de propor ações que efetivamente contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. F. A saúde do homem na interface com a Psicologia da Saúde. In: ALVES, R. F. (Ed.). **Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 147-168.

ALVES, R. F. *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011.

APPLETON, L. *et al.* The impact of prostate cancer on men’s everyday life. **European Journal of Cancer Care**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 71-84, 2015.

ARAUJO *et al.* As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 2, p. 3884-3893, abr.-jun. 2013.

BOURDIEU, P. A Dominação Masculina. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 133-184, jul.-dez. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

CAMPBELL *et al.* Masculinity beliefs predict psychosocial functioning in African American prostate cancer survivors. **American Journal of Men's Health**, v. 6, n. 5, p. 400-408, 2012.

CHAMBERS *et al.* Measuring masculinity in the context of chronic disease. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 7, n. 3, p. 228-242, nov. 2016.

CHAMBERS *et al.* Erectile dysfunction, masculinity, and psychosocial outcomes: a review of the experiences of men after prostate cancer treatment. **Translational Andrology and Urology**, v. 6, n. 1, p. 60-68, fev. 2017.

COURTENAY, W. H. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, New York, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, mai. 2000.

DAMIÃO, R. *et al.* Câncer de próstata. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.80-86, ago. 2015.

DIEPERINK, K. B. *et al.* Embracing life after prostate cancer. A male perspective on treatment and rehabilitation: Rehabilitation in prostate cancer care. **European Journal of Cancer Care**, England, v. 22, n. 4, p. 549-558, jul. 2013.

ECCEL, C. S.; SARAIVA, L. A. S.; CARRIERI, A. P. Masculinidade, autoimagem e preconceito em representações sociais de homossexuais. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.1-15, jan.-mar. 2015.

EL BAROUKI, M. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através

do exame diagnóstico de PSA. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 425-437, 2012.

FERRÍS-I-TORTAJADA, J. *et al.* Factores de riesgo constitucional es em el cáncer de próstata. **Actas Urológicas Españolas**, Madrid, v. 35, n. 5, p. 282-288, 2011.

FORBAT, L. *et al.* The role of interpersonal relationships in men's attendance in primary care: qualitative findings in a cohort of men with prostate cancer. **Supportive Care in Cancer**, Athens, v. 22, n. 2, p. 409-415, 2014.

GILBERT, E. *et al.* Men's experiences of sexuality after cancer: a material discursive intra-psychic approach. **Culture, Health & Sexuality**, United States, v. 15, n. 8, p. 881-895, 2013.

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

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-1342, ago. 2008.

GRUNFELD, E. A. *et al.* "The only way I know how to live is to work": A qualitative study of work following treatment for prostate cancer. **Health Psychology**, Washington, v. 32, n. 1, p. 75-82, 2013.

HAMILTON, K. *et al.* Sexuality and exercise in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer. **Supportive Care in Cancer**, New York, v. 23, n. 1, p. 133-142, 2015.

HOYT, M. A. *et al.* Cancer-related masculine threat, emotional approach coping, and physical functioning following treatment for prostate cancer. **Health Psychology**, Washington, v. 32, n. 1, p. 66-74, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA INCA. **Próstata**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao+>>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

KEOGH, J. W. L. *et al.* Perceptions of physically active men with prostate cancer on the role of physical activity in maintaining their quality of life: possible influence of androgen deprivation therapy. **Psycho-Oncology**, Atlanta, v. 22, n. 12, p. 2869-2875, 2013.

KLAESON, K.; SANDELL, K.; BERTERÖ, C. M. Talking about sexuality desire, virility, and intimacy in the context of prostate cancer associations. **American Journal of Men's Health**, San Francisco, v. 7, n. 1, p. 42-53, 2013.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latino-americana**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 67-79, 2001.

KUBAGAWA, L. M. *et al.* A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 179-183, 2006.

LEMOS, F. A representação social da masculinidade na religiosidade contemporânea. **Revista Diversidade Religiosa**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 1-17, 2008.

LIMA, R. B.; HAHN, G. V. Câncer de próstata e sua relação com a sexualidade masculina: produção científica brasileira. **Destques Acadêmicos**, Lajeado, v. 8, n. 3, p. 70-86, 2016.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens-PNAISAJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.1179-1186, 2013.

MARTINS, A. M. *et al.* Relações de gênero e a atuação de psicólogos na oncologia: subsídios para a saúde masculina. **Psico**, Porto Alegre, v. 45, n. 1, p. 7-14, 2014.

MOSCHETA, M. DOS S.; SANTOS, M. A. dos. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1225-1233, 2012.

MOYNIHAN, C. *et al.* Ambiguity in a masculine world: Being a BRCA1/2 mutation carrier and a man with prostate cancer. **Psycho-Oncology**, Atlanta, v. 26, n. 11, p. 1987-1993, 2017.

MRÓZ, L. W.; OLIFFE, J. L.; DAVISON, B. J. Masculinities and patient perspectives of communication about active surveillance for prostate cancer. **Health Psychology**, Washington, v. 32, n. 1, p. 83-90, 2013.

OLIVEIRA, A. M. O. Não se nasce homem, nem necessariamente se torna: Aproximação etnográfica a grupos de homens igualitários. **Revista Campo do Saber**, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 11-30, 2017.

O'SHAUGHNESSY, P. K. *et al.* Impaired sexual function and prostate cancer: a mixed method

investigation into the experiences of men and their partners. **Journal of Clinical Nursing**, Salt Lake, v. 22, n. 23-24, p. 3492-3502, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília (DF): 2003. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2018.

PAIVA, E. P.; DA MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Barriers related to screening examinations for prostate cancer. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 73-80, 2011.

PINTO, B. K. *et al.* Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 942-8, nov./dez. 2014.

SHARPLEY, C. F.; BITSIKA, V.; DENHAM, J. W. Factors associated with feelings of loss of masculinity in men with prostate cancer in the RADAR trial: Masculinity in prostate cancer. **Psycho-Oncology**, Atlanta, v. 23, n. 5, p. 524-530, 2014.

SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 151, 2011.

USSHER, J. M. *et al.* Threat of Sexual Disqualification: The Consequences of Erectile Dysfunction and Other Sexual Changes for Gay and Bisexual Men With Prostate Cancer. **Archives of Sexual Behavior**, Switzerland, v. 46, p. 2043-2057, 2017.

WELZER-LANG, D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHPUN M. R. (Ed). **Masculinidades**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004. p. 107-128.

WENGER, L. M.; OLIFFE, J. L. Men managing cancer: a gender analysis. **Sociology of Health & Illness**, Newcastle, v. 36, n. 1, p. 108-122, 2014.

ZOLTOWSKI, A. P. C. Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 97-104, 2014.