



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO



DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, GÊNERO E INTERAÇÃO SOCIAL

FERNANDA DE AZEVEDO LIMA

**SUJEITOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA: GÊNERO, SEXUALIDADE E
CUIDADOS COM A SAÚDE.**

Recife

2018

FERNANDA DE AZEVEDO LIMA

**SUJEITOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA: GÊNERO, SEXUALIDADE E
CUIDADOS COM A SAÚDE.**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, linha de Pesquisa: Família, Gênero e Interação Social, da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Recife

2018

Autorizo a reprodução e divulgação parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, somente para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Universidade Católica de Pernambuco

L732s

Lima, Fernanda de Azevedo

Sujeitos com câncer de próstata: gênero, sexualidade e cuidados com a saúde / Fernanda de Azevedo Lima

199 f.

Orientador: Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Doutorado em Psicologia Clínica, 2018.

1. Psicologia clínica. 2. Próstata - Câncer. 3. Homens - Saúde e higiene. 4. Sexualidade. I. Título.

CDU - 159.922.1

FERNANDA DE AZEVEDO LIMA

**SUJEITOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA: GÊNERO, SEXUALIDADE E
CUIDADOS COM A SAÚDE.**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas – UNICAP
Orientadora

Prof.^a Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias – UNICAP

Prof. Dra. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto – UNICAP

Prof.^a Dra. Maria Helena Franco – PUC – SÃO PAULO

Prof. Dra. Virgínia Cavalcanti Pinto – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Dedico essa tese à minha mãe, **Maria Helena**, e ao meu pai, **Pedro Carlos**, pelo incentivo e por serem meus exemplos de determinação e de ética.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos anos de estudo que resultaram nesta tese, tive apoio, incentivo e acolhimento de muitas pessoas. Então, agora que cheguei ao alvo, não poderia deixar de expressar minha gratidão por elas.

Como não poderia ser diferente, começo por agradecer ao meu **Deus**, porque “Tudo vem de Ti Senhor e das Tuas próprias mãos te damos!” 1ª Crônicas 29.14. A minha fé diz que Ele é a fonte de toda sabedoria, meu criador e é quem desenha e cumpre seus projetos em minha vida. Para mim, tudo que sou e tenho vem Dele.

À minha **mãe**, minha maior amiga, intercessora e estimuladora. Foi graças a ela que entrei pela primeira vez na UNICAP, na graduação, (local que chamo, carinhosamente, de “minha casa acadêmica”). No dia do vestibular, ela sentiu que ali seria o meu lugar! Mãe não erra mesmo! Obrigada por sempre ter-me acolhido quando precisei e por ter investido em mim de todas as formas. Não tem como esquecer. Esse meu título é da senhora!

Ao meu **pai**, a quem tanto admiro, pelo seu percurso como professor de música e militar. Minha inspiração, disciplina e vocação para a docência, certamente, vêm dele. Nesses quatro anos de doutoramento ele adoeceu várias vezes, mas, firme como uma palmeira está hoje presente para eu poder abraçá-lo, agradecer-lhe e ouvi-lo me chamar de filha amada, como ele sempre fala. Obrigada, também, de todo coração, por não ter medido esforços para “paitrocinar” meus estudos.

Ao meu **irmão Carlos Airam** que alegra minha vida, fazendo com que ela fique mais leve com seu bom humor e extraordinário dom musical. Como o admiro! Somos “Carne e unha”, mas ele sempre compreendeu minhas ausências, em virtude da realização desse Doutorado. Todas as vezes que nos víamos, ele me recebia com um abraço afetuoso e sorriso no rosto.

A **todos os meus queridos familiares**, que sempre torceram por mim e demonstraram carinho (em especial a **Tia Zezé**, que, mesmo com a distância física, sempre me ligava e mandava WhatsApp perguntando sobre a tese e me estimulava com entusiasmo); a **Tia**

Josane (*in memoriam*) que sempre vibrava com meu Doutorado e me acolhia nas férias em sua casa, com alegria, afeto, boa vontade e honras. Como ela faz falta! à **Prima Ester** e ao **Primo Anderson**, que acompanharam de perto essa minha caminhada, como outras, estando sempre ao meu lado.

À minha orientadora **Prof.^a Dr. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas** pela valiosa partilha dos seus saberes, pelo dedicado acompanhamento e por ter-me orientado de forma tão afetuosa. Além disso, nossa relação vai muito mais além da Academia. Ela é uma pessoa extremamente amiga, que, cuidou de mim em muitos momentos difíceis da minha vida, com muita compaixão.

À **Prof.^a Dr.^a. Albenise de Oliveira Lima**, pela oportunidade que me conferiu de participar, na graduação, do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, na qualidade de Bolsista do CNPq. Com ela pude dar meus primeiros passos no que se refere à realização de pesquisas e sua experiência e sabedoria colaboraram para o meu interesse em atuar nesse campo.

A todos os **professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP** pelo carinho, incentivo e apoio, especialmente à **Professora Dra. Suely Santana** e ao **Professor Dr. Marcus Túlio**.

À minha banca examinadora, **Prof.^a Dra. Cristina Brito**: obrigada por sua acolhida na banca prévia, por seu afeto e reconhecimento do meu esforço e pelas correções; aos **Professores Drs. Ricardo Delgado e Leopoldo Barbosa** e às **Prof.^{as} Dras. Carmem Barreto e Virgínia Cavalcanti** que deram importantes orientações que proporcionaram um trabalho mais completo e à **Prof.^a Dra. Maria Helena Franco – PUC - SP**, que, desde o meu Mestrado, não se limitou a participar das minhas bancas, colaborando na elaboração desses trabalhos, a partir de seus profundos conhecimentos na área hospitalar.

Às companheiras de turma, em especial a: **Dani, Gil e Karine**, pelos momentos de descontração e apoio. O Doutorado ficou menos pesado por causa de vocês. Além disso, agradeço, ainda, a Dani por ter intermediado, com muita boa vontade, a autorização da minha pesquisa no hospital particular.

Aos também colegas de turma: **Margarida, Thálita, Mary, Roberta, Tereza, Jeane, Raíssa, Bruno e Diêgo**, pelo bom humor, indicação de textos e debates que proporcionaram crescimento profissional e pessoal no decorrer do curso.

Aos funcionários da secretaria **Nélia, Eliene e Sérgio** pelo excelente atendimento, sempre simpáticos, atenciosos e gentis.

À agência financiadora desta pesquisa, **CAPES (Bolsa/Taxa/CAPES/PROSUP)**, a qual permite que o aluno estude e trabalhe, por ter-me oferecido as bolsas sem atrasos, com ética e responsabilidade.

Ao meu **pastor Edson Vando** pelas orações, e à sua esposa, minha grande amiga **Erica**, por interceder por mim e manifestar uma amizade tão genuína, me ouvindo quando precisei de aconselhamentos e de um ombro.

À **Flávia, Dani, Carina, Kelly, Fernanda Frazão, Jô, Jesus Moura, Benéria, Ana Luíza, Raíssa, Rebeka, Julianne, Jozy, Magali, Dio, Neuciane e Eva**, grandes amigas, companheiras de muitas horas alegres e difíceis. Nenhum ser humano é uma ilha e com boas amizades podemos ir muito mais longe!

Ao meu **coordenador Walfrido**, pela carta de recomendação que elaborou quando fiz a seleção para o Doutorado e por toda força que me deu; à minha **coordenadora Sandra**, pelas mensagens de incentivo quando me via desmotivada e aos **meus/minhas alunos (as) e estagiários (as)** que me deram palavras de estímulo durante o Doutorado e que me reconhecem com tanto carinho e respeito.

À **Dra. Maria do Carmo** que, tão gentilmente, autorizou a realização da pesquisa no Hospital particular. Muito obrigada pela confiança. Ao **Dr. Nogueira**, referência de urologista no estado de Pernambuco, que, com muita boa vontade, “escancarou portas” e permitiu que eu permanecesse no seu setor o tempo que fosse necessário. À **assistente social Edleuza (Edy)**, exemplo de dedicação profissional, que me recebeu com tanto carinho e me indicou muitos pacientes para a entrevista. Obrigada, também, pela amizade que nasceu a partir desse trabalho. Você brilha!

À **Cláudia**, que, de forma tão espontânea e verdadeira, me ofereceu ajuda para conseguir realizar a pesquisa no hospital público no qual seu esposo, **Dr. André Maciel**, é urologista. Amiga muito empática e solidária e médico muito competente.

Aos **entrevistados** que, gentilmente, participaram desta pesquisa, pela disponibilidade e oportunidade que me deram de crescimento.

*“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho,
na ação-reflexão.” (Paulo Freire)*

RESUMO

O objetivo desta tese foi problematizar como os homens se subjetivam tendo câncer de próstata sendo atravessados por diferentes discursos de verdade sobre a masculinidade. Para isso, realizou-se uma pesquisa empírica qualitativa, com onze sujeitos diagnosticados com esse tipo de câncer e que estavam utilizando os serviços de urologia de dois hospitais: um particular e um da rede pública da cidade do Recife. Utilizaram-se alguns recursos etnográficos, a partir dos seguintes instrumentos: a Entrevista Narrativa e o Diário de Campo. Os resultados foram analisados por meio da Análise Enunciativa ou Discursiva de Foucault, a qual visa compreender um conjunto de condições de existência que possibilitam a construção de um dado fenômeno. Este autor problematizava seus objetos de estudo, a partir das condições históricas em que eles emergiam e compreendia o sujeito como habitante atravessado pelas relações de saber, poder e da ética de um momento histórico. Trabalhou-se, nesta tese, com o conceito de masculinidade hegemônica, considerando-a um discurso, de acordo com Foucault, que o considera um conjunto de saberes que funcionam como verdades. Os resultados deste estudo apontam para uma tênue linha entre sujeição e resistência aos discursos que circulam em nossa sociedade, no modo como estes homens se constituem e nas posições de sujeito que assumem. Quando se trata dos cuidados com a saúde, nossos entrevistados assumem posições de sujeito dependentes de suas mulheres, atravessados pelos discursos de que é da “natureza” da mulher cuidar de maridos e filhos. Por outro lado, o discurso do homem forte é usado para embasar a posição de dominação masculina sobre o feminino. Discursos sobre o que lhes é permitido fazer para serem considerados “machos”, levam estes homens a não querer realizar o exame de toque retal. Narram o receio de, ao fazer tal exame, ficarem “acostumados”, o que é associado à homossexualidade. Porém, os discursos que circulam em uma sociedade, e a nossa não é exceção, são múltiplos e quase sempre, contraditórios. A presença de programas que incentivam os cuidados com a saúde do homem, PNAISH e a Campanha Novembro Azul, convocam os homens à autovigilância, e configuram controle e poder sobre suas vidas (biopoder e biopolíticas). Estes discursos emergem como imperativos na construção de uma cultura de cuidados com a saúde e, desta forma, outras posições de sujeito, aparentemente contraditórias, são assumidas, é “obrigatório” cuidar da saúde e ser saudável. Além disso, quando a orientação médica é a de não praticar sexo, leva-os a um entendimento reducionista da sexualidade humana, sexo é entendido apenas como o coito. Isso aponta para uma sexualidade vigiada, normatizada e controlada, “verdades” impostas por saberes diversos, sem problematização desses discursos. Por fim, percebeu-se que, apesar do câncer ser, culturalmente, uma doença estigmatizada associada à morte, foi possível, para alguns desses homens, resistir, não somente acreditando na possibilidade de cura, mas construindo outros modos de existir, uma estética da existência mais própria.

Palavras chave: Saúde do homem; Câncer de Próstata; Discursos; Gênero; Sexualidade.

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to problematize how men build subjectively with prostate cancer being crossed by different real discourses about masculinity. There for, a qualitative empirical research was carried out, with eleven subjects diagnosed with this type of cancer and using the urology services of two hospitals: a private one and a public one settled down in the city of Recife. Some ethnographic resources were used, from the following instruments: the Narrative Interview and the Field Diary. The results were analyzed through Foucault's Enunciative or his Discursive Analysis, which aims to understand a set of conditions of existence that make possible the construction of a datum phenomenon. This author problematized his objects of study, starting from the historical conditions in which they emerged and understood the subject as an inhabitant crossed by the relations of knowledge, power and the ethics of a historical moment. In this thesis, the concept of hegemonic masculinity was considered, holding it as a discourse, according to Foucault, who reckons it a set of knowledges that function as truths. The results of this study point to a thin line between subjection and resistance to the discourses that circulate in our society, in the way these men are constituted and in the positions of subject that they assume. When it comes to health care, our interviewees assume positions of subject dependent on their own women, crossed by speeches that it is from the "nature" of the woman to take care of husbands and children. On the other hand, the strong man's discourse is used to ground the position of male domination about the female. Speeches about what they are allowed to do to be considered "males" lead these men not wanting to perform the rectal examination. They narrate the fear that, in making such an examination, they become "familiarized", which is associated with homosexuality. However, the discourses that circulate in a certain society, and ours is no exception, are multiple and almost always contradictory. The presence of programs that encourage human health care, PNAISH and the Campaign Blue November Campaign, call men to self-monitoring, and configure control and power over their lives (biopower and biopolitics). These discourses emerge as imperatives in building a culture of health care and, thus, other seemingly contradictory subject positions are assumed, it is 'obligatory' to take care of health and to be healthy. In addition, when medical guidance is not engaging in sex, it leads them to a reductionist understanding of human sexuality; sex is understood only as intercourse. It indicates a vigilant, normalized and controlled sexuality, with "truths" imposed by diverse knowledge, without problematizing these discourses. Finally, it was found that, despite cancer, being culturally a stigmatized disease associated with death, it was possible for some of these men to resist, not only believing in the possibility of cure, but constructing other ways of existing, an aesthetics of existence.

Keywords: Health of man; Prostate cancer; Speeches; Gender; Sexuality.

SUMÁRIO

Apresentação	13
Introdução	17
1 Sujeitos com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde: uma revisão de literatura	25
1.1 Método da Revisão	26
1.2 Resultados e Discussão	29
1.2.1 <i>Corpus</i> para análise	29
1.2.2 Textos localizados	32
1.3 Câncer de próstata e gênero	36
1.4 Câncer de próstata e sexualidade	38
1.5 Câncer de próstata e cuidados com a saúde	39
1.6 Câncer de próstata e experiência	42
Algumas Considerações.....	45
2 O Discurso em Foucault	49
2.1 Análise Enunciativa ou Discursiva de Foucault	57
2.2 Cenário da Pesquisa	63
2.2.1 Natureza da Pesquisa: Estudo Qualitativo e Recurso Etnográfico	64
2.2.2 Instrumentos	68
2.2.3 Participantes: os construtores da rede enunciativa	73
2.2.4 Procedimentos de Produção dos Dados	75

3 Análise e Discussão dos Dados	78
3.1 Discursos sobre o masculino e cuidados com a saúde do homem.....	78
3.1.1 O discurso da masculinidade hegemônica e suas implicações sobre os cuidados com a saúde do homem	79
3.1.2 O discurso da masculinidade hegemônica e suas implicações sobre a detecção do câncer de próstata	99
3.1.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, “Novembro Azul” e a vida do homem como alvo: reflexões sobre o biopoder, as biopolíticas e a governamentalidade.....	116
3.2 Sexualidade e Gênero em discurso: sujeitos com câncer de próstata e suas vidas afetivas sexuais	131
3.3 Sujeitos com câncer de próstata e modos de subjetivação	150
Considerações Finais da Tese	161
Referências	169
Anexo	187
Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	188
Apêndices	191
Apêndice A: Modelo da Carta de Aceite	193
Apêndice B: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	192
Apêndice C: Modelo da Ficha Sócio Demográfica	196
Apêndice D: Ficha de Anotações de cada trabalho selecionado para a Revisão de Literatura.....	197

Apresentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) aponta que tem crescido significativamente o número de óbitos resultantes do câncer no mundo.¹ Diante dessa incidência, não é de se espantar que conheçamos alguém que tenha perdido a vida por conta desta doença ou que tenha tido este diagnóstico, mas, com o tratamento adequado, conseguiu recuperar-se. No meu caso, além de conhecer, no meu círculo social, pessoas que vivenciaram estas duas situações (a morte e a recuperação), também trabalhei num hospital com pacientes que tiveram esta doença, incluindo o câncer de próstata. Esta experiência foi o que me instigou a escrever esta tese.

O meu apreço pela Psicologia Hospitalar não é recente. Desde a graduação em Psicologia, iniciada no ano de 2004 e concluída em 2008, que me interesse por esta área, mais especificamente, após assistir a uma aula da Prof^a Dra. Veridiana Alves sobre este tema. A partir dali, meu encanto por este campo aumentou e, assim, fiz meu Trabalho de Conclusão de Curso com o seguinte tema: Estresse Ocupacional: um estudo com a equipe técnica de enfermagem em serviços de emergência de um hospital público da cidade do Recife. O arcabouço teórico utilizado nesse estudo foi a Cognitivo Comportamental.

Esta foi uma pesquisa empírica, porém, não tive acesso ao campo, pois a direção do hospital não autorizou minha entrada na instituição. Ela solicitou que eu entregasse os inventários que mediam o nível de estresse à enfermeira chefe, ela entregou estes instrumentos às técnicas de enfermagem e depois me devolveu tudo respondido por elas.

Por desejar me aprofundar mais na área da Psicologia Hospitalar e por almejar realizar uma pesquisa *in loco*, ao concluir a graduação, iniciei, logo em seguida, em 2009, o Mestrado

¹ Na Introdução deste trabalho, a Epidemiologia desta doença será detalhada.

em Psicologia Clínica. Diante disso, realizei minha pesquisa em um hospital particular da cidade do Recife. A proprietária desta instituição foi minha colega de classe na UNICAP e autorizou que eu fizesse minha pesquisa neste local e que eu atuasse na área de Psicologia na Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Esta experiência como Psicóloga Hospitalar foi ao lado de outra psicóloga que trabalhava lá, muito acolhedora e experiente na área. Esta oportunidade foi muito significativa, pois me enriqueceu como pessoa e como profissional.

Essa UTI possuía uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar composta por: médicos, enfermeiros, técnicas de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistente social. Lá eu participava das reuniões da equipe de saúde para discutir casos clínicos e realizava atendimentos a pacientes e à família deles, tanto derivado de demandas espontâneas, quanto por encaminhamentos de algum membro da equipe.

No referente à pesquisa que realizei, ela foi intitulada: Unidade de Terapia Intensiva: um estudo com filhos que possuem a mãe ou o pai neste modo de internação. Este estudo teve por objetivo compreender a experiência de um (a) filho (a) que está com a mãe ou o pai internado em uma UTI, bem como identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles (as). O embasamento teórico usado neste estudo também foi a Cognitiva Comportamental, área na qual possuo especialização.

Já no Mestrado, iniciei a carreira acadêmica, sendo professora de algumas Instituições de Ensino Superior, nos cursos de Psicologia, Enfermagem, Recursos Humanos e Direito. Posteriormente, atuei como Psicóloga Escolar e Psicóloga Clínica em consultório, local que trabalho até hoje, bem como na Docência. Diante disso, não fiz, de imediato, a seleção para o Doutorado. Só consegui me organizar para isso em 2014.

A experiência como Psicóloga Hospitalar e a pesquisa realizada no Mestrado desencadeou uma série de questionamentos que hoje estão refletidas nesta tese. Quando atuei

na UTI, entrei em contato com pacientes com diversas doenças, inclusive muitas pessoas me perguntavam e me indagam até hoje como eu conseguia trabalhar neste ambiente de dor e, muitas vezes, de morte. Mas, fui me habituando e, principalmente, crescendo como pessoa, ao encontrar, muitas vezes, resiliência em meio à doença. Muitos pacientes se reinventavam naquele contexto. Isso também me reinventou. Foi tão marcante o que eu observei neste hospital, que a epígrafe que coloquei na minha dissertação de Mestrado foi: *“As doenças ampliam os horizontes de nossa alma, fazendo-nos duplicar os valores que realmente importam e que antes pareciam inexistentes.” (Ivan Teorilang)*. Esta frase resume a experiência de muitos pacientes e a minha.

Vale salientar, porém, que houve sujeitos que vivenciavam um sofrimento advindo da situação do adoecimento e internação em um hospital, com dificuldades de ressignificar esta experiência. Conforme mencionei anteriormente, no hospital, entrei em contato com pacientes com diferentes doenças, mas, a que mais me chamou a atenção foi ter atendido alguns pacientes com câncer de próstata, por ter percebido que eles tinham algo em comum: além do medo da morte que alguns sentiam, por conta, principalmente, do estigma que esta doença carrega, os efeitos colaterais do tratamento desta doença, como a dificuldade de ereção, exigiu daqueles homens a capacidade de ressignificar suas vidas afetivas sexuais e suas concepções de masculinidade.

Diante disso, esta experiência me afetou, pois me mostrou a importância de acolher esses sujeitos, mas de também problematizar algumas ideias com esses homens, como, por exemplo, o que possibilitou que concepções e discursos de que o homem tem que ser viril emergisse. Assim sendo, percebi a necessidade de estudar e de aprofundar mais esta temática e esta oportunidade eu tive no Doutorado, a partir da realização desta pesquisa em dois hospitais da cidade do Recife: um particular e um da rede pública, instituições que muito me acolheram. Assim, permaneci dos meses de maio a novembro de 2016 no setor de urologia

desses hospitais, colhendo os dados desta pesquisa. Diretores, urologistas, assistente social “escancaram as portas” e de forma muito afetuosa e acolhedora me receberam e acreditaram no meu estudo.

Foi no Doutorado, também, que comecei a estudar, pela primeira vez, as teorias de Michel Foucault, uma vez que esta é a base teórica da minha orientadora e a mesma não orienta mais trabalhos embasados na teoria Comportamental. Mesmo sendo um grande desafio, decidi não mudar de orientadora ou de fundamentação teórica, mas resolvi tecer essa tese amparada pela concepção foucaultiana. A experiência foi dolorosa, por ser tudo novo, mas, muito rica.

Com este estudo comecei a refletir, dentre muitas coisas, sobre os discursos e os processos de naturalização sobre as normas regulatórias do que é ser homem e ser mulher, os atravessamentos de sistemas de verdades do saber-poder que formam o campo no qual emergem as condições de existência e comecei a repensar o que é normativo, problematizando as naturalizações e o discurso contemporâneo do gerenciamento da vida. A partir de tudo isso que foi construída esta Tese.

Introdução

De acordo com o Instituto do Câncer do Brasil (INCa, 2013), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (metástase).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), o câncer é um importante problema de saúde pública, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento.

Percebe-se, então, que o número de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, principalmente a partir do século passado, configurando-se, na atualidade, como um dos maiores problemas de saúde pública mundial. Conforme aponta o INCa (2014), o câncer de próstata também se sobressai como um importante problema de saúde pública mundial, tendo sido observado, a partir de 1960, um aumento progressivo na sua incidência em vários países. Ainda de acordo com o INCa (2014), no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. Em 2013, foram registrados 13.772 mortes no país por esta doença e há uma estimativa de que ocorreram 61.200 novos casos em 2016.

Consideramos que descrever epidemiologicamente uma doença contribui para sua melhor compreensão; somado a isso, questionar o que esta doença faz com os homens também é relevante. Assim, esta tese se debruçou em focar o sujeito do câncer de próstata, ou

seja, as formas de ser sujeito de homens com câncer de próstata, a partir dos fundamentos teóricos – metodológicos de Michel Foucault.

Uma vez que esta pesquisa fez alusão à teorização foucaultiana, se faz mister ressaltar que Foucault não tinha a ideia do sujeito que busca uma verdade universal, sem considerar a história. Ele considerava a complexidade contingencial, não no sentido de causalidade, mas pensava o sujeito em sua historicidade. O sujeito, para Foucault, seria um composto histórico. Uma determinada identidade produzida por forças em um determinado período da história. Foucault questionava como os saberes, os poderes e os discursos nos atravessam e como nos construímos historicamente no que somos hoje.

Uma noção ainda utilizada nas estratégias de pesquisa de Foucault foi o que ele chamou de “acontecimentalização”. Foucault (1984d) chamava de acontecimentalização a recuperação e a análise do objeto de pesquisa tomado, não como um invariante, mas, como uma experiência histórica e singular. Ele ressaltou que o primeiro sentido de acontecimentalizar é fazer surgir uma singularidade onde se imaginava existir uma constância histórica, a um caráter antropológico ou a uma evidência que se impõe mais ou menos a todos. Sua proposta foi a de se debruçar sobre a experiência histórica singular, sem generalizações e universalizações, ou seja, trata-se de fazer surgir uma singularidade.

No referente à abordagem da saúde do homem, sabe-se que ainda é escasso o número de homens que procuram cuidar de sua saúde de forma sistemática. Esta falta de cuidado para com a saúde por parte deles contribui, inclusive, para sua menor expectativa de vida. Segundo Bertolazzi (2010), eles vivem, em média, sete anos menos que as mulheres.

Podemos compreender esta ausência de cuidados da saúde masculina a partir da noção de sujeito para Foucault. Ele não via o sujeito como natural, mas ele questionava que posições o sujeito ocupa nos discursos que os atravessam. No que se refere a este conceito foucaultiano

(discurso), ele é um conjunto de saberes que recebe *status* de verdade. Por exemplo, o discurso social de masculinidade, que adverte que o homem deve ser forte e viril, contribui para que a maioria dos homens não realizem práticas de cuidados com sua saúde. Isso mostra que os discursos constroem modos de ser sujeito. E, segundo Foucault (1995a), os discursos são constituídos no processo histórico.

A noção de discurso é empregada por Foucault (1986) como um conjunto de regras anônimas e históricas que definiram em uma dada época as condições de exercício da função enunciativa. Os discursos constroem modo de serem sujeitos, de ser homem e os convocam, por exemplo, a uma posição de sujeito passivo diante do autocuidado. Eles são atravessados por regimes de verdade, como a ideia do homem vigoroso, por exemplo, sendo convocados a assumir determinadas posições. Assim, os discursos oferecem posições de sujeito que, quando assumidas, têm implicações para a subjetividade e a experiência.

A experiência histórica, como citada por Foucault (1984d), não é outra coisa que a trama de discursos e práticas por meio dos quais se dá forma àquilo que somos. Ele concebe a experiência como a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade. Assim sendo, a experiência é a forma de subjetivação em determinada cultura, isto é, em local e tempo específicos. Daí a necessidade de questionar os discursos de verdade.

Um dos principais objetivos dos estudos de Foucault foi questionar/problematizar como os saberes e poderes produzem isso que nós somos hoje, uma vez que tudo isso gera os processos de subjetivação. Problematizar é provocar uma ruptura com aquilo que pensamos, é questionar o jogo de regras que determina o aparecimento e o desaparecimento dos discursos, questionando como se formou o que nós somos, considerando as circunstâncias e desconstruindo as naturalizações. Problematizar, para Foucault, é questionar o que é

normativo, é ter uma posição crítica diante daquilo que se tornou natural, é interrogar o que se fala, quem fala e que posições o sujeito ocupa nos discursos que o atravessa, pois, dessa forma, há a possibilidade de realizarmos algo para que as coisas não sejam as mesmas.

Sabe-se, por exemplo, que a sociedade patriarcal convencionou um discurso de que ser homem é ser vigoroso, porém, essa ideia é um discurso usado para embasar a ideia de dominação masculina sobre o feminino, o que demonstra uma linha divisória do que Foucault (1984b) chamou de relações de poder. Porém, onde há poder, há resistência. O poder possibilita diversos tipos de conduta e liberdade.

Em se falando sobre os cuidados com a saúde por parte dos homens, conforme aponta o INCa (Brasil, 2016), para se ter um diagnóstico precoce do câncer de próstata, costuma-se recomendar o exame de sangue para verificar a dosagem do antígeno prostático específico, conhecido por PSA, sigla inglesa da expressão *prostatic specific antigen*; o exame clínico (toque retal ou toque digital da próstata), para avaliar o volume da próstata e a presença de nódulos suspeitos; quando for fundamental o estudo de ultrassom transretal e biópsia.

No referente ao exame do toque retal, não se pode negar os receios que alguns homens têm em realizá-lo, por considerarem que estão sendo tocados em uma parte “interdita”, o que pode inviabilizar o cuidado com sua saúde. Sabe-se que, culturalmente, existem normatizações das posições de gênero, a saber: homem – ativo; mulher – passivo. Essas regras e ideias contribuem para que os homens tenham medo de realizar certos exames necessários para o cuidado com sua saúde, como o de toque retal, por exemplo, pois temem, ficarem nessa posição de passividade e “pôr em risco” sua masculinidade, caso haja ereção durante o procedimento deste exame (Gomes, Nascimento, Rebello & Araújo, 2008). Percebe-se, então, que a sociedade normatiza comportamentos e ações, baseando-se em um

conjunto de ideias, valores que indicam como homens e mulheres devem se comportar, sentir e pensar.

Diante das dificuldades de homens realizarem o autocuidado, ações que estimulam o cuidado com a saúde por parte deles foram criadas, como a campanha “Novembro Azul”, realizada pela Sociedade Brasileira de Urologia, a qual tem o objetivo de conscientizar a população masculina acerca da necessidade da realização de exames que possam detectar o câncer de próstata, como o toque retal. Isto leva os homens a pensarem de uma determinada maneira, na qual têm que cuidar da sua saúde e praticar a autovigilância. Foucault chamou isso de Biopoder. Para ele os poderes nos obrigam a ser saudáveis e nós vamos assumindo posições de sujeitos que cuidam da saúde.

Conforme apontam Silva e Leite (2014), o biopoder margeia as relações que o sujeito deve ter com o seu corpo, com sua vida, de modo a aprimorá-los de maneira incessante, numa norma que faz proliferar uma regulação da saúde, do cuidado de si. O Biopoder é a gestão da vida. Foucault (1978) passou a pensar, então, em termos de Biopolítica. Ela tem como alvo o conjunto dos indivíduos, a população. É a prática de biopoderes locais. Assim, o discurso da saúde é um gerenciamento da vida, o qual diz como os homens devem viver, o que demonstra um poder sobre a vida dos sujeitos.

Com a realização da campanha Novembro Azul, muitos homens descobrem a presença do câncer de próstata e, segundo Gomes, Nascimento, Rebello e Araújo (2008), um dos receios dos homens é a repercussão desta doença em suas vidas afetivas sexuais, uma vez que a radioterapia pélvica pode provocar a dificuldade de ereção e muitos homens restringem a sexualidade apenas à penetração.

No referente ao conceito de sexualidade, outro eixo temático desta tese, utilizamo-nos do conceito de Foucault (1988), o qual a ressaltava como constituída historicamente, a partir

de discursos reguladores, que produziram verdades e sujeitos sexuais. Diante disso, ele a concebia como um nome dado a um dispositivo histórico. O dispositivo, segundo Foucault (1978) é o conjunto heterogêneo que envolve discursos, instituições, organizações arquitetônicas, leis, conhecimentos científicos, valores morais, entre outros. Em suma, o dito e o não dito. Já no que se refere ao conceito de gênero, nos aproximamos da concepção desenvolvida por Judith Butler (2003), a qual interroga a visão essencialista de masculinidade e feminilidade. Ela compreende gênero como algo performativo, ou seja, para ela, são os gestos e os atos que constroem os sujeitos e que instituem sua realidade.

Vale ressaltar que Foucault e Butler são teóricos pós-estruturalistas. O pós-estruturalismo questiona o cientificismo das ciências humanas, adota uma posição antifundacionista em termos epistemológicos e enfatiza um certo perspectivismo em questões de interpretação. O movimento pós-estruturalista questiona o racionalismo e o realismo que o estruturalismo havia retomado do positivismo, com sua fé no progresso e na capacidade transformativa do método científico, colocando em dúvida, além disso, a pretensão estruturalista de identificar as estruturas universais que seriam comuns a todas as culturas e à mente humana em geral (Peters, 2000).

Seguindo essa perspectiva, realizamos uma pesquisa questionando as formas de ser sujeito de homens com câncer de próstata. Sabe-se que há uma escassez de estudos que foquem esta temática. De acordo com Medrado, Lyra e Azevedo (2011) conhecemos pouco sobre a saúde e o adoecimento dos homens. Muitas vezes, os profissionais acabam trabalhando com informações parciais, limitados à sua própria experiência. Portanto, é necessário qualificar melhor essas pessoas, questionando, gerando e divulgando dados sobre: as principais necessidades dos homens em termos de saúde; as condições de existência do adoecimento e morte deles; dentre outros aspectos.

Estudos dessa natureza são relevantes, pois contribuem para a expansão do conhecimento, fornecem subsídios para a formação de profissionais que lidam com esses pacientes (psicólogos, médicos, enfermeiros, assistente social etc) e possibilitam a construção de outras versões de sentidos, no caso deste trabalho, sobre as masculinidades. Essas possibilidades e inquietações nos incitaram, então, a querer ouvir mais esses participantes e a se questionar: como homens com câncer de próstata se subjetivam atravessados pelos discursos acerca da masculinidade?

Assim, partindo de Foucault, Butler e outros teóricos pós-estruturalistas, o objetivo geral deste trabalho foi: problematizar como os homens se subjetivam tendo câncer de próstata sendo atravessados por diferentes discursos de verdade sobre masculinidade. Especificamente, buscou-se: discutir o conceito de cuidados com a saúde na perspectiva da medicina atual, principalmente os cuidados com a saúde do homem; discutir o dispositivo de sexualidade e o conceito de gênero a partir de uma perspectiva pós-estruturalista; analisar nos discursos de homens que têm câncer de próstata os sentidos atribuídos aos cuidados com a saúde, ao conceito de gênero e de sexualidade; investigar como estão lidando com o fato de terem câncer de próstata; investigar como se dá suas vidas afetivas/sexuais depois do diagnóstico.

Para isso, realizou-se uma pesquisa empírica qualitativa, que pressupõe um caráter de não generalização dos resultados. O estudo foi composto de onze sujeitos diagnosticados com câncer de próstata que estavam utilizando os serviços de urologia de um hospital particular e de um hospital da rede pública da cidade do Recife. Utilizou-se alguns recursos etnográficos, a partir dos seguintes instrumentos: a Entrevista Narrativa e o Diário de Campo.

A partir do exposto, problematizamos e construímos este trabalho do seguinte modo: o primeiro capítulo se refere à revisão de literatura, ou estado da arte, que avalia, criticamente, o

que vem sendo pesquisado, no âmbito nacional e internacional, sobre câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde, entre os anos de 2009 e 2017. O segundo capítulo faz alusão aos subsídios teórico-metodológicos de Michel Foucault, bem como às ferramentas e cenário da nossa pesquisa.

O terceiro capítulo se refere à análise dos dados, colhidas a partir das observações e entrevistas com os sujeitos acometidos pelo câncer de próstata, que foi dividido a partir dos seguintes eixos: discursos sobre a masculinidade e suas implicações no cuidado com a saúde do homem, bem como suas implicações na detecção do câncer de próstata; discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e da Campanha de detecção do câncer de próstata – Novembro Azul, a partir dos conceitos foucaultianos de biopoder, biopolíticas e governamentalidade; discussão sobre a vida afetiva sexual dos participantes, a partir da ideia de sexualidade, num conceito foucaultiano, enquanto dispositivo histórico e gênero a partir da concepção de performatividade, baseada na teoria de Judith Butler e encerramos esse capítulo analisando os modos de subjetivação dos sujeitos acometidos por essa doença. Concluimos o trabalho com as considerações e sugestões de novas pesquisas, uma vez que não foi nosso objetivo esgotar o tema.

Esperamos que este estudo amplie a discussão sobre as temáticas aqui ressaltadas e que auxilie no planejamento de programas que problematizem as construções dos discursos sobre as masculinidades e suas repercussões sobre os conceitos de gênero e sexualidade, bem como sobre os cuidados com a saúde masculina.

1 Sujeitos com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde: uma revisão de literatura

Neste primeiro capítulo desta tese será apresentada uma Revisão de Literatura cujo objetivo é avaliar, criticamente, o que vem sendo produzido e apresentado, na literatura científica, de âmbito nacional e internacional, a respeito da temática: Sujeitos com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde.

Esta revisão compreendeu o período de 2009 a 2017. O marco político-legal que influenciou a escolha deste espaço de tempo, foi o lançamento, em agosto de 2009, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (Brasil, 2009), pelo Ministério da Saúde. O objetivo dessa política é assistir homens entre 25 e 59 anos, através da implantação de ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem. Este Plano de Ação Nacional (PN) orienta gestores no planejamento local de ações, a partir do enunciado de metas, ações e estratégias, para que os serviços de saúde acolham e atendam esses homens, elencando, em cada eixo, “ações prioritárias”. Assim, a PNAISH visa incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas para a população masculina, em particular, nos serviços de Atenção Básica.

Tal Programa anseia mudar a cultura sobre a prevenção de doenças por parte dos homens, uma mudança paradigmática em relação ao cuidado à saúde, que, muitas vezes, é delegada somente às mulheres. No referente à pesquisa de trabalhos internacionais, não foi encontrado nenhum marco político legal internacional relacionado à saúde do homem a qual pudesse influenciar o período de tempo da revisão. Além disso, para haver uma consonância com o período dos estudos nacionais, também se delimitou analisar estudos internacionais

publicados entre 2009 e 2017. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho de 2015 a agosto de 2017.

1.1 Método da Revisão

No que tange à Revisão de Literatura, segundo Polit e Beck (2011), um trabalho desta natureza, de alta qualidade, deve ser abrangente e completa, com referências atualizadas; precisa ser sistemática, ou seja, o autor precisa seguir regras claras para a seleção dos estudos que irão compor a sua revisão, abrangendo os critérios de inclusão e exclusão e, por último, deve ter um bom potencial de reprodução, ou seja, se outro autor seguir as mesmas regras utilizadas para selecionar os estudos, chegará a conclusões similares.

Ainda segundo essas autoras, para alcançar esse nível de qualidade, o/a autor/a necessita seguir alguns passos, a saber:

- Formular a questão/problema de pesquisa.
- Elaborar uma estratégia de pesquisa (bases de dados e descritores).
- Pesquisar, identificar e armazenar potenciais materiais de fontes primárias, documentando as decisões e as ações da busca; examinar a adequação e a relevância das fontes, descartando referências irrelevantes ou impróprias.
- Ler os materiais das fontes, identificando novas referências e orientações.
- Resumir e codificar as informações dos estudos.
- Criticar/avaliar os estudos.
- Analisar e integrar informações, buscar temas.
- E, por último, preparar síntese/resumo crítico.

Além do exposto acima, nesta revisão também foram utilizadas diretrizes do guia chamado de recomendação PRISMA (2015) (Principais Itens Para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta – Análises). Este documento foi criado para atender aos diversos progressos conceituais e práticos na ciência das revisões. Quando possível, diversos itens do seu *checklist* melhoram a consistência de relato deste tipo de estudos. Assim, alguns itens deste guia utilizados foram:

- Afirmação explícita dos participantes dos estudos, do delineamento e resultados encontrados;
- Indicação de um protocolo de Revisão, no caso do nosso estudo utilizou-se o de Polit e Beck (2011);
- Especificação dos anos de estudos considerados e idiomas, apresentando justificativa;
- Apresentação da estratégia completa de busca eletrônica para, pelo menos, uma base de dados;
- Apresentação do processo de seleção dos estudos;
- Apresentação de um formulário piloto dos estudos;
- Apresentação do número de estudos rastreados, razões para exclusão e utilização de gráficos e tabelas;
- Exposição das citações dos estudos;
- Discussão dos resultados principais, mostrando as limitações e implicações para futuras pesquisas.

Além do exposto, para o presente estudo estabelecemos as etapas indicadas por Polit e Beck (2011), as quais possuem alguns passos que corroboram com o PRISMA (2015):

Primeira etapa: estabelecimento do problema da revisão de literatura;

Segunda etapa: estabelecimento de descritores e critérios de inclusão/exclusão dos trabalhos acadêmicos;

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados;

Quarta etapa: análise dos dados;

Quinta etapa: discussão e apresentação dos resultados;

Sexta etapa: discussão e apresentação da revisão.

Na construção do *corpus* desta pesquisa, escolhemos fazer a busca de artigos científicos, teses e dissertações disponíveis nas seguintes fontes de dados eletrônicos de acesso público: Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (a qual possui indexadas as seguintes bases de dados: Lilacs, Medline – base de dados internacional – Scielo e Portal de Teses e Dissertações); a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDBT) e a Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SciELO), uma vez que há estudos da SciELO que não aparecem na SciELO indexada à BVS.

O que norteou esta busca foi o seguinte questionamento: o que vem sendo produzido e apresentado, na literatura científica, de âmbito nacional e internacional, a respeito da temática: Sujeitos com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde? Para isto, foram utilizados os seguintes descritores: “Câncer de Próstata + Gênero”; “Câncer de Próstata + Sexualidade”; “Câncer de Próstata + Cuidados com a Saúde” e “Câncer de Próstata + Experiência”, a fim de alinhar, também, com o título e com os objetivos dessa tese. Os critérios de inclusão e de exclusão para seleção dos artigos para compor a amostra desta Revisão foram:

Crêterios para Inclusão dos Estudos

- Abordagem da temática: câncer de próstata, cuidados com a saúde do homem, gênero e sexualidade;
- Trabalhos nacionais e internacionais publicados nos últimos oito anos (2009-2017);
- Trabalhos Acad micos, tipo: Disserta es, Teses e Artigos;
- Artigos completos disponíveis nas bases de dados.

Crêterios para Exclusão dos Estudos

- Abordagem destas temáticas, do ponto de vista de homens que não estão acometidos pelo câncer de próstata, familiares de pacientes com câncer de próstata, ou de membros da equipe de saúde;
- Trabalhos que falavam sobre as repercussões orgânicas do câncer de próstata;
- Artigos de acesso pago;

1.2 Resultados e Discussão

1.2.1 Corpus para análise

O levantamento realizado nas bases de dados resultou no seguinte quantitativo de textos:

Tabela 01: Número de textos identificados por descritores e tipo de produ o textual

Tipo de Produ�o	Câncer de Próstata + Gênero	Câncer de Próstata + Sexualidade	Câncer de Próstata + Cuidados com a Saúde	Câncer de Próstata + Experiência	Total
Artigos (BVS)					
LILACS	6	96	3	91	196
MEDLINE	2	16	2	92	112
SCIELO	7	33	1	0	41
PORTAL DE TESES E DISSERTA�ES	1	11	1	0	13
Disserta�es e Teses (BDBT)	0	2	4	7	13
Artigos (SciELO)		259	26	170	455
Total	16	417	37	360	830

Iniciamos a busca de dados pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), através do “método integrado” e da seleção por idioma em “todas as fontes” e em “todos os índices”. Posteriormente, continuamos a busca na Biblioteca Digital Brasileira de Dissertações e Teses (BDBT). Esta investigação foi feita por meio da “procura básica”.

Por fim, realizamos uma busca na Scielo, através do “método integrado” e da seleção por idioma. Vale ressaltar que, apesar de a Scielo estar incluída na BVS, optamos por sua permanência nas fontes de dados, pois, constam estudos na referida base de dados que não foram localizados na BVS, porém, não sabemos o porquê disso.

A partir das leituras dos títulos dos trabalhos, foi feito o levantamento e a exclusão das produções repetidas. Em seguida, realizou-se uma leitura dos títulos, dos resumos e, quando necessário, de trechos ou da totalidade dos estudos localizados; com isso excluimos as obras que, mesmo tendo sido identificadas a partir dos descritores escolhidos, não tinham relação com o tema proposto por esta revisão, a exemplo de trabalhos que falavam sobre as repercussões orgânicas do câncer de próstata e estudos que tiveram, como participantes, homens sem o diagnóstico do câncer de próstata. Tal levantamento resultou no seguinte quantitativo de textos:

Tabela 02: Quantitativo de trabalhos selecionados após a eliminação de estudos repetidos e que não tinham relação com o tema proposto por esta revisão, conforme citados nos critérios de exclusão

Tipo de Produção	Câncer de Próstata + Gênero	Câncer de Próstata + Sexualidade	Câncer de Próstata + Cuidados com a Saúde	Câncer de Próstata + Experiência	Total
Artigos (BVS)					
LILACS	0	0	0	0	0
MEDLINE	0	1	1	1	3
SCIELO	1	0	1		2

PORTAL DE TESES E DISSERTAÇÕES	0	0	1	0	1
Dissertações e Teses (BDBT)	1	0	2	5	8
Total	2	1	5	6	14

Com a tabela 02 pode-se perceber o *corpus* final para este trabalho de revisão de literatura. Após a utilização de todos os critérios adotados, restaram 14 (quartoze) estudos, os quais nos tipos de texto podem ser vistos na tabela a seguir:

Tabela 03: Número de trabalhos identificados por tipo de texto após a exclusão das repetições e de estudos que não tinham relação com o tema desta revisão

Tipos de Produção	Quantitativo
Artigos	5
Dissertações de Mestrado	9
Tese de Doutorado	0
Total	14

Feita a identificação dos textos que serviriam de fontes para esta revisão de literatura, passamos a lê-los detalhadamente, usando uma ficha para anotação das informações referentes a cada trabalho selecionado (14), para composição do *corpus*. A ficha continha os seguintes itens:

Tabela 04: Ficha de anotações sobre as informações de cada trabalho selecionado

Tipo de Obra	Título da Obra	Ano da Publicação	Título do Periódico	Nome dos Autores e Sexo	Área de Conhecimento	Lugar onde o estudo foi pesquisado	Lugar onde o estudo foi publicado	Objetivos	Participantes	Método	Síntese da Obra
--------------	----------------	-------------------	---------------------	-------------------------	----------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------	---------------	--------	-----------------

Esta ficha se encontra preenchida no Apêndice C desta tese e, a partir deste procedimento, foi possível obter:

- O levantamento de informações consideradas relevantes para a análise dos estudos;
- A identificação e análise dos objetivos dos estudos e o que neles é produzido discursivamente;
- A problematização das produções, considerando os métodos, as tendências as, convergências, divergências e resultados.

1.2.2 Textos localizados

A partir da leitura das obras e do levantamento dos dados, elaboramos algumas outras tabelas, a fim de facilitar o entendimento e análise de aspectos considerados relevantes sobre o tema aqui exposto, a saber:

Tabela 05: Número de produções *nacionais* que tratam de homens com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde

Ano de publicação	Artigos Nacionais	Dissertações	Teses	Total
2009	-	-	-	-
2010	-	03	-	03
2011	-	-	-	-
2012	-	03	-	03
2013	01	-	-	01
2014	-	01	-	01
2015	01	01	-	02
2016	-	01	-	01
2017	-	-	-	-
Total	02	09	-	11

Na tabela 05 pode-se perceber que a maior concentração de publicações ocorreu nos anos de 2010 e de 2012, anos seguintes ao lançamento da PNAISH. Podemos supor que esse quantitativo possa ter sido oriundo, justamente, desse novo paradigma, que foi colocar a

prevenção e saúde do homem em pauta, a partir desta nova Política, lançada no ano de 2009, o que, pode ter contribuído para o interesse de pesquisadores em investigar essa temática nos anos seguintes.

Vale salientar que as orientações advindas da PNAISH são fundamentais para os cuidados com a saúde do homem, mas, também, revelam um discurso contemporâneo: o discurso da saúde e um gerenciamento da vida que diz como os homens devem viver, sobre a justificativa que vão viver melhor, o que mostra um controle e um poder sobre a vida dos sujeitos. Esse poder sobre a vida, Foucault nomeou de biopoder: “O biopoder margeia as relações que o sujeito deve ter com seu corpo, com sua vida, de modo a aprimorá-los de maneira incessante, numa norma que faz proliferar uma regulação da saúde, do cuidado de si.” (Silva & Leite, 2014, p. 90).²

Notou-se, também, na tabela 05, que foram encontrados apenas dois artigos, dentro do período de tempo proposto nesta revisão e não foram localizadas teses de Doutorado que trabalhassem a temática aqui proposta. Isso mostra a escassez de estudos sobre este tema e a necessidade de mais pesquisas que abordem este assunto. Percebe-se que a concentração de estudos se refere, quanto ao tipo de obra, a Dissertações de Mestrado. Diante disso, sugere-se que mais artigos científicos sejam construídos a partir destas Dissertações, a fim de difundir os resultados encontrados nestas pesquisas.

Tabela 06: Número de artigos *internacionais* que tratam de homens com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde

Ano de publicação	Artigos Internacionais
2009	-
2010	01
2011	-
2012	-

² No capítulo 03 dessa tese, o conceito de Biopoder será mais aprofundado.

2013	01
2014	-
2015	01
2016	-
2017	-
Total	03

No que se refere aos estudos internacionais, comparando com a publicação de trabalhos nacionais, pode-se perceber que houve mais publicações no Brasil, onze, enquanto no exterior existem três publicações de estudos sobre esta temática, segundo essas bases de dados, o que indica que este tema, “saúde do homem”, foi mais estudado em nosso país. A escassez de estudos destaca como a saúde do homem é pouco comentada e há uma necessidade da ampliação de discussões sobre o tema: saúde do homem, gênero e sexualidade. A reflexão sobre esta temática poderia contribuir para o planejamento de intervenções oportunas para a população masculina.

Tabela 07: Número de produções científicas que tratam de homens com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde por tipo de produção e local que foi publicado

Local	Artigos	Dissertações	Tese	Total
SP	-	03	-	03
RJ	01	-	-	01
MG	-	04	-	04
RS	-	01	-	01
PR	-	01	-	01
MT	01	-	-	01
E.U.A.	02	-	-	02
Espanha	01	-	-	01
Total	05	09	-	14

Ao analisar as informações acima, pode-se constatar que, no Brasil, o estado que mais produziu publicações foi Minas Gerais (04), seguido por São Paulo (03). Não foram encontradas publicações sobre este tema nos estados das regiões Norte e Nordeste. Com esses dados, percebe-se que os meios de publicação se concentram em determinadas regiões.

Quanto aos estudos internacionais, o país onde houve uma maior concentração foi nos Estados Unidos (02).

Tabela 08: Número de produções científicas que tratam de homens com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde por tipo de produção e local em que foi pesquisado

Local	Artigos	Dissertações	Tese	Total
SP	-	03	-	03
RJ	01	01	-	02
MG	-	03	-	03
RS	-	01	-	01
PR	-	01	-	01
MT	01	-	-	01
E.U.A.	02	-	-	02
Espanha	01	-	-	01
Total	5	9	-	14

Ao avaliar as duas tabelas anteriores, pôde-se perceber que os estudos que foram pesquisados em São Paulo, também foram publicados neste estado, talvez pelo fato de os pesquisadores já conhecerem as temáticas que as Revistas de sua região trabalha.

No referente aos estudos internacionais, as pesquisas realizadas nos Estados Unidos foram publicadas neste país e o estudo realizado na Espanha foi publicado neste mesmo país também. Vale salientar ainda que, mesmo sendo o câncer de próstata, no Brasil, o segundo mais comum entre os homens e o sexto tipo mais comum no mundo (Brasil, 2014), ainda são escassos estudos que tratam desta temática.

Tabela 09: Número de produções científicas que tratam de homens com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde por tipo de produção e campos de saber

Campos de saber	Artigos	Dissertações	Tese	Total
Psicologia	01	01	-	02
Medicina	01	02	-	03
Enfermagem	03	06	-	09
Total	05	09	-	14

Conforme ficou evidenciado na tabela nove, os estudos encontrados concentram-se mais na área de Enfermagem, seguida pela área de Medicina. Um fator que pode explicar isso é que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), o enfermeiro é quem organiza a

assistência na prevenção a esta neoplasia (câncer de próstata), dentre outras, criando medidas eficazes na abordagem ao homem, planos específicos que superam as dificuldades existentes, além de criar vínculos através do Programa Saúde da Família (PSF) e o médico é quem também assiste esses sujeitos nesses Programas. Isso justifica o fato de esses profissionais precisarem obter a opinião desses homens sobre a prática dos cuidados com sua saúde, como, por exemplo, a prática quanto ao exame de toque retal e a experiência de possuir o câncer de próstata, a fim de alcançar subsídios que norteiem suas práticas e criação de programas preventivos e de tratamento.

A terceira área de concentração foi a de Psicologia. Vale ressaltar que este campo também precisa debruçar-se sobre esta temática, para pesquisar não só as opiniões e experiência desses homens, a fim de criar intervenções, mas, sobretudo, para problematizar quais foram as condições de possibilidades nas quais estas opiniões foram produzidas. O que influencia na construção da subjetividade desses homens também é fator fundamental para a criação de programas que os façam refletir sobre este tema e que trabalhem a prevenção e cuidados à saúde desses cidadãos. Sugerem-se, então, mais trabalhos no nosso campo que foquem esta temática.

A seguir será apresentada a discussão dos trabalhos encontrados nas bases de dados aqui escolhidas, os quais serão expostos considerando os quatro eixos temáticos propostos nesta tese.

1.3 Câncer de próstata e gênero

Nesta parte do trabalho, buscamos analisar o que dizem os estudos no que tange ao tema câncer de próstata e gênero. Ao observá-los, pôde-se perceber a escassez de trabalhos

que abordem este tema, uma vez que ao utilizar os descritores “Câncer de Próstata + Gênero”, apenas 16 estudos foram encontrados e, após utilizarmos os critérios de exclusão adotados nesta pesquisa (abordagem desta temática, do ponto de vista de homens que não estão acometidos pelo câncer de próstata, familiares de pacientes com câncer de próstata, ou de membros da equipe de saúde; trabalhos que falavam sobre as repercussões orgânicas do câncer de próstata), restaram dois estudos nacionais e nenhum internacional.

No referente a estes estudos, Araújo, Conceição, Silva, Santana, Vasconcelos e Sousa (2013) objetivaram identificar as representações sociais de ser homem com câncer de próstata em indivíduos acometidos por esta doença. O outro estudo foi o de Martins (2015), o qual investigou as representações sociais de corpo para homens, após o adoecimento por câncer de próstata.

Identificou-se, nestes trabalhos selecionados, que os resultados foram convergentes. Araújo, Conceição, Silva, Santana, Vasconcelos e Sousa (2013) e Martins (2015) constataram que os sujeitos acometidos pelo câncer de próstata apresentam um discurso normatizador sobre a masculinidade. Para eles a virilidade e serem ativos na relação sexual são o que faz o indivíduo “ser homem” e a próstata é o símbolo dessa masculinidade. Os autores constataram, também, que, após o adoecimento, os homens passaram a representar os seus corpos como frágeis, doentes e debilitados. A partir disso, eles ressaltaram que, ao serem acometidos pela citada doença, se sentiram “menos homens”, por conta de seus corpos estarem desse modo e, também, pela dificuldade de ereção resultante da radioterapia pélvica. Eles destacaram, ainda, que isso não seria apenas ideias deles, mas do contexto social nos quais estão inseridos.

Diante do exposto, é possível perceber o que apontam Gomes, Nascimento, Rebello e Araujo (2008), quando dizem que do contexto sócio-histórico emergem normatizações das posições de gênero, a saber: homem – ativo/viril; mulher – passivo. Assim sendo, refletem esses pesquisadores que, apesar das constantes transformações nas relações de gênero, ainda

persiste a representação dos homens como viris, fortes e invulneráveis e essas visões fixas de masculinidade podem proporcionar maiores sofrimentos a esses indivíduos que possuem esse tipo de câncer.

Observando os citados trabalhos, nota-se que não foram encontrados estudos que problematizassem as condições sócio-históricas nas quais essas normatizações de masculinidade, como a imagem de homem viril, por exemplo, foram construídas e suas implicações sobre o sofrimento desses homens acometidos por esta doença: o câncer de próstata.

Pesquisas que ressaltassem que algumas normas atribuídas a esses papéis devem ser problematizadas, questionadas e criticadas contribuiriam para a diminuição destas lacunas e poderiam colaborar para que o sofrimento desses homens, frente ao acometimento do câncer de próstata, fosse atenuado.

1. 4 Câncer de próstata e sexualidade

Nesta parte do trabalho, buscamos analisar quais foram as tendências, no que tange as pesquisas que continham essa temática: câncer de próstata e sexualidade. Um primeiro ponto a ser ressaltado é que foi encontrada apenas uma pesquisa que abordava este assunto (câncer de próstata e sexualidade), a qual foi internacional, o que mostra a necessidade de mais estudos com esse enfoque. Outro aspecto abordado é que o estudo levantado nesta revisão de literatura reduziu a sexualidade ao ato sexual, mais especificamente, à capacidade de ereção.

Gilbert, Ussher, Perz, Wong, Hobbs e Mason (2013) entrevistaram 21 homens com o objetivo de avaliar as mudanças na vida sexual em indivíduos acometidos pelo câncer de próstata. Esses pesquisadores constataram mudanças significativas na vida sexual de

indivíduos após o aparecimento do câncer de próstata, a saber: dificuldades para ter orgasmos, diminuição do desejo sexual e dificuldade de ereção. Estes homens destacaram, ainda, que, para ressignificar essa situação, eles passaram a considerar que, além dessas consequências serem derivadas da doença, essas sequelas poderiam também ter ocorrido devido ao processo natural do envelhecimento, então, mesmo se não estivessem doentes, por serem idosos, poderiam estar passando por este processo.

Os resultados acima mostram a relevância de conhecer essas e outras repercussões do câncer de próstata sobre a vida sexual desses homens, pois oferecem subsídios teóricos aos profissionais que lidam direta ou indiretamente com esses pacientes, possibilitando o desenvolvimento de programas de suporte psicológico a essa população. Tais programas poderiam mostrar, por exemplo, uma visão da sexualidade mais ampliada e não só restrita à conjunção carnal, ao coito. Estudos que se propusessem problematizar a redução da sexualidade ao ato sexual fazem-se, então, necessários, uma vez que essas ideias são muito naturalizadas.

Estas pesquisas e programas seriam relevantes a esses próprios sujeitos que, muitas vezes, buscam orientações e ajuda para minimizar seus sofrimentos psíquicos frente às repercussões sobre a vida sexual advinda dessa doença.

1.5 Câncer de próstata e cuidados com a saúde

Nesta parte do trabalho, buscamos analisar o que dizem os estudos sobre o tema: câncer de próstata e cuidados com a saúde. Ao observá-los, no referente aos estudos *nacionais*, Naccarato (2010) aplicou 30 questionários em homens para investigar a opinião sobre o exame de toque retal durante a consulta para rastreamento do câncer de próstata.

Fernandes (2012) também averiguou, em 54 homens com diagnóstico de câncer de próstata, a partir de uma entrevista, a opinião sobre o exame de toque retal, bem como a prevalência da realização deste exame. Brito, Campos Junior, Nova e Cassol (2015) aplicaram um questionário em 100 homens diagnosticados com câncer de próstata, com questões abertas e fechadas, para investigar as informações desses homens sobre este tipo de câncer e os exames indicados para detectar essa doença. Oliveira (2016) aplicou uma entrevista semi estruturada, em 15 homens com câncer de próstata para avaliar o conhecimento que eles tinham sobre os exames de detecção desta doença e sua forma de tratamento.

Em relação à opinião sobre o exame de toque retal, os estudos de Naccarato (2010) e Fernandes (2012) apresentaram resultados convergentes, uma vez que os participantes dessas pesquisas apontaram que o estigma referente a este exame (a ideia de que este exame compromete a imagem de homem viril, caso haja ereção durante o procedimento), enche esses homens de medo e vergonha de fazê-lo. Também foi constatado que, durante a realização do mesmo, eles sentiram constrangimento e desconforto. Esses estudos mostraram que, mesmo os homens que possuíam parentes de 1º grau com câncer de próstata, só realizaram este exame tardiamente, por conta do preconceito, ou seja, isto retardou que eles cuidassem de sua saúde.

Esses pesquisadores afirmam que isso ocorreu porque eles acreditam que o exame de toque retal pode comprometer a masculinidade, por conta da possível ereção que pode ocorrer durante este procedimento. Assim sendo, realizar este exame pode comprometer essa imagem de homem viril. Diante desta ideia, na ótica dos participantes, se o homem estiver se sentindo bem, não precisa realizá-lo para evitar este constrangimento. No entanto, na pesquisa de Naccarato (2010), a maior parte dos homens refizeram estas ideias, após realizarem o exame: 52% dos participantes disseram que o exame não foi tão ruim quanto imaginavam e 96% disseram que o fariam novamente.

Brito, Campos Junior, Nova e Cassol (2015) também encontraram resultados semelhantes aos estudos acima citados: 90% dos participantes desta pesquisa responderam que já tinham ouvido falar sobre o câncer de próstata pela TV, jornais, revistas e através de médicos; 42% relataram ter conhecimento acerca dos exames de detecção dessa doença, mas, por resistência em se submeter a um *check up* da próstata, 84% só procuraram a unidade de saúde quando já apresentavam sintomas miccionais, comuns nesse tipo de câncer. O estudo de Oliveira (2016) constatou que os participantes estavam otimistas quanto ao sucesso do tratamento proposto e que só após o acometimento do câncer de próstata, foi que os homens passaram a conhecer mais a doença e a quebrar os preconceitos em relação aos exames de detecção. Diante disso, a autora sugeriu mais práticas de educação em saúde que trabalhe temas alusivos a esse tipo de câncer.

O estigma referente ao exame de toque retal também foi constatado em um estudo internacional. Muñoz, Sossa, Ospina, Grisales e Rodríguez (2010) investigaram a prevalência e percepção do exame de toque retal em homens acometidos pelo câncer de próstata. Nesta pesquisa, os participantes disseram, a partir de uma entrevista, que não tinham o hábito de realizar esse exame, por medo de afetar a concepção que eles tinham de masculinidade, caso houvesse excitação durante o procedimento. Os pesquisadores constataram que esses homens tendiam a realizar o exame de toque retal somente quando estavam com algum sintoma que suspeitava ser relacionado ao câncer de próstata.

Diante disso, mais uma vez fica evidente a necessidade de problematizar o estigma que este exame carrega, uma vez que esta visão preconceituosa retarda os cuidados à saúde de alguns homens. Os resultados aqui expostos apontam a necessidade da realização de mais programas preventivos, no referente aos Programas de Educação em Saúde e de intervenções que problematizem como os homens se subjetivam atravessados pelos diversos discursos de masculinidade, o qual dita, por exemplo, que o exame de toque retal compromete a identidade

masculina, para que esses sujeitos possam refletir sobre as condições sócio-históricas que contribuíram para que esses discursos emergissem.

Nesses estudos sobre câncer de próstata e cuidados com a saúde, consideramos relevante fazermos algumas reflexões, a saber: resumidamente, pôde-se notar que as tendências dos estudos, tanto nacionais, quanto o internacional, são: avaliar a prevalência e a identificação da opinião desses homens à respeito da realização do exame clínico de toque retal.

Não foram encontrados estudos que problematizassem como os homens acometidos pelo câncer de próstata cuidam de sua saúde em todos os aspectos, e não somente no referente à prevenção, detecção e cuidados com o câncer de próstata. Também não foram encontrados estudos que questionassem os processos e condições sociais e históricas nos quais os discursos sobre os cuidados com a saúde do homem foram produzidos, a partir, por exemplo, de uma perspectiva Foucaultiana de Biopoder, Biopolítica e Governamentalidade³, ou seja, do controle e do gerenciamento da vida à qual somos submetidos. Isso poderia contribuir para a diminuição dessas lacunas e para que esses homens questionassem esses lugares e posições que ocupam no referente às suas opiniões sobre este e demais exames.

1.6 Câncer de próstata e experiência

Quando realizamos a pesquisa, através dos descritores: “Câncer de Próstata + Experiência”, foram encontrados cinco estudos nacionais e um internacional. Vieira (2010) investigou o impacto psicológico de ser acometido pelo câncer de próstata e de passar pelo tratamento cirúrgico em 52 pacientes através de uma entrevista semiestruturada e um questionário. Este estudo mostrou que esses homens vivenciam um sofrimento relacionado à

³ Estes conceitos serão aprofundados no capítulo três desta tese.

associação desta doença com a perda da identidade masculina, diante da possibilidade da dificuldade de ereção e do desempenho sexual. A partir dessa ideia, eles relataram uma sensação de perda dessa identidade. A pesquisadora constatou, ainda, que esses homens vivenciavam uma ambivalência de sentimentos durante o acometimento do câncer de próstata: a felicidade por estar vivo e a tristeza quando há dificuldade de ereção. O medo da morte e da disfunção erétil foram os mais mencionados, com frequência de 63% dos participantes, antes e após a cirurgia da protastectomia radical, o que indicou a necessidade de apoio psicológico.

Um outro estudo realizado por Prado (2010) averiguou o que causa mais estresse ao estar acometido pelo câncer de próstata, através da Escala Symptom Experience Index (SEI), instrumento que foi validado para versão em português (SEI-P), com 73 homens de baixa escolaridade. No referente ao que provoca mais estresse ao estar acometido por esta doença, Prado (2010) constatou em seu estudo que os participantes se sentiam estressados pela dificuldade de ereção que tinham e pela falta de controle de micções.

Resultados semelhantes também foram encontrados por Pinto (2012). O objetivo de sua pesquisa foi investigar o que contribui para a construção da resiliência no processo de adoecimento do câncer de próstata. Foram utilizados a entrevista e o método de observação participante nesta pesquisa. Os participantes deste estudo ressaltaram que, descobrir, tardiamente, que está com câncer de próstata é uma experiência traumática, assim como ter dificuldade de ereção. Eles relataram que a paternidade é um fator fundamental para a afirmação da identidade de homem, pois a procriação mostra a capacidade sexual e isso ameniza o sofrimento. E o que os fizeram ter resiliência foram: o apoio da família, a religiosidade e a boa relação entre médico-paciente.

Soares (2012) avaliou o nível de depressão e de qualidade de vida em 50 homens, entre 60 e 70 anos, de baixa escolaridade, acometidos por este câncer, através do Inventário

de Depressão de Beck (BDI) e da Escala de Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR). Neste estudo não foi constatado o acometimento de depressão nos participantes, porém, ficou evidenciada uma má qualidade do sono desses homens, devido à dificuldade de controle de micções e por ficarem, na hora de dormir, pensando nas consequências dessa doença. Também foi constatada a presença de fadiga.

Esse resultado encontrado na pesquisa de Soares (2012) divergiu da pesquisa de Soares (2014). Este autor avaliou o nível de autoestima, ansiedade e depressão de 40 homens submetidos à prostatectomia radical, através da Escala de autoestima de Rosenberg e da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Este estudo constatou que, quanto mais velho era o sujeito, mais deprimido ele ficava. Porém, quanto mais passava o pós-operatório, menos deprimidos e ansiosos eles ficavam. Também foi constatado que, quanto mais novo, menor era a autoestima desses homens.

No referente ao estudo internacional, Tanyi, Szluha, Nemes, Kovács e Bugán (2015) investigaram, em 152 pacientes com câncer de próstata, se era possível enxergar algum aspecto positivo em estar vivenciando essa condição de adoecimento. Para isso foi aplicada uma Escala denominada de Apreciação da Vida. Esses pesquisadores constataram que, quanto mais suporte familiar e social os pacientes possuíam, mais apreciação positiva de estarem doentes eles tinham. Eles encaravam o adoecimento como uma oportunidade de crescimento positivo como pessoa, uma vez que passaram a valorizar mais a vida e os aspectos espirituais e religiosos, até então, não tão estimados.

Quando colocamos os descritores “Câncer de Próstata + Experiência”, esses foram os trabalhos que surgiram nas bases de dados aqui pesquisadas. A partir da análise desses estudos, percebeu-se que o conceito foucaultiano de experiência não aparece nesses trabalhos. Notou-se que esses estudos não abordaram, nem de maneira aproximada, o conceito de

Experiência de Foucault, referencial utilizado nesta tese. De acordo com o “Vocabulário de Foucault”, de Edgardo Castro (2009), o conceito de experiência, em Foucault, remete à forma histórica de subjetivação⁴. Diante do exposto, para dar continuidade a pesquisas sobre essa temática e diminuir esta lacuna, estudos que investigassem os modos como esses indivíduos se subjetivam na condição de ser um homem com câncer de próstata poderiam ser realizados.

Entrar em contato com os discursos circulantes desses sujeitos, através de uma reflexão sobre a construção da subjetividade, a partir de Foucault, poderia ser relevante, uma vez que este autor compreendia a construção da experiência, a partir das condições sócio-históricas em que os fenômenos emergem. Ele compreendia o sujeito como habitante atravessado pelas relações de saber e poder de um momento histórico, o que permite problematizar essas condições. Diante disso, estudos desta natureza complementariam as pesquisas já existentes e possibilitaria uma maior reflexão sobre a experiência de indivíduos com câncer de próstata.

Algumas Considerações

O objetivo deste capítulo foi avaliar, criticamente, o que vem sendo produzido e apresentado na literatura científica, de âmbito nacional e internacional, a respeito do tema: Sujeitos com câncer de próstata, gênero, sexualidade e cuidados com a saúde. Podemos citar como limitação deste estudo, o fato de não ter sido pesquisado artigos pagos, porém, as bases de dados que foram aqui adotadas são respeitadas e bastante utilizadas em estudos de revisão, o que nos permite fazer algumas constatações. Assim, analisando as pesquisas aqui citadas, foi possível notar alguns aspectos, a saber: na ótica dos sujeitos acometidos pelo câncer de

⁴ No capítulo três desta Tese, o conceito de Experiência em Foucault será mais aprofundado.

próstata, uma narrativa prevalece: ser viril e a função ativa no ato sexual são papéis atribuídos ao homem. Segundo eles, as sequelas desta doença os tornariam “menos homens”, devido à possibilidade de dificuldade de ereção e do desempenho sexual.

Foi visto nos estudos dessa revisão que essa visão sobre a masculinidade contribui para que esses homens vivenciem um sofrimento relacionado à associação desta doença com a perda da “identidade masculina”, diante da possibilidade das sequelas acima citadas. Foi constatado nestas pesquisas que existe uma ambivalência de sentimentos durante o acometimento do câncer de próstata: a felicidade por estar vivo e a tristeza quando há dificuldade de ereção, o que contribui, em alguns casos, para o surgimento da depressão, uma vez que a sexualidade, para esses sujeitos, está reduzida somente ao ato sexual.

Avaliamos que, um dos elementos fundamentais que contribui para estes pensamentos é que, na sociedade ocidental, incluindo a brasileira, os significados sexuais foram construídos apoiados na ciência biológica, definindo os conceitos de macho e fêmea, de masculinidade e feminilidade. Esta binaridade, homem x mulher, masculino x feminino, ativo x passivo, leva a atribuição de lugares e posições marcadas como relacionadas a cada um dos sexos e dos gêneros. No entanto, nem os homens são violentos por natureza, nem as mulheres são inferiores ou submissas naturalmente; são ambos criações sociais, mas sua materialidade é indiscutível e a violência da apropriação é contundente.

As produções científicas selecionadas para esta revisão de literatura constataram, também, que, mesmo com a criação da PNAISH (Brasil, 2009), ainda é pouco frequente a realização do exame de toque retal, por conta do estigma que tal exame carrega, relacionado à ideia de que ele pode comprometer a imagem de homem viril, caso haja ereção durante o procedimento. Medo e vergonha foram sentimentos recorrentes que surgiram nos homens durante a realização do mesmo, além do constrangimento e desconforto em fazê-lo, devido a

tal crença. Porém, após realizarem tal exame, houve homens que relataram que ele não foi tão ruim como imaginavam e que o fariam novamente, passando a cuidar mais de sua saúde. Diante do exposto, estudos que problematizem essas perspectivas precisam ser realizados, uma vez que as normatizações de posições de gênero afetam as práticas de cuidado à saúde por parte dos homens.

Pesquisas que enfoquem o tema: saúde do homem, gênero e sexualidade diante desses aspectos são necessárias, principalmente no campo da Psicologia e da Gerontologia (já que o câncer de próstata é conhecido como o câncer da “terceira idade”), uma vez que percebeu-se, nessa revisão, uma predominância dos estudos na área de Enfermagem e Medicina. Isso indica a necessidade de ampliação dos campos de conhecimento que desenvolvam pesquisas com o foco em questão.

Essas pesquisas poderiam se embasar no conceito de sexualidade utilizado por Foucault (1988), o qual a ressaltava como constituída historicamente, a partir de discursos reguladores, que produziram verdades e sujeitos sexuais. Também poderia ser realizado mais estudos que se embasassem no conceito de gênero, desenvolvido por Judith Butler (2003), a qual interroga a visão essencialista de masculinidade e feminilidade. Ela compreende gênero como algo performativo, ou seja, para ela, são os gestos e os atos que constroem os sujeitos e que instituem sua realidade.

Estudos que problematizem as condições históricas que os discursos sobre as normatizações de posições de gênero foram produzidos se fazem necessários, bem como as condições sociais em que os discursos sobre os cuidados com a saúde do homem, de uma forma geral, emergiram. Articular os discursos sobre os cuidados com a saúde do homem com as ideias de Foucault, como a ideia de que vivemos, na contemporaneidade, um discurso da saúde e um gerenciamento da vida, também poderia complementar os estudos já existentes.

É digno de nota, ainda, que, a psicologia, em particular, a psicologia clínica, ainda não parece apropriar-se muito das teorizações sobre a experiência de estar acometido pelo Câncer de Próstata, a partir de Foucault, o que poderia contribuir para uma maior compreensão da subjetividade desses sujeitos, bem como poderia trazer problematizações para um dos campos onde ainda há escassez de estudos, como a dimensão psicológica desse fenômeno: o acometimento do câncer de próstata. Pesquisas adicionais que focassem essa temática teriam muito a colaborar para esse propósito.

O cuidado e o suporte psicológico a esse tipo de paciente são uma das tarefas mais importantes do cuidado global de homens que possuem câncer de próstata. Essa questão implica em repensar novos estudos que complementem os já existentes, o que pode respaldar novas práticas, acrescentando inovação às intervenções a estes homens.

A partir, então, das considerações levantadas com base nessa revisão de literatura, realizamos nossa pesquisa empírica. Diante disso, nos próximos capítulos serão apresentadas as narrativas que colhemos, de sujeitos acometidos pelo câncer de próstata, problematizando estes achados à luz do referencial teórico de Michel Foucault, Judith Butler e de outros teóricos do Pós Estruturalismo. Porém, iniciaremos apresentando e discutindo um dos conceitos fundamentais da concepção foucaultiana: o discurso, o que será abordado no capítulo a seguir.

2 O Discurso em Foucault

Como já mencionado neste trabalho, o presente estudo faz alusão aos subsídios teórico-metodológicos do pensador, filósofo, psicólogo e historiador Michel Foucault. Este autor não tinha a ideia do sujeito que busca uma verdade universal, sem considerar a história. Ele considerava a complexidade contingencial, não no sentido de causalidade, mas pensava o sujeito em sua historicidade. O sujeito, para Foucault, seria um composto histórico, uma determinada identidade produzida por forças em certo período histórico. Segundo Veiga-Neto (2009), Foucault questionava como os saberes, os poderes e os discursos nos atravessam e como nos construímos historicamente no que somos hoje.

Vale ressaltar que ele nunca se posicionou sobre seguir determinado método, apenas problematizou seus objetos de estudo, a partir de uma visão própria de como a realidade ganha sentido e oferece as condições históricas possíveis para o surgimento do sujeito, habitante atravessado e replicador das relações de saber e poder de determinado tempo histórico (Lima, 2015). Sua formulação prescrevia que “as articulações teóricas são elaboradas a partir de um certo campo empírico”, o que chamava de problematização (Foucault, 1984a/2004, p. 242). Isso significa ter, enquanto pesquisador, uma atitude crítica, tanto problematizando, quanto questionando, porque algo se torna problemático para nós.

Foucault se aproxima do que Veiga-Neto (2009) chama de *soft* (sentido mais amplo de método), em que a arqueologia e a genealogia podem ser consideradas método e teoria. Porém, para evitar as exigências impostas pelos rigores conceituais da tradição moderna – *hard* – (conceito mais estrito e cartesiano de método), Foucault, geralmente, evita falar em método. Assim, por exemplo, ao se referir à genealogia, ele fala em “uma atividade”, uma “maneira de entender”, um “modo de ver as coisas”.

Para se pensar na ideia de um método em Foucault, no sentido *soft*, conforme citado anteriormente, faz-se mister compreender, então, a concepção que este teórico fez acerca de discurso, uma vez que este tema compõe um dos eixos fundamentais da perspectiva foucaultiana.

Inicialmente, para compreender a visão de discurso para este teórico, é necessário entender sua concepção de linguagem. De acordo com Moraes (2010), em Foucault, vemos a passagem de uma noção de fixidez e rigidez da significação, para uma na qual a linguagem é fluida, contingente e instável. Essa concepção de linguagem, enquanto sistema marcado pela fluidez e instabilidade, é reflexo do questionamento feito por vários intelectuais sobre as teorizações homogeneizantes, racionais e dicotômicas do estruturalismo.

Na perspectiva pós-estruturalista, porém, a linguagem não é vista como o instrumento que liga o pensamento à coisa pensada, ou seja, um instrumento de correspondência e formalização do pensar. Segundo Veiga-Neto (2014), Foucault enfatiza o aspecto da produtividade da linguagem e a toma como constitutiva do pensamento e, por consequência, do sentido que conferimos às coisas, à experiência e ao mundo.

De acordo com Moraes (2010), nessa perspectiva, o que se enfatiza é a construção e a interpretação ativa das práticas discursivas, radicalmente dependentes da pragmática do contexto, questionando, portanto, a suposta universalidade das chamadas “asserções de verdade”. Diante disso, os sujeitos são descritos em toda sua complexidade histórica e cultural – sujeitos “descentralizados”, discursivamente constituídos e heterogêneos.

A partir desta ideia, Foucault introduziu em sua obra a noção de discurso. Suas pesquisas são permeadas de uma definição inovadora deste conceito, vendo-o em sua relação com a legitimação de saberes e o meio pelo qual se pode chegar à constituição do sujeito. Para Foucault, discurso são as ideias ou conhecimentos que circulam e que tornam possível falar

ou nomear alguma coisa. É um conjunto de saberes que vão adquirindo o *status* de verdade sobre algo. Conforme aponta Foucault (1986, p. 43), a noção de Discurso é empregada por ele como: “um conjunto de regras anônimas, históricas sempre determinadas no tempo espaço, que definiram em uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica, ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa”. Segundo Parker (1992), discurso pode ser definido como conjuntos de enunciados que constroem objetos e uma variedade de posições de sujeito. Essas construções, por sua vez, disponibilizam certos modos-de-ver-o-mundo e certos modos-de-estar-no-mundo. Discursos oferecem posições de sujeito, que, quando assumidas, têm implicações para a subjetividade e a experiência.

Aqui o discurso pode ser definido, então, como um conjunto de afirmações que constrói objetos e uma gama de posicionamento/posições do sujeito (Parker, 2002). Esta concepção toma em consideração a perspectiva histórica e explora as formas como os discursos têm mudado ao longo dos tempos. Segundo Foucault (1995b), os discursos são práticas sociais, entendidas como regras anônimas, constituídas no processo histórico, determinadas no tempo e no espaço. Fisher (2012) ressalta que, para Foucault, os indivíduos se constroem no discurso, enquanto sujeitos. Para ele, a experiência é atravessada por todo um discurso e é por meio dela que nos subjetivamos. Assim sendo, Foucault a compreende como um elemento do processo de subjetivação. Segundo esse autor, a experiência ocorre atravessada pelo discurso, pelos códigos sociais que acontecem no meio de um contexto histórico.

Por exemplo, a partir do discurso médico, aqueles homens que experimentam problemas de saúde passam a ocupar a posição de sujeito de “paciente”, o que os situa como o receptor passivo de cuidados especializados, do urologista, por exemplo, dentro de uma trajetória de cura. Assim, o hospital assume um lugar de dispositivo fazendo circular certos discursos disciplinadores, como o de que os pacientes devem ser inertes ao tratamento que

lhes é dispensado. Segundo Castro (2009), o dispositivo é a rede de relações que pode ser estabelecida entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, dentre outros, que controla e produz verdades, moldando subjetividades.

Outro exemplo seria o que é dito a partir do discurso de masculinidade, o qual ressalta o homem como viril e ativo, que o coloca, muitas vezes, como resistente a realizar o exame de toque retal, uma vez que este procedimento colocaria o homem numa posição passiva ao ser tocado pelo médico em sua “parte inferior”, o que poderia comprometer sua masculinidade. Percebe-se, assim, que os discursos constroem modos de ser sujeito. Partindo desta ideia, se faz necessário problematizar como os discursos nos convocam a determinadas posições de sujeito, ou seja, deve-se questionar quais são as possibilidades de posições de sujeito que o discurso oferece.

Segundo Lima (2015), o sujeito seria, a partir de uma perspectiva foucaultiana, uma forma-sujeito dentro das condições históricas que torna possível o indivíduo tomar aquela forma, com toda essa trama que o rodeia e provê as condições de existir, falar sobre o mundo e sobre si mesmo, sempre atravessadas por discursos.

Vale ressaltar que os discursos também se mesclam uns aos outros. É toda uma rede discursiva que nos atravessa e pela qual nos subjetivamos. Isto é importante, pois aponta que não há homogeneidade nem coerência nos discursos e é isso que possibilita diferentes modos de “ser homem”, por exemplo.

Do ponto de vista foucaultiano, o discurso facilita e limita, permite e restringe o que pode ser dito, por quem onde e quando (Parker, 1992). Diante disso, deve-se questionar a quem um discurso ou normas estão beneficiando, o que uma regra está causando às pessoas e questionar as implicações disto para aqueles que vivem dentro de uma cultura.

Foucault (1986) ressaltou, ainda, o conceito de prática discursiva. Para ele, exercer uma prática discursiva significa falar segundo determinadas regras, e expor as relações que se dão dentro de um discurso. Quando a televisão, por exemplo, se apropria do discurso da campanha denominada “Novembro Azul”, a qual convoca os homens a realizarem os exames de detecção do câncer de próstata, como o toque retal, fala e faz falar esse discurso, um discurso segundo algumas de suas regras, que fixaram enunciados sobre a ideia de cuidados com a saúde.

Para Foucault (1986, p. 136), portanto, o conceito de prática discursiva vincula-se diretamente a “... um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa”. Neste sentido, nota-se a ideia de regras anônimas, ou seja, as regras não teriam um autor único, mas surgiriam nas condições históricas de existência.

De acordo com Araújo (2008) é nas práticas discursivas que se formaria um saber de uma época, chamadas de arquivo. Segundo Foucault (1991), arquivo é o conjunto de regras que, num dado período histórico e numa dada sociedade, determina ou condiciona tanto aquilo que pode ser dito, em termos de seus conteúdos, seus limites e suas formas de se manifestar, quanto tudo o que vale lembrar, conservar e reativar.

A concepção filosófica do termo Arquivo questiona: “o que guardamos?”; “como guardamos?”; “por que guardamos?”. Esta ideia ressalta que reunimos e selecionamos fatos que, quando organizados, estão estabelecendo uma nova ordem de discurso, uma nova prática discursiva, e isso determina a visão que teremos.

Flynn (1994) resalta que Foucault referiu que o arquivo é o conjunto de discursos cujo enunciado, num determinado momento, está sancionado pelo conteúdo de verdade que

lhes atribui. Assim, não se trata de qualquer discurso, senão aquele conjunto que condiciona o que conta como conhecimento num período particular, ou seja, conjunto de regras que é dito como verdade, que limita o que pode ser dito, onde e quando.

Além disso, Foucault também fez referência às práticas não discursivas. Segundo Meneses (2015), estas estariam mais ligadas ao contexto que envolve os sistemas de formação e às definições de regras que possibilitam a instituição das práticas discursivas. Seria o contexto que estabelece as condições para as práticas discursivas se constituírem, como as condições socioeconômicas, ou seja, as condições sociais, econômicas e políticas, por exemplo, que geraram determinadas práticas econômicas que permitiram que certos discursos emergissem.

Porém, devemos ter cuidado para não fazermos um binarismo entre “práticas discursivas” e “não discursivas”. Devemos considerá-las no aspecto de circularidade e não de polaridade. Não dá para separar práticas discursivas das não discursivas. O discursivo e o não discursivo compõem o discurso. O discurso é este campo de forças.

Ao se falar de discurso, em Foucault, faz-se necessário ressaltar o que é enunciado, uma vez que este é a unidade elementar do discurso. O discurso seria, para ele, campos de saber que produzem um emaranhado de enunciados. Machado (2006) ressalta que, para Foucault, o enunciado é uma função que possibilita que um conjunto de signos, formando unidade lógica ou gramatical, relacione com um domínio de objetos, receba um sujeito possível, coordene-se com outros enunciados e apareça como um objeto, isto é, como materialidade repetível. É pelo enunciado que se tem o modo como existem essas unidades de signos. Ele lhes dá as modalidades particulares de existência, estipula as condições de existência dos discursos. Descrever um enunciado é descrever uma função enunciativa que é uma condição de existência.

De acordo com Fischer (2001), diferentemente dos atos de fala e mesmo das palavras, frases ou proposições, o enunciado não é imediatamente visível, nem está inteiramente oculto. Segundo Foucault (1986), por mais que o enunciado não seja oculto, nem por isso é visível; ele não se oferece à percepção como portador de seus limites e caracteres. É necessária certa conversão do olhar e da atitude para poder reconhecê-lo e considerá-lo em si mesmo.

Assim, por exemplo, quando um homem diz que realizar o exame de toque retal pode comprometer sua masculinidade, sua frase, em tal cena enunciativa, está investida de muito mais do que supõe uma simples coisa dita: ela põe em jogo um conjunto de elementos, referentes às possibilidades de aparecimento e delimitação daquele discurso. Enunciados dispersos como esse estão inscritos no dispositivo da sexualidade de nossa época, repartem-se segundo enunciados de determinadas formações discursivas – sobretudo as relacionadas aos campos da medicina, da psicologia, entre outros, e polemizam com enunciados de vários discursos, como o discurso social do modelo patriarcal, o qual ressalta o modelo de homem viril, uma vez que os discursos coexistem com outros. Deste modo, os enunciados são transmitidos e repetidos através de um caráter de verdade.

De acordo com Deleuze (1991), os enunciados não são as palavras, frases ou proposições, mas, formações que somente se destacam de seus corpus quando os sujeitos da frase, os objetos da proposição, os significados das palavras mudam de natureza, tomando lugar no “diz-se”, distribuindo-se, dispersando-se na espessura da linguagem.

Segundo Veiga-Neto (2007), o enunciado é um tipo muito especial de um ato discursivo: ele se separa dos contextos locais e dos significados triviais do dia a dia, para construir um campo mais ou menos autônomo e raro de sentidos que deve, em seguida, ser aceito e sancionado numa rede discursiva, segundo uma ordem – seja em função do seu

conteúdo de verdade, seja em função daquele que praticou a enunciação, seja em função de uma instituição que o acolhe.

A constituição do enunciado e o caráter de verdade podem ser observados, por exemplo, no discurso médico, ao afirmar que o homem deve cuidar da saúde, realizando, anualmente, o exame de toque retal. Muitas vezes, esse discurso do cuidado com a saúde, da autovigilância, é aceito e sancionado como verdade por aquele que o enunciou e a instituição que o resguardou.

Segundo Veiga-Neto (2007), o enunciado, porém, nem sempre se restringe a uma verbalização sujeita a regras gramaticais. Assim, um horário de trens, uma fotografia, uma cor podem ser um enunciado, desde que funcionem como tal, ou seja, desde que sejam tomados como manifestações de um saber e que, por isso, sejam aceitos, transmitidos e repetidos. O enunciado tem a característica de repetição, isso porque, se não concordarmos, o discurso não se forma, ou teremos dois ou mais discursos paralelos. A cor azul iluminando os pontos turísticos, em função da campanha “Novembro Azul” (para estimular a realização do exame de toque retal, a fim de detectar ou não o câncer de próstata), estipulada pela Sociedade Brasileira de Urologia, poderia ser um exemplo disso. Dispositivo de controle e vigilância sobre a saúde dos homens que receita condutas e práticas para eles.

Ao conceber as ideias de práticas discursivas e não discursivas, de arquivo e de enunciado, faz-se necessário compreender, ainda, o termo *Episteme*, designado por Foucault. Para Veiga-Neto (2007), Foucault usa essa palavra para assinalar o conjunto básico de regras que governam a produção de discursos numa determinada época. Em outras palavras, ela designa um conjunto de condições, de princípios, de enunciados e regras que regem sua distribuição, que funcionam como condições de possibilidade para que algo seja pensado numa determinada época. Ela funciona informando as práticas (discursivas e não-discursivas)

e dando sentido a elas; ao mesmo tempo, a *episteme* funciona também em decorrência de práticas.

Ainda segundo Veiga-Neto (2007), pode-se dizer, assim, que os regimes de discursos são as manifestações apreensíveis, visíveis, de saberes de uma determinada época. Trata-se de um arranjo de possibilidades de discursos que acaba por delimitar um campo de saberes e por dizer quais são os enunciados proibidos ou sem sentido (porque estranhos à *episteme*) e quais são os enunciados permitidos; e, entre os últimos, quais são os enunciados verdadeiros e quais são os falsos.

Percebe-se, então, que a *episteme* constitui os saberes de uma época, um modo de pensar científico, um modo de pensar de um período, domínios de saberes, de um tempo e de um lugar em que se pensam as coisas. Esses saberes, essas condições de possibilidades, nos leva a pensar de uma determinada maneira.

Apresentados esses conceitos, podemos discutir, agora, os principais pressupostos teórico-analíticos da abordagem discursiva de Michel Foucault.

2.1 Análise Enunciativa ou Discursiva de Foucault

Para o tratamento dos dados produzidos na nossa pesquisa, utilizou-se a Análise Enunciativa ou Discursiva de Foucault, a qual visa compreender um conjunto de condições de existência (Cordeiro, 1995). De acordo com Meneses (2015), a Análise do Discurso, numa perspectiva Foucaultiana, em termos metodológicos, não tem o propósito de organizar o discurso a ser analisado, ou de identificar a lógica interna de algum conteúdo que possa carregar, ou de uma essência original. A proposta está voltada para o tratamento do discurso nos jogos de suas possibilidades e concebido como acontecimento.

Segundo Fischer (2001), ao analisar um discurso, mesmo que o documento estimado seja a reprodução de um simples ato de fala individual, não estamos diante da manifestação de *um* sujeito, mas sim nos defrontamos com um lugar de sua dispersão e de sua descontinuidade, já que o sujeito da linguagem não é um sujeito em si, idealizado, essencial, origem inarredável do sentido: ele é ao mesmo tempo falante e falado, porque, através dele, os outros ditos se dizem.

Assim, a análise não é do discurso, mas de como os discursos, através dos jogos de verdade, formam sujeitos, no caso aqui, o sujeito do câncer de próstata. Segundo Azevedo (2013), a intenção do arqueólogo é de investigar a regularidade dos enunciados e a descrição dos fatos os quais se encontram em seus arquivos. A preocupação em expor a formação discursiva revela que, segundo a Análise Foucaultiana, os discursos e saberes configuram histórias que devem ser expostas e compreendidas. Araújo (2008) ressalta que o método foucaultiano que direciona o olhar de um analista de discursos é denominado arquiogenealógico. Ele permite tematizar a relação entre verdades e saberes, valores, instituições e práticas sociais de onde os discursos emergem.

A Análise Discursiva de Foucault é utilizada para compreender o que caracteriza o mundo discursivo de cada pessoa e quais são as implicações destes nos possíveis modos de ser. Ela tem como objetivo mapear os mundos discursivos em que as pessoas habitam e rastrear os possíveis modos de ser que eles proporcionam. Ela chama a atenção para o poder do discurso de construir os seus próprios objetos, incluindo o próprio homem como sujeito (Willing, 2008). Esta análise procura compreender como os sujeitos se subjetivam num determinado contexto ou condições de existência.

Willing (2008) ressalta que a versão foucaultiana toma uma perspectiva histórica e explora os modos pelos quais os discursos mudaram ao longo do tempo, e como isso pode ter

moldado historicamente subjetividades. Ela problematiza as relações entre discurso e o modo como as pessoas pensam ou sentem (subjetividade), o que elas podem fazer (práticas) e as condições materiais dentro das quais tais experiências podem assumir lugar.

Este modo de análise olha as condições de possibilidades que levou o sujeito a emitir determinados enunciados e não outros. Ela observa quais são os discursos que estão circulando e ressalta que eles nos convocam a investir em determinadas posições e que, ora assumimos uma posição, ora outra. Ela problematiza, então, as contingências que vão fazer os sujeitos investirem em determinadas posições.

Vale ressaltar que, segundo Willing (2008), posições de sujeito são diferentes de papéis, pois, oferecem, discursivamente, lugares a partir de quem fala e age ao invés de prescrever algo a ser interpretado. Além disso, papéis podem ser interpretados sem identificação subjetiva, enquanto que ocupar uma posição de sujeito produz implicações diretas para a subjetividade. Assim sendo, quando analisamos o discurso, deve-se olhar as posições (o modo de ser sujeito) em que o sujeito transita.

De acordo com Veiga-Neto (2007), alguém que adote uma perspectiva foucaultiana centrará sua análise em torno de algumas perguntas, como: “que visibilidade são ativadas pelos enunciados?”; “quais são as posições de sujeito que se criam com esses enunciados?”; “que vontade de poder está na origem de um tal enunciado econômico e demográfico?”; “como se engendraram os saberes – que chamamos de econômicos, demográficos, políticos etc. – que precisaram ser ativados para que se chegasse a esse enunciado?”.

Segundo Fischer (2001), outros questionamentos que podemos fazer durante este modo de análise seriam: “quem fala?” E esta se desdobraria em muitas outras, tais como: qual o *status* do enunciatador? Qual a sua competência? Em que campo de saber se insere? Qual seu lugar institucional? Como seu papel se constitui juridicamente? Como se relaciona

hierarquicamente com outros poderes além do seu? Como é realizada sua relação com outros indivíduos no espaço ocupado por ele? Também cabe indagar sobre o “lugar de onde fala”, o lugar específico no interior de uma dada instituição, a fonte do discurso daquele falante, e sobre a sua efetiva “posição de sujeito” – suas ações concretas, basicamente como sujeito incitador e produtor de saberes.

Willing (2008) também elaborou algumas questões que podem ajudar um pesquisador a mapear alguns dos recursos discursivos usados em um texto, assim como as posições de sujeito contidas neles, a fim de explorar suas implicações para a subjetividade e as práticas. Ele criou “perguntas-chave” para lançar a um texto, no sentido de facilitar a análise. No entanto, ele ressalta que elas não constituem uma análise completa na perspectiva foucaultiana, uma vez que Foucault também se preocupou com a historicidade e a evolução das formações discursivas ao longo do tempo (sua genealogia).

Para Willing (2008), nesta análise deve haver uma preocupação com os modos pelos quais objetos discursivos são construídos. Ele ressalta, ainda, que a busca por construções do objeto discursivo é guiada pelo compartilhamento de sentidos. Alguns questionamentos que poderiam nortear esta análise seriam: “Como é construído o objeto discursivo por meio da linguagem?” “Que tipo de objeto está sendo construído?” Uma segunda questão a ser observada, segundo este autor, seria, ainda, a localização e as várias construções discursivas do objeto, dentro do discurso mais amplo, pois, num mesmo texto podem vir diferentes discursos. Algumas questões-problemas poderiam ser: “No que se baseiam os discursos?” “Qual o relacionamento entre eles?”

A terceira questão que o autor acima citado coloca, seria o exame mais próximo dos contextos discursivos nos quais as diferentes construções do objeto estão sendo posicionadas. As questões que ele sugere são: “O que as construções alcançam?” “O que se ganha ao

empregá-las aqui?” “O que o autor faz aqui?”. A quarta se refere aos posicionamentos. Uma questão que poderia nortear esta análise seria: “Que posições de sujeito são disponibilizadas por essas construções?” Além dessas problematizações, pode-se, ainda, questionar as práticas, a partir da seguinte pergunta norteadora: “O que pode-se dizer e fazer a partir dessas posições de sujeito?” Por fim, o pesquisador deve tentar estabelecer relações entre as construções discursivas usadas pelos participantes e suas implicações para a experiência subjetiva. Uma pergunta que pode ajudar nessa caminhada seria: “O que pode potencialmente ser sentido, pensado e vivenciado a partir das posições de sujeito disponíveis?”.

Conforme foi ressaltado, não foi Foucault quem elaborou essas perguntas, estas são só questionamentos que podem auxiliar o pesquisador neste tipo de análise. No entanto, muitas vezes, estas questões acontecem simultaneamente e estão entrelaçadas.

Como se pôde perceber, a Análise do Discurso proposta por Foucault é um esforço de interrogar à linguagem o que foi efetivamente dito, sem a intencionalidade de fazer interpretações reveladoras de algo que estaria escondido (Moraes, 2010). De acordo com Foucault (1971, p. 23): “o que ela revela não é um segredo, a unidade de um sentido oculto, nem uma forma geral e única”.

Segundo Foucault (1986), a arqueologia busca definir não os pensamentos, as representações, as imagens, os temas, as obsessões que se ocultam ou se manifestam nos discursos; mas os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras. Ela não trata o discurso como documento, como signo de alguma coisa, como elemento que deveria ser transparente, mas cuja opacidade importuna é preciso atravessar frequentemente para reencontrar, enfim, aí onde se mantém a parte, a profundidade do essencial; ela se dirige ao discurso em seu volume próprio, na qualidade de monumento. Não se trata de uma disciplina interpretativa: não busca um “outro” discurso mais oculto. Recusa-se a ser “alegórica”.

Segundo Cordeiro (1995), a Análise Enunciativa Foucaultiana não busca interpretações e nem se propõe analisar ou desvelar ideologias. Não há o que ser desvelado ou descoberto, buscando, isto sim, descrever aquilo que é efetivamente dito, a partir das possibilidades históricas, dos modos de existência próprios a cada tempo histórico e social.

Ainda de acordo com Cordeiro (1995), esta análise mantém-se fora de qualquer desvelamento ou interpretação: às coisas ditas, não pergunta aquilo que escondem, o que nelas e apesar delas estava dito, o não-dito que recobre a abundância de pensamentos, de imagens ou de fantasmas que as habitam. Ao contrário, a análise é mais uma pergunta, uma investigação acerca dos modos segundo os quais algo é dito, por quem e com que interesses; busca compreender as marcas deixadas pelo que foi dito e as possibilidades de seu surgimento ou de sua enunciação, bem como tenta identificar o percurso segundo os quais determinados enunciados aparecem ao invés de outros.

Fisher (2001) ressalta que a teoria de Foucault sobre o discurso ensina aos pesquisadores um modo de investigar não analisando “o que está por trás” dos textos e documentos, nem “o que se queria dizer” com aquilo, mas, sim, descrever quais são as condições de existência de um determinado discurso, enunciado ou conjunto de enunciados, em sua singularidade de acontecimentos raros, indagando: “por que essa singularidade acontece ali, naquele lugar, e não em outras condições?”. Para Foucault, nada há “por trás das cortinas”. Então, analisar o discurso seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão “vivas” nos discursos.

Como aponta Moraes (2010), trata-se do desenvolvimento de um instrumento intelectual por parte do pesquisador, que ele problematize os sistemas de pensamento. Assim, conforme ressaltam Dreyfus e Rabinow (1983/1995), este analista não deve se ocupar com

algum suposto conteúdo de verdade, nem com algum suposto significado profundo dos discursos sob análise.

Diante do exposto, seguindo este modo de análise, essa abordagem direciona às várias possibilidades de se pensar o câncer de próstata, objeto do nosso estudo, uma vez que ela possibilita uma série de questões que vão além do âmbito fisiológico, como: Quais são os discursos que circulam acerca do que é ser homem? Quais são as formas de ser sujeito dos homens com câncer de próstata? ou O que é ser homem com câncer de próstata? Uma vez que vários discursos vão sendo convocados e criados para dar sentido ao que surge de novo: Quais são os discursos sociais e médicos contemporâneos acerca dos cuidados com a saúde do homem? Que posições de sujeito são disponibilizadas por esses discursos? Quais foram as condições de possibilidades em que emergiram esses discursos? Como o câncer de próstata afeta ou pode afetar a sexualidade e as relações afetivas sexuais dos sujeitos acometidos por esta doença? Como eles se subjetivam nessas condições?

O método foucaultiano pode ser útil e produtivo para a análise dessas questões, contribuindo para o apontamento e para a problematização desses discursos, reflexão a qual nos propomos no presente trabalho. Diante disso, a seguir, será apresentado o desenho desta pesquisa.

2.2 Cenário da Pesquisa

A fim de se obter um olhar mais completo acerca da minha posição como pesquisadora, dos entrevistados e da dinâmica dos hospitais onde ocorreu esta pesquisa, optou-se por utilizar um Diário de Campo, instrumento que será mais detalhado mais à frente, neste capítulo. A partir das nossas observações, fizemos o seguinte registro, no referente aos locais onde as produções dos dados foram colhidas:

Em relação ao espaço físico, nos dois hospitais pesquisados, costumo focar minhas observações na sala de espera do setor de urologia. O primeiro hospital no qual ocorreu a pesquisa é particular, porém, o ambulatório onde foi realizado este estudo é beneficente e atende somente pacientes de baixa renda, provenientes do SUS. Sua entrada pode ser por dentro do hospital, mas também ele possui uma entrada exclusiva, permitindo acesso direto de quem vem da rua. A área física é limpa e composta por três andares com várias recepções, sala de espera ampla, com bancos confortáveis, televisões, banheiros e bebedouros, iguais aos prédios que atendem os pacientes particulares. Os pacientes e as esposas de alguns ficavam esperando a consulta sentados.

O segundo hospital no qual ocorreu a pesquisa foi da rede pública e seu espaço físico era mais simples. Na sala de espera havia bancos, banheiros, bebedouro e uma televisão, mas nem todos conseguiam enxergá-la. Além disso, alguns pacientes e esposas estavam esperando a consulta em pé, o que mostra a situação da maioria dos hospitais da rede pública do Brasil. (Diário de Campo).

A escolha das ferramentas necessárias para a realização deste estudo foram escolhidas, a fim de que a conversa sobre o tema em questão não gerasse desconforto aos participantes e de que os enunciados fluíssem durante a produção dos dados. A seguir, eles serão apresentados.

2.2.1 Natureza da Pesquisa: Estudo Qualitativo e Recurso Etnográfico

A pesquisa realizada nesta tese foi de natureza qualitativa. Conforme apontam Martins e Bógus (2004), o pesquisador que se propõe realizar uma pesquisa qualitativa busca uma compreensão subjetiva da experiência humana. Neves (1996) e Minayo (2004) apontam a metodologia qualitativa como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da

intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. De acordo com Maanen (1979, p. 520): “ela tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos e da experiência no mundo social”.

Mayring (2002) destaca que a concepção de objeto de estudo qualitativo é visto na sua historicidade, no que diz respeito ao processo desenvolvimental do indivíduo e no contexto dentro do qual o indivíduo se formou. Neves (1996) ressalta que os pesquisadores, ao empregarem métodos qualitativos, estão preocupados com o processo social, buscando visualizar o contexto, enquanto os estudos quantitativos, geralmente, procuram seguir com rigor um plano previamente estabelecido, baseado em hipóteses, indicação e manipulação de variáveis e dados estatísticos, a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada ao longo do seu desenvolvimento.

Uma de suas características, ainda, é a utilização do ambiente natural como fonte direta de dados e o significado que as pessoas dão às coisas. Turato (2005) ressalta que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido aos fenômenos que as pessoas trazem para estes. Costumam, também, serem grandes as exigências de tempo necessário para registrar os dados, organizá-los e fazer a análise.

Martins e Bógus (2004) ressaltam que, diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis, mas busca uma compreensão particular daquilo que estuda. Ela é centralizada no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Para Turato (2000), cabe ao leitor da pesquisa realizada empregar os pressupostos conclusivos para novos casos ou situações onde fenômenos e fatos semelhantes se apresentam a ele, no sentido de ver se seriam úteis na sua compreensão.

O pesquisador que realiza uma pesquisa qualitativa também pode atuar como um *bricoleur*. Este termo, segundo Lévi-Strauss (1970), é utilizado para definir o que trabalha com as mãos, usando meios indiretos, se comparado com os do artista. Nesse sentido, é aquele que inventa maneiras de operar com os recursos. Conforme ressaltam Loddi e Martins (2009), a partir desta conceituação, um construtor *bricoleur* seria aquele que realiza suas obras a partir de uma lógica divergente à do arquiteto, por exemplo: ele não elabora previamente um plano, com começo, meio e fim, mas, desenvolve sua construção, à medida que dispõe de material e ferramentas, em um desenvolvimento contínuo, lidando diretamente com o acaso, o imprevisto e o improvisado.

Segundo Denzin e Lincoln (2006), o pesquisador, como *bricoleur*, reúne e costura pequenos e diversos fragmentos, atribuindo-lhes sentido, confeccionando colchas de retalhos. Esses autores também associam a imagem do pesquisador *bricoleur* ao músico de jazz, que improvisa em suas composições. Esse tipo de pesquisador utiliza as ferramentas teóricas e materiais que estejam ao seu alcance – relacionando diretamente este termo ao conceito formulado por Lévi-Strauss, ou seja, arranja-se sempre com os meios-limites com o que está à mão.

Este pesquisador procura os métodos que melhor possam responder às suas problematizações, elaborando novas ferramentas de pesquisa, compondo e compreendendo que múltiplos processos estão interagindo e fazem parte na elaboração da produção do conhecimento científico. Assim sendo, a bricolagem transcende o racionalismo cartesiano e defende o avanço de novas formulações de métodos de pesquisa, o que é convergente com a compreensão de Foucault sobre a construção do conhecimento.

Godoy (1995) ressalta que uma das possibilidades oferecidas pela abordagem qualitativa é a etnografia. A autora desta tese optou por este recurso para auxiliar na produção

dos dados. Vale ressaltar que foram utilizados apenas alguns recursos desse modo de pesquisa, mas não fizemos a etnografia propriamente dita, uma vez que este é um método mais complexo e requer outras formas de atuação.

Lima, Dupas, Oliveira e Kakehashi (1996) destacam que a etnografia ou a utilização de alguns recursos etnográficos é uma metodologia propícia para compreender a maneira de viver e as experiências das pessoas – a sua visão de mundo, os sentimentos, ritos, padrões, significados, atitudes, comportamentos e ações. Sato e Souza (2001) ressaltam que esta abordagem metodológica pressupõe que a realidade seja constituída, expressando-se nas práticas, nos discursos e nas instituições criadas.

Ela é definida como uma pesquisa sobre e nas instituições baseada na observação participante e/ou em registros permanentes da vida diária nos locais e contextos em que ela naturalmente acontece (Hammersley & Atkinson, 1983). Gualda e Hoga (1997) enfatizam que neste modo de pesquisa há a presença constante do pesquisador/observador no campo, convivendo com os informantes durante o seu ambiente natural por algum tempo.

Embora o ambiente hospitalar já tivesse sido um espaço próprio da prática profissional e de pesquisa do mestrado da autora desta tese, não havia nenhum conhecimento anterior dos hospitais pesquisados em questão. Tomou-se noção destes locais a partir da realização deste estudo. Considerou-se relevante uma aproximação deste contexto hospitalar para ter mais acesso: às vivências dos sujeitos com câncer durante o cuidado com sua saúde, aos seus comportamentos, à interação na sala de espera e para ter um contato mais direto com os profissionais de saúde, a fim de observar os discursos e as práticas sobre esses cuidados, na perspectiva da medicina atual, como a realização da campanha “Novembro Azul”, por exemplo, e a identificação de estruturas de poder.

Sato e Souza (2001) advertem, porém, que não existe entrada neutra em campo. Sempre entramos vinculados a alguém, a alguma instituição, a alguma instância, as quais ocupam posições em relação às pessoas do local. O/a pesquisador/a também é afetado pelo modo de existência da sociedade e da instituição de onde fala.

Ainda, segundo esses autores, o fato de, às vezes, não utilizarmos instrumentos visíveis de investigação, ou por estarmos com caneta e papel, de estarmos ali, com eles, passando horas e horas observando, conversando, andando, muitas vezes, como qualquer outro visitante o faria, é também motivo de curiosidade e, talvez, de apreensão. Porém, também há pessoas que demonstram compreensão sobre o trabalho do/a pesquisador/a. Diante disso, deve-se sempre estar ciente e seguir as regras e rotina do funcionamento do local, saber quando é possível conversar, em quais locais se pode portar e deve-se distanciar, para não atrapalhar o andamento das atividades e, também, não provocar situações de risco.

O trabalho de campo desta pesquisa se estruturou pelo uso de algumas estratégias para a produção dos dados que são considerados essenciais, quando se utiliza alguns recursos etnográficos, a saber: o uso do Diário de Campo, para a anotação da observação participante, e da Entrevista Narrativa. A seguir esses instrumentos serão explicitados.

2.2.2 Instrumentos

O Diário de Campo é amplamente utilizado em pesquisas etnográficas ou por quem usa alguns de seus recursos, como é nosso caso. Ele também pode ser chamado de: Diário de Bordo e Notas de Campo. Segundo Polit e Beck (2011), ele é um instrumento no qual é descrito um controle diário dos eventos e conversas do cotidiano da própria pesquisa. Essas notas representam os esforços do observador para registrar as informações. Ele facilita criar o hábito de escrever e observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os

acontecimentos. Nele se anotam, também, todas as observações de fatos concretos e fenômenos sociais.

De acordo com Minayo (2004, p. 100):

...um diário de campo é caracterizado, desta maneira: constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais, ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões, acontecimentos, que digam respeito ao tema de pesquisa.

Por meio desse registro, foi possível estabelecer relações entre as vivências da pesquisa e o aporte teórico escolhido pela pesquisadora. Este diário foi composto por meio da observação participante, durante a realização das entrevistas com os homens diagnosticados com câncer de próstata, usuários do serviço de urologia de um hospital particular e de um hospital da rede pública da cidade do Recife; da observação da interação entre esses homens na sala de espera entre si e da interação entre eles e os profissionais de saúde; das conversas; das sensações da própria pesquisadora e dos demais aspectos relevantes à pesquisa.

Para a realização deste diário, seguimos a classificação de Bogdan e Biklen (1994), que, além de enfatizar a necessidade de colocar a data, hora e local da pesquisa no diário, os categorizam em duas modalidades, a saber: Descritiva, “em que a preocupação é captar uma imagem por palavras do local, pessoas, ações e conversas observadas” e Reflexiva, que é “a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, as suas ideias e preocupações” (p. 152). Desta forma, o diário ficou assim organizado:

Tabela 10: Modelo do Diário de Campo - Tipo Descritivo

MODALIDADE DESCRITIVA
Retrato dos sujeitos (aparência, maneira de vestir, modo de falar e agir, particularidades dos indivíduos).
Reconstrução do diálogo (palavras, gestos, expressões faciais, pronúncias).
Descrição do espaço físico (desenho, espaço, mobília).
Comportamento do observador (aspetos que possam interferir na coleta dos dados).
Relatos de acontecimentos (forma como aconteceu e natureza das ações).
Descrição de atividades (detalhamento corporal).

Fonte: Bogdan e Biklen, 1994.

Tabela 11: Modelo do Diário de Campo - Tipo Reflexivo

MODALIDADE REFLEXIVA
Problemas/Sentimentos/Palpites/Impressões/Preconceitos
Sobre o método.
Pontos de clarificação (imprevistos, dúvidas, desafios).
Sobre conflitos e dilemas éticos (preocupações, valores, responsabilidades).
Sobre a análise (especulações do que emerge, pensamentos, reflexões).

Fonte: Bogdan e Biklen, 1994.

Diante desse modelo, o Diário de Campo permitiu à pesquisadora um campo de reflexão da prática da produção dos dados, no qual foi possível captar sentimentos, comportamentos, ideias e fatos cotidianos do processo do estudo.

Conforme já foi mencionado, o outro instrumento escolhido pela pesquisadora foi a Entrevista Narrativa. Segundo Jovchelovitch e Bauer (2002), esta entrevista é classificada como um método de pesquisa qualitativa e não estruturada, que visa a encorajar o entrevistado a contar histórias sobre algum acontecimento importante de sua vida e do seu contexto social. Narrar a própria história também implica o encontro entre a vida íntima do narrador e sua inscrição numa história cultural e social. Assim, a análise das narrativas permite investigar tanto a dimensão singular do sujeito narrador, quanto o espaço social, histórico e discursivo em que este está inserido.

A escolha por esse modo de entrevista se deu, pois, conforme já mencionado nessa tese, segundo a Análise Foucaultiana, os discursos e saberes configuram históricos que carecem ser expostos e compreendidos. Este modo de análise busca compreender como os sujeitos se subjetivam num determinado contexto, tomando uma perspectiva histórica e explora os modos pelos quais os discursos mudaram ao longo do tempo e como isso pode ter moldado historicamente subjetividades, a partir das possibilidades históricas e dos modos de existência próprios a cada tempo histórico e social e, segundo Creswell (2014), a Entrevista Narrativa é indicada, justamente, para projetos que combinem histórias de vida com contextos sócio-históricos. Ela é apropriada para captar histórias detalhadas, experiências de vida de um sujeito ou de poucos sujeitos e contextualiza pessoalmente, culturalmente e historicamente o sujeito da pesquisa. Esta perspectiva difere das interpretações arbitrárias que isolam as trajetórias biográficas singulares dos eventos sociais em sua complexidade.

Creswell (2014) enfatiza que as narrativas combinam histórias de vida e contextos sócio-históricos. Ao mesmo tempo em que as narrativas revelam experiências individuais e podem lançar luz sobre as identidades dos indivíduos e as imagens que eles têm de si mesmos, são, também, constitutivas de fenômenos sócio históricos específicos nos quais as biografias se enraízam.

Muylaert, Sarubbi Jr., Gallo, Neto e Reis (2014) reforçam esta definição ao destacarem que as entrevistas narrativas se caracterizam como ferramentas não estruturadas, que visam à profundidade de aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado, como os entrecruzados no contexto situacional.

Preferiu-se utilizar, também, este modelo de Entrevista, ao invés da Entrevista Semi-estruturada, por exemplo, pois, a primeira, possibilita uma maior liberdade ao participante em falar sobre temas (sexualidade, por exemplo) que, para a maioria dos homens, gera tabu e resistências. A pergunta disparadora foi: *“Fale-me sobre como é para você estar com câncer de próstata?”*.

Este tipo de questão encoraja o entrevistado, uma vez que ele caminha por onde preferir, podendo sua fala abranger vários âmbitos (experiências pessoais, elementos históricos, sociais, dentre outros.) (Martins & Bógus, 2004). Outras perguntas surgiram, a partir das respostas dadas pelos participantes, uma vez que a Entrevista Narrativa não possui um roteiro pré-estabelecido.

Creswell (2014) destaca que, desse modo, há nas entrevistas narrativas, uma importante característica colaborativa, uma vez que a história emerge a partir da interação, da troca, do diálogo entre entrevistador e participantes. Porém, é importante que o pesquisador não interrompa o entrevistado, não dê opiniões e não discuta sobre contradições.

Muylaert, Sarubbi Jr., Gallo, Neto e Reis (2014) lembram que a conduta do entrevistador é fundamental. Ele deve acolher bem o participante. Para obter bons resultados, o pesquisador deve ter uma grande capacidade de interação com o outro, uma disponibilidade psicológica para ouvir e habilidades de escrever as experiências analisadas. É mister ressaltar que as anotações devem ser feitas no Diário de Campo imediatamente depois da realização da entrevista.

Como se pôde perceber, os instrumentos escolhidos para a elaboração da produção dos dados desta pesquisa operaram de forma complementar. A Entrevista Narrativa deu voz aos participantes e a observação, com a anotação no Diário de Campo, permitiu um olhar mais completo sobre a dinâmica dos hospitais, da pesquisadora e desses sujeitos.

2.2.3 Participantes: os construtores da rede enunciativa

Este estudo contou com a participação de onze sujeitos que foram diagnosticados como portadores do câncer de próstata e que estavam utilizando os serviços de urologia de um hospital particular e de um hospital da rede pública da cidade do Recife.

Esses integrantes participaram da pesquisa por livre escolha e foram esclarecidos do motivo e dos objetivos deste estudo e, antes da realização da Entrevista Narrativa, foi solicitada a autorização, por escrito, tanto da diretoria dos hospitais (Carta de Aceite), quanto dos participantes da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No que se refere à escolha dos participantes, foi utilizado o critério de Conveniência. No critério de Acessibilidade ou de Conveniência, o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso. Este tipo de amostra é usado em estudos exploratórios ou qualitativos (Lwanga & Lemeshow, 1991; Oliveira, 2001).

Utilizou-se, também, de uma Amostragem Acidental e Intencional, quando os sujeitos entrevistados devem atender aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo selecionados quando da visita do pesquisador aos serviços, no caso aqui, durante suas rotinas de atendimento ambulatorial dos referidos hospitais. Esses sujeitos foram indicados pela assistente social do ambulatório do hospital particular e pelos médicos urologistas dos dois hospitais. Depois disso, eles foram convidados a participar do estudo.

Os critérios de inclusão foram: homens maiores de idade que tivessem recebido o diagnóstico de câncer de próstata, que estivessem em tratamento desta doença nos hospitais aqui pesquisados e que dessem o seu consentimento por escrito de sua participação neste estudo. Já os critérios de exclusão foram: indivíduos que estivessem muito debilitados, ou que, porventura, estivessem na fase terminal da doença e, também, os que não expressassem desejo de participar, voluntariamente, da pesquisa.

A tabela a seguir sintetiza algumas características dos participantes. Vale ressaltar que todos se declararam heterossexuais. Todos os nomes abaixo citados são fictícios, a fim de preservar a identidade desses sujeitos.

Tabela 12: Dados sócios demográficos dos entrevistados

Nome fictício	Idade	Etnia raça	Grau de Escolaridade	Profissão	Religião
Filemon	66	Branco	Fundamental incompleto	Encarregado de construção	Católica
Samuel	61	Pardo	Fundamental incompleto	Agricultor	Católica
Faniel	70	Pardo	Médio completo	Vendedor	Católica
Saulo	75	Negro	Médio completo	Carteiro	Católica
André	64	Branco	Médio completo	Pesquisador do Ibope	Católica
Lucas	65	Pardo	Fundamental completo	Balconista	Evangélica
Silas	80	Pardo	Analfabeto	Agricultor	Católica
Levi	80	Pardo	Fundamental completo	Pedreiro aposentado	Evangélica

Jacó	71	Branco	Fundamental completo	Porteiro aposentado	Católica
Mateus	75	Pardo	Fundamental incompleto	Carteiro aposentado	Católica
Moisés	71	Negro	Fundamental incompleto	Agricultor aposentado	Católica

Antes da realização das entrevistas, houve um receio de que os participantes desistissem, por se tratar de um tema no qual são colocados em questão assuntos relacionado à sexualidade, sofrimento e outras reações desencadeados pelo processo desta doença, o câncer de próstata. Porém, percebeu-se que eles estavam com vontade de falar sobre suas experiências, talvez porque pesquisas no campo de gênero, sexualidade e saúde tragam, como benefício secundário, a satisfação dos entrevistados em falar sobre questões íntimas e pessoais, para um profissional da área, dada muitas vezes a dificuldade em seu cotidiano de falarem sobre suas vivências relacionadas a temas tabus.

2.2.4 Procedimentos de Produção dos Dados

Para a realização desta pesquisa, primeiramente, foi contatada a diretoria de dois hospitais, um particular e um da rede pública, da cidade do Recife, que possui pacientes que estão em tratamento do câncer de próstata. Nessas ocasiões, foram explicados o objetivo do estudo, o método, a questão do sigilo em relação ao nome dos participantes e dos hospitais e sua relevância para os sujeitos em questão. Em seguida, foi solicitada a permissão para a realização da pesquisa, através da assinatura da Carta de Aceite.

Depois de obtida a permissão das instituições, o projeto da referida pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco –

(UNICAP), o qual aprovou este estudo sob o número do parecer 1.341.735, em 27/11/2015. Após isso, ocorreu o acesso aos participantes da pesquisa, os quais também foram informados das finalidades e dos benefícios que tal trabalho poderá proporcionar, do uso da gravação das entrevistas, do sigilo quanto às suas identidades e de que poderiam desistir da participação no momento que desejassem, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo.

A pesquisa foi realizada nos meses de maio a novembro de 2016, em dois hospitais da cidade do Recife: um hospital particular, mais especificamente em um de seus ambulatórios que tem por objetivo concentrar atendimentos beneficentes à população de baixa renda, como pessoas hipertensas, diabéticas, asmáticas, que possuem câncer e outras doenças. Esse ambulatório também exerce um papel na área de prevenção realizando, periodicamente, campanhas para promoção de saúde, como a de Hipertensão, a de Diabetes, a de Tabagismo e a de Câncer de Próstata (Novembro Azul no mês de novembro), que visam a orientar e esclarecer sobre como prevenir e cuidar dessas doenças. O outro foi um hospital da rede pública, mais especificamente, no ambulatório de urologia. Este setor também realiza campanhas do Novembro Azul e possui uma grande demanda de homens em tratamento do câncer de próstata.

O acesso aos participantes da pesquisa ocorreu por meio de indicação de alguns membros da equipe de saúde (médicos urologistas e da assistente social), uma vez que estes têm um contato mais direto com os pacientes. Assim, aproximamo-nos da mesma (a equipe de saúde) e ficamos disponíveis. Além disso, também ficamos nas salas de espera observando e perguntamos a alguns pacientes sobre o interesse em participar desta pesquisa. As entrevistas foram realizadas individualmente em uma sala privada, cedida pelos hospitais, gravadas, com o consentimento do participante, e transcritas integralmente posteriormente. Nessas salas também realizamos as anotações no Diário de Campo.

Foi parte integrante da pesquisa oferecer um retorno dos resultados a todos os participantes e foi oferecido um atendimento psicológico breve àqueles que se mostraram necessitados. Além disso, para aqueles que se mostraram emocionalmente mobilizados, foi oferecido um encaminhamento às psicólogas dos Hospitais e também foi indicada a Clínica Escola de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, quando percebemos que era necessário um acompanhamento terapêutico mais longo.

Após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e da atividade que iriam realizar, foi pedida aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, foi entregue aos participantes uma Ficha sociodemográfica para responderem e, após esses procedimentos, foi realizada a Entrevista Narrativa. As dúvidas apresentadas pelos participantes foram esclarecidas enfatizando-se a inexistência de exigências específicas, além das instruções propriamente ditas.

Apresentadas essas informações, podemos, agora, então, problematizar e discutir os dados produzidos na pesquisa deste estudo, a partir do referencial teórico de Michel Foucault e de outros teóricos do pós-estruturalismo.

3 Análise e Discussão dos Dados

3.1 Discursos sobre o masculino e práticas de cuidados com a saúde do homem

Segundo Gomes (2011), os primeiros estudos sobre a saúde dos homens datam da década de 1970. Eles se mostravam regulados no adoecimento masculino e ancorados em princípios biomédicos, epidemiológicos e comportamentais, desconsiderando a complexidade dos contextos histórico-sociais e políticos nos quais os homens se constituem. No entanto, a partir das últimas décadas do século XX, percebeu-se um rompimento da concepção técnico-científica dos homens como “corpos com pênis”, e estes passaram a ser considerados enquanto sujeitos histórico-sociais em exercício de masculinidades.

Diante desse contexto, e considerando os discursos circulantes em nossa sociedade, de que o homem de “verdade” é o viril e forte, geralmente os homens apresentam menos adesão aos serviços de saúde do que as mulheres, justamente para não mostrarem sinal de “fraqueza”. Este padrão imposto pela sociedade contribui para que os homens tenham dificuldades em cuidar da sua saúde e de detectar doenças, como o câncer de próstata, por exemplo (Gomes, Nascimento, Rebello & Araújo, 2008).

Buscando fornecer elementos à reflexão sobre tais temáticas, neste capítulo serão problematizados, a partir das falas colhidas pelas entrevistas e das observações registradas no Diário de Campo, os discursos sobre a masculinidade dos participantes desta pesquisa e suas implicações no cuidado com a saúde (ou à falta dele), bem como as oposições, às vezes presentes, para a detecção do câncer de próstata. No outro tópico da análise, explanamos sobre as principais ações que estimulam os homens a cuidarem da sua saúde: a PNAISH e a campanha de conscientização para a realização dos exames que detectam o câncer de próstata:

o “Novembro Azul”, a partir dos conceitos de biopoder, bioplíticas e governamentalidade, desenvolvidos por Michel Foucault.

No terceiro tópico discutimos a vida afetiva sexual dos participantes, tomando a ideia de sexualidade enquanto dispositivo histórico e gênero a partir da concepção de performatividade. Por fim, analisamos os modos de subjetivação desses sujeitos que vivenciam esta doença, o câncer de próstata. A seguir, essas temáticas serão apresentadas.

3.1.1 O discurso da masculinidade hegemônica e suas implicações sobre os cuidados com a saúde do homem

De acordo com Courtenay (2000), Luck, Bamford e Williamson (2000) e Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005), em geral, os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais cedo do que elas. Segundo Bertolazzi (2010), os homens vivem, em média, sete anos menos que as mulheres. Apesar disso, percebe-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor, em comparação a elas.

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) associam a pouca procura por serviços de saúde por parte dos homens ao modelo hegemônico de masculinidade. Conforme aponta Connell (1995/1997) - uma das principais teóricas a desenvolver um referencial para o estudo das masculinidades - a masculinidade hegemônica seria uma forma culturalmente idealizada de caráter masculino. Atualmente, este modelo ressalta o homem como macho, viril e forte e isto tem-se tornado um problema para as questões de saúde (Braz, 2005; Korin, 2001).

Seguindo a discussão, Cheng (1999) ressalta que é preciso considerar, no entanto, que existem variações no modelo da masculinidade hegemônica na história. Conforme apontam

Couto e Schraiber (2005), as masculinidades e feminilidades são diversas e não homogêneas, imutáveis ou fixas. Silva (2000) aponta que, com a diversidade de culturas, crenças e a pluralidade de identidades psicológicas, sociais, de gênero e sexuais na contemporaneidade, é simplesmente impossível conceber uma hegemonia frente às nossas identidades, porque elas não são fixas, imutáveis; pelo contrário, elas estão constantemente sofrendo mudanças e, a cada década, pode-se perceber que cada vez mais a cultura, os modos de vida, de se comportar, de ser e de estar, vão se alterando, adequando-se às exigências do próprio tempo.

Segundo Couto e Schraiber (2005), as diferentes versões coexistem em períodos históricos nas culturas/sociedades. Ramos (2000), baseado no pensamento foucaultiano, diz que não se pode mais falar de um único modelo hegemônico de ser homem e de ser mulher, a partir do qual uma simples classificação binária (masculino versus feminino) dá conta. Porém, atualmente, este modelo ainda predomina.

Para realizar este trabalho, optamos por tratar esse modelo hegemônico de masculinidade, o qual ressalta o homem como macho, viril e forte, como um discurso, no sentido empregado por Michel Foucault, no contexto da arqueologia e, sobretudo, da genealogia do saber-poder, conforme já discutido nesta tese. Segundo Lima (2015), Foucault aborda os discursos, considerando-os como organizações de sentido que circulam como verdades a partir de uma articulação com o saber-poder. Os discursos não estão ancorados em nenhum lugar, mas se distribuem difusamente pelo tecido social, de modo a marcar o pensamento de cada época, em cada lugar, e, a partir daí, construir subjetividades (Veiga - Neto, 2007).

Couternay (2000), analisando as construções sociais da masculinidade e suas consequências para a saúde, percebeu que o padrão de masculinidade hegemônica é definido em oposição a comportamentos e crenças positivas em saúde, já que o cuidado com a saúde

está associado ao feminino. Isso ocorre pela socialização que as mulheres recebem desde cedo para reproduzirem e consolidarem posições que as tornem responsáveis pela manutenção de cuidados, principalmente aos filhos e maridos.

Segundo Korin (2001) e Braz (2005), entre os homens, geralmente, não há uma cultura de autocuidado, pois eles são, primeiramente, cuidados por suas mães e, posteriormente, por suas esposas, o que reforça seu caráter dependente quando se trata de sua saúde, dificultando, assim, as medidas preventivas.

A respeito disso, já na sala de espera dos hospitais em que esta pesquisa foi realizada, pôde-se perceber alguns homens acompanhados de suas respectivas esposas, uma vez que, ao colocar os cuidados da saúde do homem em discurso, além de escutarmos esses sujeitos acometidos pelo câncer de próstata, também os observamos.

A partir do registro no Diário de Campo, temos as seguintes observações:

Eram pessoas de aparência simples e eram recorrentes comentários que diziam que eles vinham do interior. Além disso, percebi na aparência de alguns homens a falta de vontade de estarem ali. Tive a impressão que algumas esposas eram como se fossem cuidadoras de seus maridos e eram recorrentes as seguintes expressões por parte delas: calma, já vão te chamar! (Diário de campo).

Observando esta situação, percebe-se que, apesar de, às vezes, ser necessário um doente ter um acompanhante na ida a uma consulta médica, notamos que o hospital parece um lugar aversivo ao homem e mais familiar à mulher. Além, disso, esse cuidado que essas mulheres dispensam a seus maridos também possibilita, produz, normatiza e controla posições de sujeitos, nos quais mulheres e homens se tornam, respectivamente, cuidadora e sujeito cuidado.

Essas práticas de cuidado realizadas pela mulher a seu marido podem ser observadas nas falas advindas das entrevistas com os senhores Mateus e Moisés:

Minha mulher sempre cuidou de mim, ela é minha segunda mãe. (Mateus, 75 anos).

Minha esposa é enfermeira e é desenrolada e marca as consultas pra mim. Só faz um ano que comecei a ir ao médico e porque minha mulher estimula. Minha mulher falava muito. Mulher sempre gosta de se cuidar. (Moisés, 71 anos).

Diante desses discursos, podemos problematizar: o que estes homens podem fazer a partir dessas posições de sujeito? A partir das narrativas proferidas pelos participantes, chegamos ao seguinte entendimento: esses homens parecem não assumir uma posição ativa em relação ao cuidado com a saúde, apresentando um posicionamento dependente de suas mulheres. Vale salientar que os discursos são fruto dos atravessamentos e das condições de possibilidades de sua existência. Os discursos são marcados, sobretudo, pelos regimes de verdades que os regulam. Assim sendo, esses sistemas de verdades indicam que as mulheres devem ser cuidadoras e os homens cuidados. Corpos designados como masculino, em função da anatomia, tendem a se tornar “homens”, são atravessados por esses regimes de verdade, sendo convocados a assumir determinadas posições de sujeito. No entanto, deve-se problematizar os discursos que circulam, observando que eles convocam para investirmos em determinadas posições, como a do homem dependente, por exemplo.

Conforme apontam Strey (2002) e Strey e Pulcherio (2010), homens e mulheres constroem uma forma de cuidar de sua saúde de maneiras distintas ao longo da vida. Existe um discurso que cuidar da saúde é tarefa das meninas. Isso elas aprendem desde cedo, pois está associado à sua saúde reprodutiva.

De acordo com Bertolazzi (2010), enquanto as mulheres aprendem, desde cedo, que é preciso ir regularmente ao ginecologista e depois, quando se tornam mães, que é preciso levar os bebês ao pediatra, os homens são criados sem este hábito. Como consequência desses discursos, muitos deles sofrem com males que poderiam ser evitados, caso houvesse atitudes preventivas. Isso pode ser visto na fala de Moisés:

Eu fiz exames há cinco anos, porque minha mulher marcou, e não deu em nada. Mesmo assim, o médico pediu para eu fazer a revisão todo ano, mas eu não fiz. Não marquei. Aí quando vi tava com essa doença avançada. (Moisés, 71 anos).

Diante desta fala, podemos questionar: Quais são as possibilidades de ação, quando falam que a mulher tem um papel na vida do homem, no que se refere aos cuidados que este deve ter com a sua saúde? Os discursos constroem modo de serem sujeitos, de ser homem e os convocam à uma posição de sujeito passivo diante desse autocuidado, a ponto de eles descobrirem uma doença, como o câncer de próstata, somente quando ela está avançada, como no caso do senhor Moisés.

Segundo Strey e Kohn (2012), os homens não aprendem a cuidar de si e de sua saúde, tarefa que é incumbida a outras pessoas ao longo de suas vidas. Estas diferenças que vão sendo constituídas atribuem passividade e fragilidade à mulher (já que aprendem desde cedo que precisam sempre se cuidar) e vigor e virilidade ao homem (uma vez que não há o discurso de autocuidado para com eles), reforçando a dominação do masculino sobre o feminino, em que o poder atua de variados modos, produzindo formas de viver e de cuidados com a saúde que são também diversas.

Seguindo essa discussão, Connell (2005) reconhece uma prática social que constrói a dinâmica das masculinidades: as relações de poder. Jesus (2010) ressalta que a masculinidade

atua nos campos discursivos como uma estrutura de poder, formadora da psique dos agentes. Nessa dimensão, destaca-se o fato de a subordinação feminina e a dominação masculina constituírem uma linha divisória de poder na configuração de gênero.

A ideia de que a mulher é frágil e precisa se cuidar e de que o homem é vigoroso é um discurso usado para embasar a dominação masculina sobre o feminino, o que demonstra uma linha divisória de relações de poder. Porém, seguindo os pressupostos de Foucault, onde há poder, há resistência. O poder possibilita diversos tipos de conduta e liberdade.

Devemos perceber que esses discursos são manifestações de saberes que são aceitos e transmitidos, muitas vezes, sem problematizarmos sobre eles e que, se essas ideias não forem questionadas, serão reproduzidas sem percebermos que nos construímos atravessados por estas regras e que, muitas vezes, no caso dos homens, os cuidados à sua saúde são influenciados por esses discursos (a do homem forte e superior, por exemplo) que são ditos como verdade.

De acordo com Badinter (1993), ser homem é estar instalado, de saída, numa posição que implica poderes. Segundo Foucault (1995), o exercício do poder é o modo de ação de alguns sobre outros. Conforme aponta Vitelli (2011), o poder, segundo Foucault, não está na ordem do consentimento e não seria também a renúncia a uma liberdade ou à transferência do direito. Medrado e Lyra (2008) ressaltam que, na perspectiva foucaultiana, liberdade e poder não são elementos mutuamente excludentes, na medida em que as relações de poder só se processam quando existe algum grau de liberdade e resistência entre as pessoas envolvidas. A ideia de que onde há relações de poder não há liberdade é, para Foucault, completamente falsa. Se existem relações de poder, é exatamente porque existem possibilidades de liberdade por todas as partes. Ou seja, a resistência é um elemento constitutivo da relação de poder. Nas relações de poder existem necessariamente possibilidades de resistência, na medida em que,

se não existe possibilidade de resistência – fuga, reação violenta, subterfúgios, estratégias para inverter a situação -, não existem relações de poder.

A liberdade, em Foucault, é o elemento sem o qual o poder não pode existir. Para que exista poder, é necessário que tenhamos sujeitos (individuais ou coletivos) que tenham diante de si um campo de possibilidades onde possam ter diferentes tipos de conduta, reações e comportamentos. Assim sendo, não há relações de poder onde não há liberdade (Gonçalves, 2012).

O debate sobre as relações de poder que inscrevem masculinidades e feminilidades em nossa cultura é fundamental. Segundo Badinter (1993, p. 27), seguindo uma posição foucaultiana: “a masculinidade não é uma essência, mas uma ideologia que tende a justificar a dominação masculina”. Para Vale de Almeida (1996), masculinidade e feminilidade são metáforas de poder e de capacidade de ação que orientam valores e práticas sociais de homens e mulheres. E, de acordo com Vale de Almeida (1996), Medrado (1997) e Figueiroa-Perea (2005), esse núcleo é compartilhado, a despeito de diferenças de nuance, pela grande parte dos/as autores/as contemporâneos/as que vêm estudando os homens e as masculinidades.

Continuando a discussão dos discursos sobre o cuidado com a saúde da mulher e do homem, Couternay (2000), analisando as construções sociais da masculinidade e suas consequências para a saúde, percebeu que o padrão de masculinidade hegemônica é definido em oposição a comportamentos e crenças positivas em saúde, já que o cuidado em saúde está sempre associado ao feminino. Isso foi possível notar nos seguintes discursos:

[...] A mulher, diferente de nós, já se cuida logo. É da mulher isso. Ela é diferente, é natural dela desde criança. (Silas, 80 anos).

O homem se cuida muito menos, muito menos mesmo do que a mulher. Até para aferir a pressão, o homem tem medo, dá uma ansiedade, porque a gente não tá acostumado.
(André, 64 anos).

As colocações mencionadas acima são marcantes no sentido de que ocorrem num processo de naturalização sobre as normas regulatórias do que é ser homem e ser mulher e do que pode ser sentido, pensado e vivenciado, a partir das posições de sujeito disponíveis. Esses posicionamentos ilustram sistemas de verdade que atribuem um padrão normativo de cuidado voltado mais para a mulher, enquanto para o homem, o sentimento vivido, em relação a este autocuidado, é o do medo. Percebe-se com isso, então, que o discurso de que a mulher se cuida “naturalmente” e o homem não, produz homens temerosos diante do cuidado médico.

Segundo Nolasco (1997), meninos e meninas crescem sob a crença de que a mulher e o homem são o que são por natureza. De acordo com Jesus (2010), a masculinidade foi tida por muito tempo como um aspecto natural resultante das diferenças sexuais as quais também serviam para afirmar a hegemonia masculina com estereótipos do tipo “o sexo forte”. Constatamos esse discurso nas falas abaixo, uma vez que os participantes afirmaram padrões ditos da mulher e do homem, continuando a tendencialização à naturalização, a saber:

Homem tem a natureza dura. Dorzinha pequena eu guardo pra mim mesmo. Já a mulher tem a natureza mole. Aí ela é mais cuidadosa. (Moisés, 71 anos).

Após a realização dessa entrevista com Moisés, pontuei a seguinte observação, a partir do registro no Diário de Campo:

Durante a entrevista, percebi uma mudança na expressão facial de seu Moisés e no seu modo de falar, durante a fala acima. Em relação à sua aparência, no momento em que

ele disse da “natureza dura” do homem, ele soltou um sorriso e ergueu a cabeça e quando falou da “natureza mole” da mulher ele fez um semblante triste e para baixo. Nesta hora seu tom de voz ficou infantilizado. (Diário de Campo).

Essa consonância entre postura corporal e fala reforça que realmente existe um discurso que deixa a mulher num segundo plano em relação ao homem, num posicionamento de fragilidade e inferioridade e, conseqüentemente, de superioridade para ele. Esses discursos permitem a construção social dessa imagem do homem viril e da mulher como o “sexo frágil”. Isso aponta a necessidade da problematização desses discursos e do surgimento de outros divergentes, nas questões que envolvem as diferenças de gênero.

Continuando os discursos sobre a “natureza” do homem e da mulher, Mateus e Samuel relataram:

No interior, o homem não quer ir [ao médico] porque, além de não ter recurso, ele acha que não precisa, porque não sente nada. Diferente da mulher que é mais cuidadosa. (Mateus, 75anos).

Minha mulher sempre foi ao médico, mas eu era relaxado, é do homem, eu acho. O homem não liga. A mulher cuida mais e o homem é relaxado, não sei por que, mas é. (Samuel, 61 anos).

Estes discursos acerca da “natureza humana” proferidos por esses homens demonstram atravessamentos de sistemas de verdades que formam o campo no qual emergem as condições de possibilidades de existência desses discursos, o que aponta a necessidade desses sujeitos problematizarem as naturalizações, ou seja, de fazerem uma desconstrução das noções de

verdadeiro e falso, desconstruindo as verdades que foram estabelecidas. Deve-se repensar o que é normativo e compreender que os discursos são criados por nós em certo período histórico, sob certas circunstâncias, criados socialmente. Pensando desta forma, alguns homens poderão perceber que não há uma natureza dura no homem, ou uma natureza mole na mulher, o que pode favorecer o autocuidado de ambos.

Badinter (1993, p. 35) pontua que: “Durante muito tempo acreditou-se que a masculinidade era um estado primário e natural. Porém, a masculinidade é secundária, adquirida.” Percebe-se, então, que os discursos definem regimes de verdade que demarcam e separam o verdadeiro do seu contrário. Diante disso, os discursos não descobrem verdades, mas as inventam (Veiga Neto, 2007). Segundo Foucault (1996), a vontade de verdade se torna intrínseca ao sujeito. “... Como se a vontade de verdade e as suas peripécias fossem mascaradas pela própria verdade na sua explicação necessária.” (Foucault, 1996, p. 19).

Neste sentido, para realizar uma aspiração de conquista, o poder associado aos discursos se associa ao saber, em especial àquele socialmente reconhecido como “verdadeiro”. Em Foucault, a verdade não existe como um saber essencial e absoluto, oculto. Trata-se, antes, de uma invenção histórica, construída socialmente.

Compreende-se, então, que os indivíduos são inseridos no discurso masculino por meio de ideologias circulantes na sociedade. Diante deste contexto, Medrado e Lyra (2008) ressaltam a necessidade de desnaturalizar as prescrições e práticas sociais atribuídas a (e incorporadas e naturalizadas por) homens e mulheres, consideradas marcações masculinas e femininas.

É digno de nota compreender que os sujeitos se subjetivam num determinado contexto ou condições de existência. Segundo Jesus (2010), no âmbito da família burguesa, a figura paterna tornou-se inquestionável e serviria como modelo ideal de virilidade masculina. Com

isso, o patriarcalismo legitimava a hegemonia masculina e servia como maneira de manter a ordem social. Nessa perspectiva, a masculinidade entraria na Modernidade com status dominante, com a função de suavizar o ritmo de aceleração industrial e manter as tradições. Diante desse contexto, no término do século XIX e início do século XX, as posições masculinas e femininas estavam definidas em pares dicotômicos, nos quais a mulher representaria o “sexo fraco”. Noutra posição o homem era representado como o “sexo forte”.

Assim sendo, de acordo com Gomes, Granja, Honorato e Riscado (2014), a diferenciação dos sexos são produções discursivas que só se tornam inteligíveis a partir da compreensão dos contextos culturais que lhes servem de ancoragem. Isso significa dizer que devemos mapear as possibilidades do que é dito, as condições históricas em que os discursos emergem e as formações discursivas que os atravessam.

Nesse sentido, investir o corpo masculino de sintomas implica minar o império do viriarcado, na admissão de que este corpo adocece e necessita de cuidados, colocando à prova a ilusão viril masculina (Bourdieu, 1995). Silveira Filho (2010) ressalta que a sociedade ocidental, amparada pela literatura, política e educação primária, ancestralmente patriarcal e machista, convencionou discursos de que ser homem corresponde a ser portador de um gênero homogêneo, monolítico e inquestionável (homens que devem ser fortes, corajosos, destemidos, machistas, seguros e vigorosos). De acordo com Vieira, Figueiredo, Sales, Lopes e Avelino (2011), esses discursos de estereótipos de gênero, oriundos da nossa cultura patriarcal e machista, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Nesses casos, a doença é considerada como sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerente à sua própria condição biológica; por isso o homem, geralmente, julga-se invulnerável, estando exposto a condições de risco.

Sabe-se que o homem, em função de como a masculinidade é descrita, deve sempre demonstrar sua força e virilidade, o que impõe a ele padrões de comportamento que acabam por prejudicar o cuidado com a saúde. Esses discursos acentuam a dificuldade dos homens em lidar com seu próprio corpo e com suas emoções, bem como com as situações de adoecimento, uma vez que, ao serem reconhecidos na esfera do social, provando seu potencial, principalmente para outros homens, não cabe a eles demonstrar que estão, portanto, vulneráveis (Strey & Kohn, 2012).

No modelo de masculinidade a ser seguido, ressaltam-se os discursos de que o homem de verdade é solitário e reservado no que se refere às suas experiências pessoais, ou, quando muito, superficial e prático, direcionado para agir e realizar atividades. Os homens escutam, desde crianças, que demonstrar dor ou fragilidade não combina com a condição de homem. Diante disso eles não aprendem a ter um autocuidado. As declarações abaixo dos participantes nos indicam alguns sentidos atribuídos aos cuidados com a saúde:

Antes eu era meu próprio médico (risos). Quando eu sentia uma dor, eu sentia até o final, só ia quando tava ruim mesmo. A gente que é mais velho e, principalmente o homem, não gosta de ir pra médico não, Dra. A gente vai cuidando quando vai ficando velho. Aí a gente pensa que tem que se cuidar pra não morrer, com medo de morrer. (Silas, 80 anos).

Pra senhora ter noção, eu mesmo arrancava meus dentes e eu mesmo cuidava da hemorragia. Ligava para dor não. Sou homem, menina. Tenho coragem. Colocava uma colher de sal e parava na hora. (Moisés, 71 anos).

Quando terminei essa entrevista com o senhor Moisés, anotei no Diário de Campo a seguinte observação:

Percebi na aparência deste entrevistado um ar de orgulho e felicidade por não ter procurado um dentista e por ter tolerado as dores, quando ele próprio arrancava seus dentes. Seu Moisés relatou esta situação sorrindo e apresentou uma aparência de contentamento, por tamanha coragem, como se tivesse comprovando sua virilidade. Isso demonstra o que essa regra proporciona aos homens: suportar o insuportável. (Diário de Campo).

A partir dessas falas e da observação, perguntamo-nos: que posições esses sujeitos ocupam nos discursos da masculinidade hegemônica que os atravessam? Os discursos apresentados indicam posicionamentos nos quais estes homens são levados a aguentar a dor como forma de afirmar a masculinidade, como se fosse o padrão de comportamento esperado, indicando a ideia dos padrões masculinos concebidos de forma natural. Neste sentido, ser homem é suportar a dor, experiência que participa da construção do modelo de não cuidado com a saúde por maioria dos homens.

Quando esses homens dizem que suportam a dor, esta frase, em tal cena enunciativa, está investida de muito mais do que supõe uma simples coisa dita: ela põe em jogo um conjunto de elementos referentes às possibilidades de aparecimento e delimitação daquele discurso. Enunciados como esse estão inscritos nos discursos de masculinidades de nossa época, repartem-se segundo enunciados de determinadas formações discursivas – sobretudo as relacionadas aos campos da medicina - e polemizam com enunciados de outros discursos, como o discurso social do modelo patriarcal, o qual ressalta o modelo de homem viril, uma vez que os discursos coexistem com outros.

Além de suportar a dor, os participantes citaram que, também não cuidavam da saúde, pois não apresentavam sintomas físicos. Sobre isso, disseram os entrevistados:

Eu não cuidava da saúde nada. Eu não sentia nada, ué?! Em 25 anos de empresa, eu não faltei 10 vezes, porque eu vou até o fim. Sou homem, ué?! (risos). Sempre segurei

a dor. [...] Como eu fui ao médico tarde, quando eu fui, a próstata já estava estragada. Estava grande, mas eu não sentia nada. Eu não tinha essa rotina de cuidar da saúde não. O homem não é acostumado à isso não. (Jacó, 71 anos).

Eu cuidava da saúde não senhora. Sou paraibano dos cafundós. Nem ligava pra isso. Também, não sentia nada. Meu negócio era trabalhar, beber cachaça, fazer sexo, fumar e comer. Agora, ir pra médico?! Oxe?! (Moisés, 71 anos).

Esses posicionamentos fazem esses sujeitos ignorarem que exames de rotina, mesmo sem a presença de sintomas, podem mostrar ou retardar doenças. Essa regra de não se cuidar por não sentir nada compromete, assim, o cuidado para com a saúde desses sujeitos. Esses discursos de negar o autocuidado mostram, também, uma dificuldade desses homens em reconhecer que podem estar doentes (o que pode comprometer a ideia do homem forte que não adoce) mesmo sem um sintoma visível ou pode indicar um excesso de confiança, comum à imagem do homem autossuficiente e viril do discurso da masculinidade hegemônica.

Este posicionamento dos homens de não cuidarem da sua saúde, já que não apresentam sintomas, e a recusa em assumir suas necessidades mostram uma ideia de invulnerabilidade, porém, isso os expõe mais às doenças e os tornam vulneráveis. São as duas faces da mesma moeda.

Couterney (2000), analisando as construções sociais da masculinidade e suas consequências para a saúde, percebeu que as atitudes dos homens associadas aos discursos da masculinidade hegemônica podem ser compreendidas como, por exemplo, a recusa em admitir, reconhecer ou a “supressão” de suas necessidades de saúde.

A partir das falas a seguir, podemos compreender agora o que contribuiu para que os participantes abaixo começassem a procurar os cuidados médicos.

Quando eu tive a primeira crise de hipertensão, há uns sete anos, eu vim para cá, entrei no grupo, comecei a pegar os remédios e me mandaram para o urologista, o Dr. N. Antes não ia para o médico porque não sentia nada. (Fanuel, 70 anos).

Depois que eu tive problema, um pico de pressão e um AVC, eu fiquei muito ruim, mole, sem força. E me colocaram numa maca e se esqueceram de mim, passei mais de 30 minutos sem ninguém ir me ver. Aí, depois que recebi alta, resolvi me cuidar mais. A partir daí, comecei a fazer check up uma vez por ano, a ir para o urologista e tal. (André, 64 anos).

Nas falas de Fanuel e André, percebe-se que não foi mencionado que eles suportavam uma dor até o fim, como visto nas narrativas dos participantes anteriores. Ao apresentarem um sintoma físico mais grave, eles começaram a cuidar da saúde. Nessas narrativas ficam explícitos os posicionamentos do homem tradicional, pelos quais a instalação de uma doença se torna o caminho para a procura dos cuidados médicos. Esse posicionamento ilustra os sistemas de verdade dos padrões normativos baseado no patriarcado do homem viril, que “suporta até o fim”.

Na fala abaixo, é possível perceber o sentimento que impedia os cuidados com a saúde de um participante da pesquisa, a saber:

Eu comecei a me cuidar há 13 anos, porque antes dava vergonha e não gostava. Não era acostumado. (Silas, 80 anos).

Considerando que os sujeitos se subjetivam num determinado contexto ou condições de existência, possivelmente essa vergonha se associa à falta de hábito do homem de se expor ao médico. Ao contrário do homem, a mulher, em sua socialização, foi mais acostumada a ter o seu corpo exposto para a medicina. As mulheres, principalmente com a criação da ginecologia, quando passou a existir uma maior medicalização de seu corpo, desenvolveram um olhar mais abrangente sobre os cuidados com a saúde, ao longo dos seus diferentes ciclos de vida (Bertolazzi, 2010). Essa assimetria entre os gêneros, no que se refere ao olhar da medicina, pode ter contribuído para que a exposição da mulher seja vista como “mais natural” do que a do homem. Diante disso, essas práticas discursivas moldaram historicamente, tanto a subjetividade masculina, quanto a feminina.

Um estudo realizado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) constatou que a vergonha de ficar exposto a um outro homem ou a uma mulher foi uma explicação que homens deram para a não busca de cuidados médicos. Este dado corroborou com um estudo feito por Alves, Silva, Ernesto, Lima e Souza (2001), os quais constataram que a timidez e a vergonha foram as causas da menor procura masculina pelos serviços de saúde. Associada à falta de hábito de se expor ao médico está a dificuldade que os homens têm de verbalizar o que sentem, pois, falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros (Figueiredo, 2005; Nascimento & Carrara, 2012). Diante disso, eles ressaltaram que só vão ao médico quando a dor se torna insuportável e quando há uma impossibilidade de trabalhar.

Alves, Silva, Ernesto, Lima e Souza (2001) advertem que esses homens estão presos a discursos de concepções machistas e hegemônicas de que compõem um grupo invulnerável e forte, e que os cuidados são preciosismos tipicamente femininos. Em uma pesquisa feita por esses autores, a falta de unidade de saúde específica para o cuidado com o homem também foi apontada, já que, em alguns estados já existe o “Hospital da Mulher”.

Como se pôde perceber, por ter ascendência sobre outros modelos, os discursos advindos da masculinidade hegemônica são tidos como ideais e influenciam a falta de cuidados à saúde por parte da maioria dos homens (Ceccheto, 2004). Mas, nem sempre este modelo é seguido. Há diversos tipos de masculinidades e não uma única que seja dominante, considerada um centro de referência, a partir do qual todas as demais masculinidades periféricas orbitem (Silveira Filho, 2010). Nolasco (1995) cita a crise da masculinidade, a qual caracteriza-se pela tentativa de homens se diferenciarem do padrão de masculinidade socialmente para eles estabelecido. Para esse autor, essa crise representa a quebra do cinismo a respeito da existência de um homem de verdade em torno do qual todo menino é socializado.

Gomes et al (2007) ressaltam que, paralelamente aos resquícios dos padrões patriarcais para uns e a vigência desses padrões para outros, experimentamos, atualmente, a possibilidade de construirmos a sexualidade masculina a partir de outros referenciais. Segundo Gomes (2003) há tensões que surgem entre padrões tradicionais da identidade masculina e a possibilidade de se viver novas formas de ser homem. Há momentos em que conseguimos mais dar voz à nossa forma de ser e, em outras vezes, reproduzimos os modelos. De acordo com Foucault (1995a) existem três tipos de lutas: contra as formas de dominação (étnica, social e religiosa); contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que os produzem; ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, deste modo, aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão).

Quanto às lutas a que Foucault se refere, Vitelli (2011) resalta que elas estão muito presentes na vida cotidiana e, principalmente, são atuantes nas diferentes formas de viver as masculinidades. E, a partir do momento em que outras posições de sujeitos forem assumidas, e não só as indicadas pelos discursos do modelo hegemônico de masculinidade, o cuidado à

saúde por parte dos homens poderá ser mais efetivado. No que tange a práticas diferentes das pregadas por esse modelo, tomamos as seguintes falas:

Eu sempre gostei de ir ao médico e tal. Mas eu comecei a ir mais quando eu comecei a fazer sexo e a sentir dor no pé do pênis. Aí vi que tinha coisa errada aí. Quando eu fui ao médico, aí ele disse que minha próstata estava com problema. (Mateus, 75 anos).

Aos sentidos atribuídos às questões que envolvem os cuidados com a saúde do senhor Mateus, percebi outras possibilidades de masculinidade, diferente do que eu já havia escutado nas entrevistas e, diante disso, fiz a seguinte anotação no Diário de Campo:

Essa fala indicou um posicionamento um pouco diferente do que eu comumente estou ouvindo. Quando seu Mateus disse que sempre gostou de ir ao médico, isso me trouxe um dado novo, uma vez que já se generalizou que todo homem não se cuida. A partir deste novo conteúdo que emergiu no campo, fiz algumas especulações referentes às reflexões da análise, como a ideia dos diversos tipos de masculinidades, como já citado anteriormente. Além disso, no momento em que ouvi que seu Mateus gostava de ir ao médico, mas, passou a ir mais quando passou a sentir dor, pensei nas ideias de Foucault, quando ele diz que, há momentos que damos mais voz à nossa forma de ser, mas, outras vezes, reproduzimos os modelos, num movimento de resistência e submissão, mostrando que sujeito e poder não são totalizantes e que sempre há possibilidades de fuga e resistências, ou seja, a possibilidade de ter uma vida singular, numa estilística da existência que não fica preso às regras. E é nesse embate: sujeição/resistência que os sujeitos vão se subjetivando. (Diário de Campo).

Continuando no que tange às práticas de cuidados com a saúde por parte desses homens, Filemon e Saulo relataram:

Há mais ou menos 15 anos eu comecei a fazer exame, a fazer o PSA. A empresa que eu trabalhava tinha um bom plano de saúde, aí comecei a cuidar da saúde. Não ia perder esse bom plano, né?! Quis aproveitar. (Filemon, 66 anos).

A empresa que eu trabalho faz com que a gente faça todo ano um check up geral, é obrigatório. Mas, eu acho que, mesmo que eu não trabalhasse nessa empresa, eu iria ao médico, porque eu já ia, não fazia um check up tão geral como na empresa, mas fazia um paliativo. (Saulo, 75 anos).

Estas falas revelam que, ainda que pontualmente, ou para cumprir exigências burocráticas, os planos de saúde das empresas empregadoras podem suscitar momentos de prevenção ou de cuidados em saúde dos homens. Nesse sentido, tal possibilidade pode ser compreendida como um espaço a ser investido para ações preventivas em relação à saúde do homem e para a problematização da ideia de que homem não precisa se cuidar. Também fica apontado nessas narrativas o discurso do cuidado com a saúde do homem a todo custo, discurso que impõe e submete homens ao autocuidado, os quais não são criados a se submeterem a isso. É um paradoxo.

As narrativas registradas acima indicam, que esses homens cuidam da saúde - mesmo que devido às exigências de seus trabalhos - ou por espontânea vontade, o que aponta um posicionamento que não cumpre todas as práticas dos discursos da masculinidade hegemônica, uma vez que sinaliza uma vulnerabilidade masculina, já que existe o autocuidado por parte desses sujeitos.

Isso mostra que o discurso da masculinidade hegemônica nem sempre é seguido por todos eles, indicando que existem as masculinidades não hegemônicas, ou seja, as que não adquiriram a rubrica da legitimação do patriarcado e que, muitas vezes, caminham a reboque da primeira. É o caso das chamadas masculinidades cúmplices, que não exercem uma hegemonia e que se distanciam desse ideal, no entanto, compartilham com a pactuação em torno da heteronormatividade. É a masculinidade com a qual os homens se conectam com certos projetos da masculinidade hegemônica, porém, não cumprem todas essas práticas com rigor (Connell, 1995). Segundo Vitelli (2011), deve ficar claro, porém, que os termos usados por Connell (masculinidades hegemônicas e cúmplices) não constituem tipos fixos de caracterização, mas sim configurações de práticas construídas e mutáveis.

Como se pôde perceber, a construção de discursos sobre o que é ser homem e mulher criou convencionalismos que reforçaram clichês e estereótipos da figura masculina. Esses discursos sobre os padrões de masculinidade podem contribuir para o receio dos homens em cuidar da sua saúde e realizar medidas de detecção de algumas doenças, dentre elas o câncer de próstata. Isto porque, segundo o INCa (Brasil, 2014), para se ter um diagnóstico precoce do câncer de próstata, costuma-se recomendar, dentre outros exames, o exame clínico (toque retal ou toque digital da próstata). Porém, em se tratando da realização do toque retal, a discussão não pode desconsiderar aspectos discursivos que interferem diretamente sobre a decisão do homem de realizar tal exame, uma vez que o toque retal pode ser visto como uma violação ou um comprometimento da masculinidade (Nascimento, 2005).

Diante disso, a seguir, faremos um sobrevoo a este tema: os discursos sobre a masculinidade e suas influências sobre os receios de alguns homens em cuidar de sua saúde, mais especificamente, em diagnosticar, precocemente, o câncer de próstata.

3.1.2 O discurso da masculinidade hegemônica e suas implicações sobre a detecção do câncer de próstata

De acordo com Guerra, Gallo e Mendonça (2005), com base em pesquisas epidemiológicas, e especificando por gênero, no Brasil, os tipos de câncer mais recorrentes são: em mulheres, o câncer de mama e o de colo do útero e, em homens, o câncer de pele não melanoma e o de próstata. Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCa) (Brasil, 2014), no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens. Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo.

O câncer de próstata, mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Em 2010 houve 12.778 casos de óbitos derivados deste tipo de câncer (Brasil, 2014). Diante disso, indica-se, a partir dos 50 anos, a realização de exames periódicos para a detecção do câncer de próstata. Porém, caso o sujeito tenha um histórico familiar dessa doença, é indicado que ele realize esses exames a partir dos 40 anos, uma vez que o tratamento em fase inicial do tumor proporciona 80% de cura. Nesse contexto, os poderes vão obrigando os idosos a serem saudáveis e muitos vão assumindo posições de sujeitos que cuidam da saúde, indo ao médico e realizando este exame. Esse gerenciamento da vida diz como os homens idosos devem viver, o que indica um controle sobre suas vidas⁵.

No referente aos exames, seriam: o exame de toque, para avaliar o volume da próstata e a presença de nódulos suspeitos; as dosagens do antígeno prostático específico (PSA, sigla em inglês) no sangue e quando for fundamental, o estudo de ultrassom transretal (Brasil, 2002; Srougi, 2003).

⁵ Esse assunto será mais aprofundado no próximo capítulo.

No que se refere ao exame de toque, Gomes, Nascimento, Rebello e Araújo (2008) ressaltam que o toque retal não pode ser considerado somente como um exame físico que pode diagnosticar precocemente o câncer de próstata. Esse exame não toca somente a próstata. Ele toca em aspectos simbólicos do ser masculino que, se não trabalhados, podem não só inviabilizar essa medida de prevenção secundária, como também a atenção à saúde do homem em geral.

Como se pode perceber, esse exame é um procedimento que, geralmente, mexe com o imaginário masculino. Segundo Gomes (2003), fazer o toque retal é uma prática que pode suscitar no homem o medo de ser tocado na sua parte “inferior”. Mesmo que o homem não sinta a dor física, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado numa parte interdita. Aí já é possível perceber a circulação de um discurso de que homem que é homem não se deixa tocar no ânus, discurso que reitera uma heteronormatividade.

Nas narrativas dos sujeitos entrevistados, que estão acometidos pelo câncer de próstata, identificamos esse receio. Nas falas dos participantes, podemos perceber a operacionalização desses discursos, a saber:

Veja, o homem tem muito preconceito. Eu dizia: não faço é nunca, homem nenhum vai tocar nas minhas partes não. (Moisés, 71 anos).

[...] No dia da campanha, os caras faziam cada comentário, tiravam tanta onda! Diziam assim: quero fazer esse exame não, e eu quero alguém mexendo no meu rabo?! [risos] (André, 64 anos).

Fiz a pulso. Mas aí pensei: se ele vai fazer, é porque sabe fazer. Ele não vai fazer por ignorância. Ele aprendeu pra quê?! Então, tentei ficar normalmente. (Mateus, 75 anos).

Complementando essas narrativas, nas nossas observações de campo houve um registro no Diário de uma conversa entre dois homens que estavam na sala de espera do hospital particular, à espera da realização do exame de toque retal:

Na parte da manhã das segundas-feiras, o ambulatório de urologia deste hospital recebe vários homens para a realização de consultas e de exames. Sabendo disso, costumo ficar na sala de espera observando a movimentação dessas pessoas. Algo que me chamou a atenção foi a conversa entre dois homens, um já diagnosticado com o câncer de próstata e um que estava com a suspeita dessa doença. No decorrer da conversa, o que estava prestes a realizar o primeiro exame questiona o outro: “você já fez o exame da próstata?!” Sua expressão facial também me chamou a atenção, pois, tive a impressão de que ele estava assustado. A resposta do outro homem foi: “é tranquilo. Já fiz e não tem frescura não”. Em seguida o outro pontuou: “porque homem nenhum nunca mexeu em mim não, mas, menino?!” Ele fala isso e começa a sorrir. Não demora muito e ele é chamado. Quando ele sai da consulta sorri e faz um sinal de positivo para o homem com o qual ele tinha conversado na recepção e aparentando alívio. (Diário de Campo).

A partir dessas falas e da observação, podemos problematizar o porquê desses homens terem aversão em ser “tocados” e assumirem tal posição: nossa sociedade se fundamenta em modelos culturais que definem o que é masculino e feminino, instalando discursos que constroem uma variedade de posições de sujeito que disponibilizam certos modos de ser no mundo. Por muito tempo acreditou-se que era proibido falar sobre sexualidade, mas, seguindo uma concepção foucaultiana, compreende-se que as pessoas não foram coibidas, mas sim, incitadas a falar dentro de um modelo, a partir de estratégias de saber poder. Um desses modelos diz como deve ser o homem: viril, por exemplo, o que possibilitou a regulação do modo de estar no mundo desses sujeitos e de suas condutas, como a não permissão de ser tocado em sua parte “inferior” por outro homem.

Deve-se, porém, questionar as relações entre esses discursos e o modo como esses homens se posicionam em relação ao exame de toque retal e o que, diante disso, eles podem e não podem fazer (as práticas), pois, diante dessa regra, de não poder ser tocado por outro homem, esses sujeitos assumem posições de assujeitamento a essa norma, o que pode comprometer a realização desse exame, que é um dos principais para a detecção do câncer de próstata.

Toda norma é uma construção e tem que ser tensionada e questionada, pois o problema não é a norma em si (não poder ser tocado, por exemplo), mas é a sua imposição, sem questionamento (algo percebido na fala dos entrevistados). Então, deve-se repensar a possibilidade de construir outras versões de sentido sobre a realização deste exame. Porém, segundo Lucumí-Cuesta e Cabrera-Arana (2005), isso não parece ser fácil, pois “tocar na parte inferior do homem” para realizar o exame de toque retal pode indicar a associação com a homossexualidade, algo temido no discurso da masculinidade hegemônica. Para alguns homens, no momento desse exame, há um risco de haver ereção, ao tocar nessa parte “inferior”, o que indicaria, para eles, uma condição homossexual, o que pode comprometer a masculinidade de quem se deixa tocar e, portanto, o homem pode sentir-se humilhado em ter que fazer este exame físico.

Os sujeitos se subjetivam em determinadas condições de existência e existe um discurso que a construção do corpo masculino “ideal” envolve, antes de tudo, a ideia de oposição complementar ao corpo feminino. Essa oposição não se dá pela parte traseira do corpo. O traseiro – com o seu orifício como parte macia, semiaberta e frágil – associa-se à parte mais feminina do corpo masculino; enquanto a parte dianteira diferencia o homem da mulher, a parte traseira a ela o iguala. Neste sentido, tocar nesta parte “inferior” pode comprometer a masculinidade de quem se deixa tocar e, portanto, o homem pode se sentir

humilhado e/ou ameaçado em ter que fazer esse exame físico (Lucumí-Cuesta & Cabrera-Arana, 2005).

Comumente, ao homem, é atribuído o lugar de dominador e de quem “penetra” os outros e, para eles, é ensinado que a atividade sexual é própria da identidade masculina. Ainda com base na nossa cultura patriarcal e do modelo da masculinidade hegemônica, verifica-se que ser homem, além de ser o oposto de mulher, é, também, não ser homossexual, “bicha”, cujas figuras se associam a representações de feminilidade, fraqueza, subordinação, passividade (Parker, 1992). Daí pode-se pensar que se torna estranho quando o homem se vê na possibilidade de estar na posição conferida à figura feminina. E, por conta disso, muitos homens não realizam o exame clínico (o toque retal), o que pode contribuir para a demora do diagnóstico do câncer de próstata.

Foucault (1984c), ao fazer uma investigação da sexualidade nas sociedades ocidentais modernas, ressaltou que o papel dito masculino na relação sexual é a função ativa determinada pela penetração. E, opostamente, pode empregá-la em sua forma passiva; nesse caso, ele designa o outro papel na conjunção sexual: o papel “passivo” do parceiro objeto. Esse papel é o que a natureza reservou para as mulheres, é também aquele que pode ser imposto pela violência a alguém que se encontra reduzido a objeto de prazer do outro, é igualmente o papel aceito pelo rapaz que se deixa penetrar por seu parceiro.

Esta afirmação permite perceber as formas como o homem é formado na sociedade de tradição patriarcal, isto é, a partir de valores de superioridade e estruturas de poder que o distinguem da mulher e que, ao mesmo tempo, modelam seu comportamento.

No tocante à família patriarcal, segundo Narvaz e Koller (2006), a família romana era centrada no homem, sendo as mulheres, no geral, meras coadjuvantes. O patriarca tinha sob seu poder a mulher, os filhos, os escravos e os vassallos, além do direito de vida e de morte

sobre todos eles. O patriarcado designa o poder dos homens, ou do masculino, enquanto categoria social. O patriarcado é uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois princípios básicos: as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e os jovens estão hierarquicamente subordinados aos homens mais velhos. A supremacia masculina, ditada pelos valores do patriarcado, atribuiu um maior valor às atividades masculinas em detrimento das atividades femininas; legitimou o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia femininas; e, estabeleceu papéis sexuais e sociais nos quais o masculino tem vantagens e prerrogativas. Além disso, a vida do casal passou a ser considerado a partir, também, de outros referenciais. Foucault (1984c, p. 57) mencionou:

É, sem dúvida, um traço comum a muitas sociedades que as regras de conduta sexual variem segundo a idade, o sexo, a condição dos indivíduos e, que as obrigações, e interdições não sejam impostas a todos da mesma maneira. Mas, para se ater ao caso moral cristão, essa especificidade se faz no quadro de um sistema global que define, de acordo com princípios gerais, o valor do ato sexual, e indica sob que condições ele poderá ou não ser legítimo, sendo a pessoa casada ou não, ligada ou não por votos, etc; trata-se da universalidade modulada. Parece que na moral antiga, salvo alguns preceitos que valem para todo mundo, a moral sexual sempre faz parte do modo de vida, ele próprio determinado pelo status que se recebeu e as finalidades que se escolheu.

Segundo Foucault, toda a vida do casal e dos sujeitos era controlada pelas relações de poder através do que era acatado como certo/errado; normal e patológico. Para o autor (2014), romper as leis do casamento ou procurar prazeres estranhos mereciam, de qualquer modo, condenação. Quanto aos tribunais, podiam condenar, tanto a infidelidade, o casamento sem

consentimento dos pais, a bestialidade ou a homossexualidade. Nesse sentido, o sexo considerado normal (heteronormativo e dentro do casamento, por exemplo), passa a ser analisado a partir do referencial do que é anormal (homossexualidade seria um deles). Essa “herança” também se faz presente no referente ao exame do toque retal. Os discursos proferidos pelos entrevistados abaixo demonstram, de forma muito clara, a associação deste exame à condição homossexual:

Antes de fazer eu tinha preconceito, dizia: que exame chato. É uma posição que ninguém merece. Dá vergonha. É meio gay. [risos]. Mas, depois, de tanto fazer, a gente acostuma. (Filemon, 66 anos).

Eu tenho um amigo com 40 anos que eu aviso que tem que ir, porque com 40 anos tem que ir, mas ele não vai não, porque ele pensa que vai ficar acostumado. Ser gay. Aí tem homem que não quer não. Fica com medo de ficar acostumado e de virar baitola. (Silas, 80 anos).

É vergonhoso porque o homem acha feio, acha chato ser usado por um homem assim, embora usado entre aspás, né? O homem acha que fazendo isso, no meu ponto de vista, acha que ele vai ficar acostumado, porque pode acontecer, né?” Tem um colega meu no trabalho que é assumido, sabe?! E ele diz que adora quando vai num médico desses, que diz, que, se pudesse, faria esse exame todo dia. Aí ele fala: ‘Vai lá em casa hoje, que eu faço o exame’. (Saulo, 75 anos).

Agora vê?! A mulher faz toda a qualidade de exame e as amigas não mangam, não ficam anarquizando, mas o homem, ficam tudo mangando e perguntando: ‘achasse bom o dedo?! Era cumprido?!’ (risos). E a gente fica com medo que os amigos manguem. A gente morre, mas não faz. Conheço um monte de gente assim. (Moisés, 71 anos).

A fala de Moisés reforça a ideia de que é mais aceito a mulher cuidar da sua saúde do que o homem. Além disso, as outras falas acima citadas chamam-nos a atenção, ao mostrar que esses homens acreditam numa relação determinista de causa e efeito (numa concepção bem cartesiana, herança da Modernidade), entre a realização do exame de toque retal e a condição homossexual, ao relatarem que o homem pode “ficar acostumado”, referindo-se à homossexualidade. Interessante notar, ainda, que ser tocado por um médico durante a realização deste exame é associado a “ser usado por um homem”, o que reforça a ideia de uma relação homossexual.

Para compreender as condições de possibilidades que contribuíram para que esses sujeitos emitissem esses enunciados, deve-se explorar e problematizar os modos pelos quais os discursos mudaram ao longo do tempo e como isso pode ter moldado historicamente a subjetividade masculina desses sujeitos. Assim sendo, narrar rapidamente a história da diferenciação dos sujeitos pelas suas práticas sexuais pode facilitar a compreensão dos receios de alguns homens em realizarem o exame de toque retal e de serem considerados homossexuais.

A história conta sobre as práticas homossexuais como desviantes. O termo sodomia, por exemplo, empregado na Bíblia, mostra isso. Este livro diz que a cidade de Sodoma foi

destruída, pois seus moradores consideravam o sexo anal uma prática comum em qualquer relação sexual, ato considerado pecaminoso.

Em contrapartida, em outros lugares, como a Grécia, por exemplo, a prática homossexual entre dois homens demonstrava poder e conhecimento. Foucault (2014) ressaltou que o domínio dos amores masculinos pôde muito bem ser livre na Antiguidade grega, bem mais do que o foi nas sociedades europeias modernas; não resta dúvida, entretanto, que bem cedo se vê marcar intensas reações negativas e formas de desqualificação que se prolongarão por muito tempo. Matthews-Grieco (2012) ressalta que, no século XVIII, na Europa Ocidental, a sexualidade era condicionada por um conjunto de discursos normativos que circulavam em diversos meios.

Na contemporaneidade, há locais que penalizam com a morte a prática homossexual, como no Irã, na Arábia Saudita e em algumas partes da Nigéria. A homossexualidade, além de estar relacionada a dogmas religiosos, à vigilância do Estado, também já se tornou objeto de estudo da medicina. Por muito tempo considerou-se, como verdade absoluta, que a homossexualidade seria uma patologia psicológica e, só em 1973, foi retirada da lista de doenças mentais do manual da Associação Americana de Psiquiatria. Inclusive o termo homossexualismo passou a ser criticado, pelo fato de o sufixo *ismo* significar doença.

Diante do que foi citado acima, podemos compreender as condições de existência que contribuíram para que os homens, aqui entrevistados, temessem a condição homossexual que o exame de toque retal supostamente “pode causar” ou mesmo aludir. A homossexualidade é carregada de estigmas. As práticas sexuais que divergem da heteronormatividade são desqualificadas como ininteligíveis, absurdas e estranhas. Foucault (2014, p. 24) ressaltou a imagem que foi construída sobre o homossexual:

Nos textos do século XIX existe um perfil – tipo do homossexual ou do invertido: seus gestos, sua postura, a maneira pela qual ele se enfeita, seu coquetismo, como também a forma e as expressões de seu rosto, sua anatomia, a morfologia feminina de todo seu corpo fazem, regularmente, parte dessa descrição desqualificadora; a qual se refere, ao mesmo tempo, ao tema de uma inversão dos papéis sexuais e ao princípio de um estigma natural dessa ofensa à natureza. (grifo nosso).

É digno de nota que as relações afetivas e sexuais dos homossexuais estão relacionadas a mecanismos de exercício de poder. Igreja, Estado, Medicina são dispositivos de poder que disciplinam e categorizam para controlar. É toda uma sociedade de controle. Os discursos religiosos, políticos e médicos ditam como devemos ser (no caso aqui, os homens) e, muitas vezes, não paramos para pensar que esses discursos não são neutros, mas são norteados por interesses e que regulam e produzem sujeitos.

A religião, através do confessorário, e todas essas ciências: medicina, psiquiatria, disciplinas, dentre outras, segundo Foucault (1984d), são dispositivos de poder. Estes dispositivos categorizavam o comportamento sexual, ou seja, havia toda uma sociedade de controle. Assim sendo, tudo que escapasse à norma era considerado desvio, anormal, patológico.

No referente ao dispositivo, ele funciona como uma trama formada por vários elementos discursivos e não discursivos que fazem circular o saber-poder. Segundo Castro (2009), é a rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regamentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito.

Medrado e Lyra (2008) consideram relevante, nas contribuições de Foucault, o enfoque dado por ele aos dispositivos de exercício do poder, ou seja, a tecnologia por meio da

qual se obtém a sujeição, mecanismos de poder que controlam o corpo minuciosamente (gestos, atitudes, discursos), redes de dispositivos de poder à qual não se escapa. Neste sentido, esses dispositivos são um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (Foucault, 1996). Assim, a identificação da sexualidade serve ao dispositivo de controle e de vigilância sobre os corpos e sobre a sexualidade dos sujeitos, e isso possibilita prescrever condutas para eles, como a da heteronormatividade, por exemplo.

Para Foucault (1982), o dispositivo é o exercício de micropoderes em redes mais ou menos hierárquicas, onde cada um é centro de transmissão de poder. Na sua concepção, não existe poder fora de seu exercício, não se possui poder, exerce-se poder. Medrado e Lyra (2002) ressaltam que raras vezes Foucault emprega o termo “poder” de modo isolado, como um substantivo simples.

Medrado e Lyra (2008) dizem, ainda, que quando se fala em poder, em geral, as pessoas imediatamente associam a ideias já estabelecidas: pensam em estruturas de poder político, em classes dominantes, em nações “imperialistas”, em chefes em relação aos empregados. Mas não é apenas a esse tipo de substantivação ou materialidade dos jogos de poder a que se refere Foucault. Relações de poder são quaisquer relações humanas – institucionais, econômicas, amorosas, interações verbais. São relações tão diversas quanto possíveis, que podemos encontrar em diferentes situações e contextos, sob diferentes e (mais ou menos) complexas formas.

Vale salientar que essas estratégias não regulam apenas o sexo, mas, também, produzem sujeitos sexuais e morais, que impossibilitam que eles se desviem das normas aprendidas socialmente, como a da heteronormatividade, por exemplo, o que pode contribuir para que a maioria dos homens resistam a cuidar da sua saúde, mais especificamente, em realizar o exame de toque retal, temendo pôr em dúvida sua masculinidade.

Ao serem questionados sobre como se sentiram ao realizar o exame de toque retal, falamos os entrevistados:

Foi constrangedor. Eu mesmo tive um amigo na empresa que morreu, mas, não fez o exame de toque. Disse que não fazia e pronto, morreu de câncer de próstata. Eu tive uma vergonha entre aspas, aquela vergonha embutida, porque, se você se recusar a fazer, pode piorar a doença. (Saulo, 75 anos).

A fala de Saulo acima nos chama a atenção, por indicar um impressionante grau de sofrimento desse homem ao sentir uma “vergonha embutida” e que, apesar de ela estar presente no momento do exame, ele compartilhou comigo, a pesquisadora, esse sentimento e experiência. Isto pode apontar que pesquisas no campo de gênero, saúde e sexualidade podem trazer, como benefício secundário, a satisfação dos entrevistados em falar sobre questões íntimas e pessoais, para um profissional qualificado, dada muitas vezes a dificuldade em seu cotidiano de falarem sobre suas vivências relacionadas a temas tabus.

Claro que fica um pouco com vergonha, você fica meio... Você nunca passou por aquilo, mas, pra cuidar da saúde, né?! A gente faz”. Antes de mim mesmo, saiu um homem da sala do doutor reclamando, com cara feia porque tinha feito o exame. Aí pensei: não! “Meu pai morreu disso, então, tenho que fazer. (Samuel, 61 anos).

Olhe, no começo eu senti uma vergonha, mas depois relaxei. Pra diminuir a vergonha eu forço a mente pra pensar que é pra descobrir se tem o câncer. Você pensando assim, que é um exame para saber se tá com a doença, relaxa mais, porque um outro homem tocar na gente não é bom não. Mas, depois a gente vê que é um exame normal. (Silas, 80 anos).

O povo fica com safadeza com o toque retal, mas ele não dói, não machuca, nada, nada, nada... não é como a gente pensa, só dá vergonha. É a maior besteira da vida não fazer, depois que a gente vê. Pela experiência que eu já vivi, eu não tenho mais próstata, eu faria o toque de 3 em 3 meses e não só uma vez no ano. (Jacó, 71 anos).

Quando fiz vi que não era tão ruim quanto imaginava. Agora que sou um cara vivido, vejo que é besteira esse preconceito de não cuidar da saúde. (Moisés, 71 anos).

Apesar de, geralmente, homens e mulheres sentirem vergonha de ficarem nus perante o médico, principalmente nas primeiras consultas, a falta de hábito de ir a este profissional, mais o receio que o exame de toque retal pode proporcionar, pelo fato de o homem ser tocado em uma parte considerada interdita, do temor do comprometimento da sua masculinidade e da associação à homossexualidade, certamente contribuem para o sentimento de vergonha presente nesses sujeitos ao realizarem esse exame. Além disso, podemos questionar se eles sentem só vergonha ou se há presente aí também o tabu de uma sexualidade que tira prazer de um lugar proibido.

As narrativas anteriormente citadas oportunizaram mostrar também a estratégia que eles utilizam para tornar o exame mais brando: pensar que o fato de não fazê-lo pode piorar a

doença. A possibilidade de poder estar com câncer de próstata encorajou Saulo, Samuel e Silas a realizarem o exame de toque retal, o que aponta que a saúde deles se sobrepõe à vergonha, num dado momento. Já as narrativas acerca do exame de toque retal proferidos por Jacó e Moisés mostraram que ele não era tão ruim como concebiam os discursos sobre tal prática.

Como já apontado neste trabalho, para Foucault, discurso são as ideias ou conhecimentos que circulam e que tornam possível falar ou nomear alguma coisa. É um conjunto de saberes que vai adquirindo o status de verdades sobre algo. Segundo Castro (2009) é o conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação; assim se poderia falar de discurso clínico, discurso econômico, discurso religioso, discurso da história natural, discurso psiquiátrico, entre outros.

A partir de um ponto de vista foucaultiano, os discursos facilitam e limitam, permitem e constroem o que pode ser dito, por quem, quando e onde (Parker, 1992). Aqui o discurso pode ser definido como um conjunto de afirmações que constrói objetos e uma gama de posicionamentos/posições do sujeito (Parker, 2002). O discurso oferece posições do sujeito que, quando assumidas, têm implicações para a subjetividade e experiência. Esta concepção foucaultiana toma em consideração a perspectiva histórica e explora as formas como os discursos têm mudado ao longo dos tempos. Para Foucault, os indivíduos se constroem no discurso, enquanto sujeitos.

A partir dessa visão compreende-se que os sujeitos se subjetivam num determinado contexto ou condições de existência. Diante disso, as produções discursivas só se tornam inteligíveis a partir da compreensão dos contextos culturais que lhes serviram de ancoragem. Os entrevistados André e Lucas pontuaram sobre a questão os tabus que circulam na cultura e que atravessam os processos de subjetivação, conforme podemos perceber a seguir:

Já existe um preconceito desde pequeno, desde que todo mundo vai crescendo. A gente cresce escutando que não pode mexer aqui, é sagrado. (André, 64 anos).

Pra mim foi muito difícil fazer este exame, acho que é uma questão de ambiente, de onde a gente veio, da área rural. Eu sou uma pessoa que nasci no Engenho. Aquela coisa ali, aquela maneira que o pai da gente criou, né?! Na minha época, meu pai dizia que mulher não podia nem escrever carta para o namorado?! Então, eu não gostei do exame do toque, talvez, porque a gente cresce ouvindo que é desonra e tal. Então, isso traz um trauma. E, no caso do homem, seria desonra fazer esse exame do toque. Então, o medo do homem de fazer esse exame é mais a questão psicológica. A gente vai lembrar na hora dos comentários, com certeza. Tem homem que fala dedada, mas é melhor falar toque, porque é uma coisa mais maneira. (Lucas, 65 anos).

Esses enunciados formaram um saber de uma época chamada de arquivo, ou seja, um conjunto de regras que, num dado período histórico e numa dada sociedade, determina, tanto aquilo que pode ser dito, quanto tudo o que vale lembrar, conservar e reativar, no caso aqui, a desonra que é para o homem fazer o exame do toque, como disse o participante Lucas.

As narrativas mencionadas anteriormente traçaram o contexto histórico e as posições de sujeito que foram possíveis naquelas contingências que esses sujeitos estão inseridos: no caso do homem, não ser tocado nas partes íntimas, porque é sagrado, o que aponta um discurso religioso, e, no caso da mulher, não poder escrever carta para o namorado, por ser considerado desonra, o que mostra o discurso social do modelo patriarcal da mulher passiva. Enunciados dispersos como esses estão inscritos no dispositivo da sexualidade e mostram

como os discursos co-existem com os outros (no caso aqui, o religioso e o patriarcal, por exemplo). Os discursos se mesclam uns aos outros. Não há uma homogeneidade nos discursos. É toda uma rede discursiva que nos atravessa e pela qual nos subjetivamos. Como se pôde perceber, os discursos circulam, regulam e dão parâmetros de como o sujeito pode constituir-se. Isso mostra que devemos mapear as possibilidades do que é dito, as condições históricas em que os discursos emergem e as formações discursivas que as atravessam.

Ainda no referente ao exame de toque retal, há um receio por alguns homens em realizá-lo, por poder colocar em dúvida a masculinidade, caso haja ereção no momento do exame, por exemplo, como apontam Gomes, Nascimento, Rebello e Araújo (2008). Para esses autores, um dos sentidos atribuídos ao exame de toque retal vincula-se, justamente, à possibilidade de haver excitação. Segundo Gomes (2003), no imaginário do homem, a ereção pode estar associada tão fortemente ao prazer, que não se consegue imaginá-la apenas como uma reação fisiológica. Ocorrida a excitação, indicada pela ereção do pênis, surgiria o grande medo de que o médico pense que o homem está gostando de ser tocado, o que colocaria em dúvida a sua masculinidade. Isso pôde ser percebido nas falas de Levi e de Jacó:

Dá uma vergonha ter aquele médico ali e a gente não tem como saber o que ele tá pensando da gente, se ele acha que a gente tá gostando, sei lá. (Levi, 80 anos).

Hoje eu não preciso fazer mais o toque, porque não tenho mais a próstata, porque fiz a cirurgia por conta do câncer. Mas, hoje vejo que não é como a gente imagina, o Dr. tá nem aí pra se a gente vai gostar ou não, ele tá ali fazendo o que ele estudou. Depois que eu vi isso. (Jacó, 71 anos).

Essas narrativas apontam, mais uma vez, o temor da homossexualidade e o tabu de uma sexualidade que tira prazer de um lugar proibido: o ânus, conforme já discutido neste

estudo. Diante das obstinações por parte da maioria dos homens em cuidar de sua saúde, medidas e estratégias foram implementadas pelos diversos setores que compõem a rede pública de saúde, no sentido de desenvolver ações que os estimulem a desenvolverem estes cuidados, como a PNAISH e a campanha denominada “Novembro Azul”.

Este movimento é realizado, no mês de novembro, pela Sociedade Brasileira de Urologia, no intuito de disciplinar a população masculina acerca da necessidade de realizar exames que possam detectar o câncer de próstata. A seguir nos deteremos a esses dois fenômenos, porém, tomando como ponto de ancoragem os conceitos foucaultianos de biopoder, biopolítica e governamentalidade.

3.1.3 PNAISH, “Novembro Azul” e a vida do homem como alvo: reflexões sobre o biopoder, as biopolíticas e a governamentalidade

De acordo com Nogueira (2003), o campo da saúde tem sido sistematicamente modificado pelas políticas de promoção da saúde e pelos debates que as acompanham. Um de seus aspectos mais importantes é a convocação de todos para a gestão dos cuidados com a saúde.

No referente à população masculina, nos últimos anos, a saúde do homem vem-se configurando como um emergente campo de estudos no âmbito da Saúde Coletiva. No Brasil, a preocupação com esta temática encontra-se traduzida na recém instituída Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (Martins & Malamut, 2013).

Essa política foi instituída através da Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009 (Brasil, 2009). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), essa política visa a atender homens na faixa dos 20 aos 59 anos e tem como objetivo ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, melhorando a assistência oferecida por meio de ações que promovam saúde, prevenção, informação e uma mudança cultural. Segundo Eid, Kohn e Motta (2012), essa política vem contribuir para uma mudança de paradigma da percepção da população masculina em relação ao cuidado com sua saúde. De acordo com o seu documento-base, a PNAISH 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).

Percebe-se, então, que, nesse novo contexto, os homens passam a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, que sempre foram foco de ações de saúde específicas, como mulheres, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência física ou mental, dentre outros, ocupando, assim, também, um lugar de vigilância.

Isso porque, apesar da contribuição que essas ações políticas trazem à promoção da saúde desses sujeitos, faz-se mister ressaltar que o discurso da saúde se faz presente na atualidade e que a conservação da saúde tornou-se um aspecto fundamental na determinação das ações sobre a população. Tudo isso mostra um gerenciamento da vida, noção central para pensar os processos de subjetivação dos sujeitos, no caso aqui, mais especificamente dos homens, uma vez que este discurso que circula (do autocuidado) convocam os homens a investirem em determinadas posições, como a do homem saudável, por exemplo.

Hoje a saúde é considerada como muito importante e o cuidado com o corpo pensado como essencial. Segundo Lima (2015), a medicina tomou um lugar de destaque nos saberes circulantes no período da Modernidade. Se a Modernidade prometeu a felicidade do homem com a sua libertação e racionalidade, a medicina foi um dos meios para promover essa mudança.

Vale salientar que os saberes produzem o que nós somos. Com a medicina não é diferente. Esta diz que precisamos ser saudáveis, ou seja, os poderes nos obrigam a ser saudáveis. Um pedido de um urologista e de uma profissional da área da saúde, como a assistente social, por exemplo, para um sujeito se consultar com um médico, muitas vezes, soa

como uma ordem. A narrativa de Samuel abaixo mostra como esse pedido é “obedecido” sem restrição:

[...] Meu pai foi operado e ficou internado aqui. Aí, na época, conheci o Dr. X. e a assistente social Y do hospital. Eles disseram que eu tinha que me cuidar. Ela disse: “Oh, vamos marcar um check up pra tu?” Aí ela falou para eu passar na sala dela para ela marcar. Aí fui lá e marquei. (Samuel, 61 anos).

Os sujeitos tornam-se sujeitos atravessados por discursos de dispositivos de poder e o discurso médico é um deles. Isso fica evidente na narrativa de Samuel acima. Em uma conversa informal com um urologista registrada no Diário de Campo e citada abaixo, fica apontado um discurso regulatório e disciplinador no referente aos cuidados com a saúde do homem, o que provoca a modelização do comportamento dos homens em nome do discurso da saúde e da qualidade de vida:

Após uma rápida conversa informal com um urologista do hospital particular em que ocorreu essa pesquisa, anotei no Diário de Campo a seguinte fala desse médico: “todo ano realizamos campanhas para conscientizar o homem a se cuidar, a fazer o PSA e o exame de toque retal. Se der alguma coisa, a gente encaminha para eles se cuidarem. Isso contribui para que mais homens procurem um especialista e se cuidem e detectem logo o câncer de próstata e outras doenças”. (Diário de Campo).

Esse saber médico que impera no aspecto saudável da realização de exames médicos com frequência é uma *episteme*, ou seja, um saber e um modo de pensar científico, um domínio de saberes de um tempo e de um lugar em que se pensam as coisas. Esses saberes e

essas condições de possibilidades acabam levando os homens a pensar de uma determinada maneira na qual têm que cuidar da sua saúde e praticar a autovigilância.

Nesse contexto, de os poderes nos obrigarem a sermos saudáveis, nós vamos assumindo posições de sujeitos que cuidam da saúde, indo ao médico, realizando exames, fazendo dietas e restrições, dentre outras práticas. Restrições essas que vêm do que Foucault chamou de Biopoder, o qual, com seu discurso de vida, circula e coloca em ordem a forma de viver, como o fato de o homem ter que cuidar da saúde, por exemplo. O Biopoder controla em nível grupal e individual e Foucault (1988) denominou de técnicas de si as práticas de subjetivação. As técnicas de si podem ser compreendidas como o conjunto de tecnologias e experiências que participam do processo de (auto) constituição e transformação do sujeito. O sujeito se define de maneira ativa pelas técnicas de si, elas não são inventadas por ele mesmo, são regras que o sujeito encontra na cultura e que lhe são impostas, como, ter que ir ao médico, por exemplo.

A medicina tem destacado o autodisciplinamento, que impõe aos sujeitos, no caso aqui, mais especificamente aos homens, que exerçam o controle de si. Esses tipos de práticas que buscam controlar e disciplinar os corpos, através do próprio indivíduo, se relacionam ao que Foucault denominou de tecnologias do eu. Segundo Foucault (1988), as tecnologias do eu permitem aos indivíduos realizar, por conta própria ou com a ajuda dos outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, conduta ou qualquer forma de ser, alcançando, assim, uma transformação de si mesmo, com o objetivo de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade. Estas tecnologias do eu podem representar as manifestações do eu interior, ou seja, o modo como as pessoas identificam a si mesmas. Assim, o discurso do autocuidado pode ser compreendido como regimes de verdade.

De acordo com Foucault, no século XIX, houve uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico, ou, pelo menos, certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico (Foucault, 1976). Esse teórico propõe a hipótese de que houve uma transformação a partir da época Clássica, em que o direito do soberano de fazer morrer dava lugar a um poder que gera e ordena a vida. Assim, “o direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um direito de causar a vida” (Foucault, 2014, p.130). Esse poder sobre a vida, o biopoder, desenvolveu-se nos séculos XVII e XVIII.

“O biopoder margeia as relações que o sujeito deve ter com seu corpo, com sua vida, de modo a aprimorá-los de maneira incessante, numa norma que faz proliferar uma regulação da saúde, do cuidado de si.” (Silva & Leite, 2014, p. 90). O biopoder é a gestão da vida como um todo, técnicas de poder sobre o biológico, que vira central nas discussões políticas. Modificá-la, transformá-la, aperfeiçoá-la eram objetivos do biopoder, e, é claro, produzir conhecimento, saber sobre ela (a vida), para melhor manejá-la (Foucault, 2014).

O biopoder é uma tecnologia de poder, um modo de exercer várias técnicas em uma única tecnologia. Ele permite o controle de populações inteiras. Em uma era onde o poder deve ser justificado racionalmente, o biopoder é utilizado pela ênfase na proteção de vida, na regulação do corpo, na proteção de outras tecnologias. Os biopoderes se ocuparão, então, da gestão da higiene, da alimentação, da saúde, dentre outros, à medida em que essas se tornaram preocupações políticas.

Isso parece estar bem sedimentado na PNAISH. O saber médico-científico-político ganhou o lugar de discurso privilegiado na manutenção da saúde do homem. O biopoder, com seu discurso de vida, vai circulando e colocando em ordem a forma como os homens devem cuidar da sua saúde. Isto é bem evidente na PNAISH, uma vez que ela propõe aos homens

cuidarem da sua saúde e qualidade de vida, o que nos faz articulá-la ao exercício do biopoder contemporâneo. Esta política revela estratégias que se vinculam a uma necessidade dos homens adotarem posturas preventivas.

Ela incentiva, de maneira calculada e administrada, a vida de uma dada população, o que mostra um gerenciamento da vida e do corpo dos homens. Estes, então, estão submetidos a controles reguladores. Este gerenciamento ilustra sistemas de verdade que atribui um padrão normativo de autocuidado voltado para os homens. Assim, o discurso contemporâneo da saúde compõe os processos de subjetivação, produzindo homens que passam a se cuidar.

Os hospitais, por exemplo, instituições regidas por essa política pública, a PNAISH, assumem um lugar de dispositivo, articulado pela Biopolítica, os quais fazem circular certos discursos disciplinadores, como a de que os homens devem cuidar de sua saúde, disciplinado e prescrevendo, assim, os corpos, as condutas e as práticas dos homens. Dispositivo de controle e de vigilância, atravessado pelo Biopoder.

Esses discursos que sinalizam para o cuidado à saúde do homem também podem ser vistos na campanha “Novembro Azul”, movimento que reforça a importância do diagnóstico precoce do câncer de próstata, a partir de ações que convoquem os homens para a realização de exames. Dentre algumas atividades dessa campanha, ocorre a iluminação de pontos turísticos com a cor azul, com o objetivo de lembrar os homens sobre o câncer de próstata e divulgação de materiais com a imagem de um dedo envolto por um laço, na tentativa de desmistificar a aversão ao exame de toque retal, tão comum entre os homens. Esta convocação da referida campanha para a gestão do cuidado com a saúde por parte dos homens, ou seja, para a promoção da saúde, tem atraído homens para o autocuidado. As narrativas abaixo mostram isso:

[...] Há dez anos que faço check up todo ano, desde que eu vi o comercial da Campanha Novembro Azul. (Levi, 80 anos).

[...] Na televisão passa a campanha, aí alguns homens param com a safadeza e vão se cuidar. (Jacó, 71 anos).

[...] No meu tempo ninguém falava em médico não, hoje tem campanha que só. A campanha do câncer mesmo faz os homens saber se cuidar. (Moisés, 71 anos).

Esse exame (toque retal) é nada bonito, mas eu me lembrei de uma palestra do Novembro Azul que o médico dizia que esse é um dos exames mais certos, porque o médico sente com o dedo o que a pessoa sente. (Mateus, 75 anos).

Eu cuido da minha saúde faz sete anos. Eu vi o comercial na TV da Campanha Novembro Azul que esse hospital faz e pensei: eita, vou lá amanhã fazer, até pra ver se conseguia ficar sendo acompanhado aqui nesse hospital. Eu nem conhecia essa campanha daqui do hospital, soube pela TV e pelo rádio e quis participar. Foi pela TV que conheci e que me interessei em fazer esses exames para cuidar da minha saúde. (André, 64 anos).

Vi na televisão a campanha e pensei que tinha que me cuidar mesmo. Eu entrei aqui pela campanha Novembro Azul. Ela mostra que a gente tem que se cuidar. Dez horas eu estava em Jabotão, resolvendo um negócio, aí pensei: vai ter tanta gente, meu Deus do céu! Mas, vim, porque senti aquele algo positivo, porque a senhora sabe que

tem aquele lado positivo e o negativo. Aí, ao chegar aqui, o portão já estava fechado, porque era muito homem, muito homem mesmo, porque a campanha é feita na televisão e no rádio, aí lota aqui. Essa campanha traz muito homem pra cá, mas, pela misericórdia, uma pessoa chega e me dá uma ficha. Faz um sinal aqui de dentro me chamando e me deu. Aí fiz o PSA e o toque retal. [...] Eu escutei em algumas campanhas que, a partir dos 40, 50 anos, o homem tem que se cuidar. Eu vim em cima desse chamamento. E hoje tô aqui na batalha, lutando com esse câncer. (Lucas, 65 anos).

Esta convocação da Sociedade Brasileira de Urologia, através dessa campanha, mostra um saber médico que pode ser comparado aos soberanos da vida moderna que regiam através do biopoder. A convocação para a realização dos exames mostra um enaltecimento da vida biológica, parece uma ordem e uma determinação que funciona, uma vez que estes homens obedeceram ao chamado, surgindo, então, novos sujeitos. Nesse sentido, mais que o abuso do poder, podemos ver, também, o abuso da obediência e parece que o discurso médico advindo desta campanha passa a ter o poder de fazer viver.

Em uma das vezes que compareci ao hospital particular para realizar as entrevistas, recebi o convite do chefe do setor de urologia e da assistente social para assistir à campanha Novembro Azul desse hospital. Agradei e aceitei. No dia da campanha compareci e fiz algumas anotações no Diário de Campo, a saber:

Quando cheguei ao hospital no dia da campanha, primeiramente recebi uma camisa azul de malha, padronizada para todos os funcionários, que possuía a seguinte frase: “Novembro Azul: cuidar da saúde também é coisa de homem. Mês de conscientização sobre a prevenção contra o câncer de próstata. Procure um urologista”. (Diário de Campo).

A última frase acima “Procure um urologista” aponta a dimensão do autocuidado masculino como um elemento disciplinar cada vez mais enfatizado nessa campanha. Essa frase funciona como palavras de ordem que influenciam os homens e perpassam as políticas de promoção da saúde. Nesse sentido, Ferreira Neto (2014, p. 39) ressalta que, “configura-se nesses imperativos em prol de uma vida saudável uma duplicidade de ênfase de ações que devem incidir sobre o corpo singular do indivíduo e o “corpo espécie de todos.” Vale ressaltar que o texto da campanha não só diz “cuide-se”, mas determina quem pode e deve cuidar: o médico urologista.

Continuando minha observação, percebo que, realmente, a campanha atrai muitos homens. Nesta, compareceram mais de 300, fora os que ficaram do lado de fora do hospital, por não ter mais ficha. Os homens ficavam em uma sala de espera e recebiam fichas para realizar o exame de sangue PSA e para realizar o exame de toque retal. Havia uma mobilização com muitas técnicas de enfermagem, enfermeiras e sete urologistas. A pedido da assistente social passei nas salas de espera para conversar com os homens sobre essa campanha. A pergunta que realizei para todos foi: “Como é para vocês participarem dessa campanha?!”. Obtive respostas como: “é bom, muito legal esse hospital fazer de graça”; “se não fosse essa campanha, eu não teria como fazer esses exames”; “só assim a gente faz”; “só quero saber como é esse exame do dedo”. Discursos que apontam como que a campanha consegue atrair esses homens para o autocuidado e que mostram o receio do exame de toque retal, tema já discutido nesta tese. (Diário de Campo).

Mesmo rapidamente foi possível problematizar sobre os discursos referentes ao exame de toque retal e da masculinidade hegemônica e muitos homens disseram que a conversa serviu para pensar coisas que não pensavam. Também observei a presença de duas emissoras de televisão que estavam lá para realizarem reportagens sobre a campanha do hospital e para reforçar nas suas chamadas que novembro é o mês do homem se cuidar, o que reforça a

convocação de todos os homens para a gestão do autocuidado com a saúde. As duas emissoras me pararam para perguntar porque eu achava que muitos homens não se cuidavam e respondi em torno da teoria do discurso da masculinidade hegemônica. (Diário de Campo).

Ainda durante a campanha, o médico responsável pelo setor de urologia do hospital achou interessante e me apresentou um homem que estava participando da campanha que era poeta e repentista e que tinha levado um poema para lhe apresentar. A seguir segue a descrição do poema:

Amigo, se você tem 50, me empreste atenção.

E faça sua prevenção, que é de obrigação.

O câncer de próstata ao homem não tem consideração.

Quando o homem adoece, ele vai para o hospital.

O médico vai lhe examinar e de você vai se operar.

Eu digo, de coração, que só Deus e o médico

É quem sabe da sua situação.

E para esta campanha do Novembro Azul que foi aprovada,

Dê uma relaxada na hora da dedada.

Achei relevante citar esse texto, pois as palavras evocadas no poema do senhor João (nome fictício) retratam a modelização do comportamento masculino em nome do discurso da saúde e da qualidade de vida.

Continuando a discussão, Lima (2015) ressalta que, ao longo dos séculos XVII e XVIII, vimos surgir técnicas de poder que se centravam no corpo: o corpo individual. Havia toda uma vigilância, produção de relatórios, inspeções, escriturações etc.; toda uma tecnologia disciplinar do trabalho. Isso se instala no final do século XVII e ao longo do século XVIII. Foucault (1976) adverte, porém, para o surgimento de outra técnica não disciplinar que emergiu a partir das condições iniciadas com as técnicas disciplinares do trabalho, uma técnica sobre os corpos; essa nova técnica incidiu sobre a vida dos homens. Porém, essa nova tecnologia, tem como elemento de ação não os corpos individuais, mas, quando esses se transformam em massa global, afetada por processos de conjunto, que são próximos da vida: a morte, o nascimento, a produção, a doença, entre outros.

Foucault (1978) passou a pensar, então, em termos de biopolítica. Este foi o termo utilizado por ele para designar a forma na qual o poder tende a se modificar no final do século XIX e início do século XX. As práticas disciplinares utilizadas antes visavam a governar o indivíduo e a biopolítica tem como alvo o conjunto dos indivíduos, a população, configurando a prática de biopoderes locais.

A biopolítica contrasta com os modelos tradicionais de poder baseados na ameaça de morte. Ela representa uma “grande medicina social” que se aplica à população, a fim de controlar a vida, ou seja, a vida, no caso aqui, mais especificamente, dos homens, e faz parte do campo do poder. O discurso do autocuidado da campanha Novembro Azul, por exemplo, utiliza meios de prevenção que não são meios de punição, mas são meios de transformação dos indivíduos, e toda uma tecnologia do comportamento do homem está ligada a ela. O discurso de que os homens devem participar desta campanha e de que devem ser saudáveis impõe um sistema de normalização do comportamento masculino e das existências. Isto é uma forma de controle e este discurso contemporâneo da vida saudável molda, historicamente, a subjetividade masculina.

Essa governança desenvolve-se, então, a partir de dois polos que estão diretamente ligados: o primeiro referente a uma disciplina anátomo-política dos corpos individuais e o segundo marcado por uma regulação biopolítica da população (natalidade e mortalidade, saúde, demografia etc) (Neto, Kind, Barros, Azevedo, Abrantes, 2009).

A população é esse novo corpo e para compreendê-lo melhor é preciso não apenas descrevê-lo e quantificá-lo, por exemplo, em termos de nascimento e de mortes, de fecundidade, de morbidade, de longevidade, entre outros, mas, também, jogar com tais descrições e quantidades, combinando-as, comparando-as e, sempre que possível, prevendo seu futuro por meio do passado. Há aí a produção de múltiplos saberes, como a Estatística, a Demografia e a Medicina Sanitária (Danner, 2010).

No referente à PNAISH e a campanha “Novembro Azul”, elas demonstram uma preocupação do governo e de entidades médicas com a manutenção da vida. A necessidade de fazer com que os homens cuidem mais de sua saúde encontrou ponto de sustentação na medicina e na demografia. Porém, estatísticas que mostram um alto índice de mortalidade da população masculina, como o fato de viverem, em média, sete anos menos que as mulheres e do câncer de próstata ser o segundo mais prevalente nos homens, demonstram um empecilho à normatização dos mecanismos biopolíticos, uma vez que estes pretendem regulamentar a vida dos sujeitos e esses números mostram, justamente, o contrário. Vale salientar, porém, que as estatísticas que estão presentes nessa política e nas campanhas, simultaneamente, as legitimam.

A imagem do homem doente ou a constatação do grande número de óbitos foge às normas do biopoder, uma vez que expõe aqueles que não seguem o paradigma do culto à vida. Com o objetivo de abater essa situação, surgem políticas e campanhas com o desígnio de disciplinar os homens a partir do discurso da qualidade de vida. Em suma, as preocupações

biopolíticas têm em vista a intervenção nos processos de regulação da vida, como aponta Foucault.

Conforme ressaltado no início da discussão deste subcapítulo, a partir do século XVIII, as estratégias de poder passam a investir na vida não mais como forma de confisco, mas como modo de incitamento de fazê-la crescer e ordená-la. A vida entra na esteira da gestão do Estado em sua dimensão biológica. É o que se nomeia de biopoder e estratégias biopolíticas (Foucault, 2014). A vida da população constitui-se como estratégia de governo, ou seja, como uma estratégia de governamentalidade (Bernardes, Pelliccioli & Guareschi, 2010).

A governamentalidade constitui-se como uma arte de governo que tem como foco a população e que a torna um termo da própria experiência de Estado. A população torna-se foco do poder em razão de seus efeitos econômicos específicos: epidemias, expansões endêmicas, a espiral do trabalho e da riqueza (Foucault, 2003, p. 299).

Porém, de acordo com Lima (2015), a maneira de articulação do biopoder em uma sociedade disciplinar precisa de dispositivos que vão além do controle dos indivíduos em grupos – a população. Também será preciso pensar no seu controle no nível individual. Assim, várias são as técnicas necessárias que agenciam as subjetivações, entre elas, o que Foucault denominou de técnicas de si. Foucault chama de governamentalidade “o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si” (Foucault, 2014, p. 266).

Foucault refletiu, a partir da sexualidade, como se “criou” um sujeito que era obrigado a dizer a verdade, e não somente aquela que era proibida, mas, uma verdade sobre si para se

possibilitam aceitar a interdição (Foucault, 2014). Ele também conjecturou que a dinâmica de proibição e, ao mesmo tempo, de falar sobre algo é bem característico da sociedade do biopoder. Isso é possível perceber nos dias atuais. A narrativa a seguir nos mostra isso:

Depois que eu participei da campanha e fui ao urologista, disse tudo que eu estava sentindo ao médico e ele desconfiou que eu estava com o câncer de próstata e que eu tinha que me cuidar. Depois disso, passei a me cuidar e a falar com meus amigos para se cuidarem também. (Samuel, 61 anos).

No referente à saúde, a verdade parece ser algo sempre buscado e vigiado. Essa verdade aparece, dentre outras formas, através do parecer médico, do urologista, por exemplo, após uma consulta, na qual o homem confessou seus sintomas. A partir de então, será revelada a verdade sobre a saúde ideal. Percebe-se na fala acima que o discurso do autocuidado o coloca num posicionamento no qual ele é levado, inclusive, à vigilância de outros homens. Além disso, os indivíduos tornam-se sujeitos atravessados pelo discurso médico-científico, que os convocam a monitorar sua qualidade de vida e sua autovigilância, claro.

Este saber sobre si, para Foucault, é efeito de vários outros campos como a economia, a medicina, a psiquiatria, a biologia e a criminologia; são jogos de verdade que precisam ser analisados para a compreensão das formas de subjetivação (Foucault, 2014).

Neste subcapítulo discutiu-se como o discurso do saber médico tornou-se essencial na Modernidade. Pôde-se ver, também, que a ideia de um novo homem, cuidadoso e precavido com sua saúde, emerge dos discursos da biopolítica, o que demonstra uma exigência desse contexto histórico presente.

Vale salientar que as orientações advindas da PNAISH e de campanhas como o “Novembro Azul” são essenciais para os cuidados com a saúde, mas, também, mostram um

discurso contemporâneo: o discurso da saúde e um gerenciamento da vida que diz como os homens devem viver, sob o argumento de que vão viver melhor, o que mostra um controle e um poder sobre a vida dos sujeitos. Esses discursos vão possibilitando surgir novos sujeitos e estes fenômenos compõem os processos de subjetivação, daí a necessidade de problematizar esses discursos e a implicação disso no estilo de vida das pessoas, no caso aqui, dos homens. Porém, conforme aponta Foucault, o poder funciona proibindo algumas coisas, mas também pode possibilitar outras formas de viver.

3.2 Sexualidade e Gênero em Discurso: sujeitos com câncer de próstata e suas vidas afetivas sexuais

Sabe-se que muitos acreditam que a sexualidade é algo que todos nós possuímos "naturalmente". No entanto, diferente desta concepção naturalista, entendemos que a sexualidade abrange processos históricos e plurais, nos quais produzimos e transformamos a natureza e a biologia e, conseqüentemente, as tornamos históricas. Compreendemos, assim, que as possibilidades da sexualidade são socialmente estabelecidas e codificadas.

De acordo com Barros (2001) e Heilborn (1997), os corpos são sexuados, possuem algumas características e obedecem a leis de funcionamento biológico, no entanto, a construção da sexualidade é um processo extremamente complexo, que envolve, ao mesmo tempo, aspectos individuais, sociais, culturais que envolvem práticas que carregam historicidade. Essas práticas são atravessadas por processos de classificação, hierarquização, de atribuição de valores de legitimidade e ilegitimidade, nas quais os sujeitos são acolhidos ou desprezados, conforme as posições que ocupam. E isso está emaranhado com as questões de poder. Segundo Foucault (1985), os discursos sobre a sexualidade aparecem em momentos sócio-históricos precisos como uma tentativa de normatizar as práticas sexuais de acordo com os padrões da época, pois o controle da vida social e política só poderia ser alcançado pelo controle do corpo e da sexualidade.

Para compreendermos a construção das relações afetivo/sexuais entre um casal, nas quais o sujeito esteja acometido pelo câncer de próstata, faz-se mister refletirmos sobre esse peso sociocultural que a temática sexualidade transporta. No entanto, é necessário ressaltar primeiro que, embora algumas pessoas considerem como sinônimos, sexo, práticas sexuais e sexualidade não o são. O primeiro termo se refere ao conjunto de características estruturais e funcionais, segundo as quais um ser vivo se classifica como macho ou fêmea, partindo de

diferenças fisiológicas dos órgãos genitais. O segundo termo se refere às várias práticas de estimulação sexual. E o terceiro termo, sexualidade, tomaremos nesta tese como o definiu Foucault, a saber: “a sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico e que não deve concebê-la como uma espécie de dado da natureza que o poder é tentado pôr em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria, pouco a pouco, desvelar” (Foucault, 1988, p. 100).

Foucault deu um grande passo para a compreensão da dinâmica que envolve o sexo e o poder nas sociedades ocidentais, ressaltando que a sexualidade é uma invenção social, pois se constitui historicamente, a partir de diversos discursos que regulam, normatizam, que instauram saberes sobre o sexo, produzindo verdades. Conforme aponta Ribeiro (1999), Foucault é visto como o historiador que problematizou as proibições e o “poder repressivo” (ele era contra a hipótese repressiva), porque buscava o discurso das “verdades” produzidas e analisava como o poder, que se exerce sobre a sexualidade, produziu o discurso verdadeiro da sexologia.

Continuando a compreensão da formação do dispositivo da sexualidade, sabe-se que, na contemporaneidade, a ideia de repressão sexual é muito presente. Porém, Foucault não concorda com a ideia de sexo reprimido. Foucault contextualizou a sexualidade para discutir como se forma o sujeito sexual e percebeu que, na verdade, houve uma compulsão em se falar de sexo, muito mais do que a repressão, em dado momento da história. Ele notou uma série de contradições em relação a isso e era isso que ele defendia.

Assim, ele questionava: Será que o sexo é reprimido? Será que o poder funciona através da “repressão”? Ele responde não e sim, respectivamente. Foucault ressaltou que a “repressão” produziu um efeito positivo, no sentido de que produziu um sujeito da sexualidade, ou seja, essa “repressão” não regulou apenas o sexo, mas, produziu sujeitos

sexuais. Para ele não houve uma proibição em se falar de sexo; na verdade, as pessoas foram incitadas a falar dentro de um modelo, aí viriam as estratégias de poder. A aparente repressão da sexualidade, na verdade, licitou a proliferação dela, mostrando uma vontade de saber e de poder mascaradas e entrelaçadas. Para o autor, a questão não é porque somos reprimidos, mas, sim, porque dizemos com tanta convicção que somos reprimidos.

César (2009) ressalta que Foucault indicou o estabelecimento de um importante elemento por ele analisado, isto é, a colocação do sexo em discurso. Essa insistência discursiva constituiu, ao contrário daquilo que se acostumou a pensar sobre o silenciamento em torno do sexo e das práticas sexuais, a produção de um discurso verdadeiro sobre o sexo, que, por sua vez, não poderia se calar. Tratava-se de utilizar um saber recém-produzido pelo discurso e pelas práticas institucionais da igreja, medicina, da política, entre outros.

Diante desse contexto, definiu-se onde e quando falar sobre sexo, em quais situações, quais os locutores. Essa foi a forma encontrada pela sociedade para vigiar, normatizar e controlar a sexualidade: falando intensamente sobre ela. Segundo Fischer (1999), uma grande matriz geradora da discursividade sobre o sexo, segundo Foucault, é a técnica da confissão que, como tal, permanece até nossos dias. É a técnica síntese da imensa vontade de saber do homem.

No cotidiano, era proibido falar de sexo, mas, na religião e na ciência, por exemplo, se normatizavam discursos de poder. A confissão e a terapia, eram lugares autorizados a falar de sexo (Foucault, 1984d). Assim sendo, nota-se a obrigação de pôr o sexo em discurso na confissão, o que fez Foucault questionar: como se fala tanto de algo que se quer esquecer?! Ele percebe, ainda, que em dado momento, o sexo sai do campo da moral (o certo e o errado, pregado pela Igreja), para a ciência (o normal ou o patológico), ou seja, mudam os dispositivos, que era a religião e passa a ser a ciência, dispositivos esses que categorizam o

sexo para controlar. Isso que mostra que o sexo estava lá, mas tinha que ser disciplinado. Quem, onde e quando eram os pronomes que guiavam essa disciplina. É toda uma sociedade de controle. É toda uma vida controlada. E, ao mesmo tempo em que controla, produz sujeitos, ao mesmo tempo em que interdita, multiplica a sexualidade. É uma verdadeira proliferação da sexualidade.

Segundo Barros (2001), a igreja, a escola, o hospital, o ambulatório e tantas outras instituições são montadas para fiscalizar e regulamentar a socialização dos seres sociais. As corporações de profissionais detentoras de um saber científico e especializado assumem o papel de prescrever, vigiar e controlar o comportamento dos indivíduos e de criar códigos de normalização segundo o sexo e a idade, controlando o casamento, as relações sexuais, as interdições e as perversões. Esse saber é veiculado através de discursos e repassado como verdade.

Dispositivos de controle, como a igreja, ainda se fazem presentes na contemporaneidade. O participante Jacó nos aponta isso, ao ressaltar o que um padre lhe disse, quando soube de sua tristeza em não conseguir mais realizar relações sexuais, sequela comum em sujeitos acometidos pelo câncer de próstata:

[...] O padre me disse que a gente não deve viver só de sexo não. Isso foi me acalmando, porque a gente fica triste. (Jacó, 71 anos).

Nessa fala grifada, percebe-se um sexo ligado à ideia da moral cristã, o qual prega um discurso contraditório do discurso social, o qual ressalta que o homem deve ser viril, com atividade sexual constante. Nota-se, então, que a igreja funciona como um dispositivo de controle que trabalha como agente disciplinador da normatização, da busca pela adequação dessa moral. Segundo Foucault (1984d), a religião católica foi indicada como referência para

apoiar os regimes de verdade, determinando quem, onde, o que e quando se pode falar sobre sexo. Diante disso, a partir da confissão e dos exames de si mesmo, os sujeitos podem desistir dos prazeres mundanos e desenvolver-se espiritualmente e os padres seriam os especialistas em possibilitar essa pureza da alma. Assim sendo, tudo deveria e deve ser - lhes dito.

A partir desta compreensão podemos nos questionar: o que pode, potencialmente, ser sentido, pensado e vivenciado a partir dessas posições de sujeito disponíveis? Jacó nos mostra que o discurso religioso constrói um modo de ser sujeito, que o convoca a uma posição de negação dos “desejos da carne”, o que, de certa forma, o ajudou a lidar com sua tristeza de não conseguir mais ter relação sexual. Percebe-se, então, que o discurso religioso, se alia ao discurso médico e agencia a vigilância dos idosos, já que na velhice o sexo está relacionado ao prazer e não à reprodução, como determina a Igreja, então, ele não pode ser vivenciado.

A ciência médica foi outro dispositivo de controle notório nas entrevistas. A fala abaixo de Moisés nos mostra isso, a saber:

Depois que eu me opereí o médico disse: olha, um ano sem fazer [sexo], viu? Aí eu tenho vontade de fazer, mas não faço, já faz seis meses. Pior que não sei por que, mas, ele é o doutor, sabe o que tá dizendo. Aí eu nem encosto nela, pra evitar a vontade, senão fico doido. Mas, os cabras mangam tanto, dizem que nunca mais vai voltar, aí eu digo, traz tua irmã aqui, pra você ver. (Moisés, 71 anos).

A colocação mencionada acima foi marcante, no sentido de mostrar que Moisés está há seis meses sem fazer sexo, por orientação médica, mas ele não sabe o porquê disso. Isso aponta o mecanismo de saber/poder que impõe uma verdade sobre o sexo que não pode ser questionada. O discurso acerca da sexualidade proferido por este participante demonstra o atravessamento desses sistemas de verdade. Essa visão científica da sexualidade serve como embasamento para vários posicionamentos, reafirmada a todo

instante pela gama de profissionais capacitados a tratar da sexualidade nos consultórios e hospitais. Na narrativa acima, vimos o que a medicina diz sobre o que não se deve fazer. Este saber médico, a dominação em relação ao corpo, faz parte de um aparato de poder que Foucault denominou de biopoder, como já discutido nesta tese. Isso gera os processos de subjetivação, ou seja, as práticas que os sujeitos produzem diariamente, e o que somos, a partir do saber da medicina, por exemplo.

No que se refere aos posicionamentos sobre as suas relações afetivas sexuais, selecionamos alguns trechos, nos quais surgiram discursos comuns aos participantes, a saber:

Hoje, se passar uma mulher boa na minha frente, não tenho mais o que é bom. (risos). [...] You me acostumando, porque já tô velho mesmo. Se fosse novo que seria complicado. (Mateus, 75 anos).

Eu não tô com saúde para procurar essas coisas. E, depois da cirurgia, tô com problema para urinar, então, não vou tá procurando. E eu não tô preocupado, devido à minha idade também. Já fiz tanto sexo, agora é hora de cuidar da saúde. Já fiz tanto que não faz tanta falta agora. O problema seria ficar doente novo. Quando eu era novo eu era zero bala, só pensava nisso, mas agora tô lascado. (risos). Minha preocupação agora é só voltar a urinar direito, normal e não com sexo não [...]. (Fanuel, 66 anos).

Até aqui não houve repercussão não. Quando eu recebi o diagnóstico, veio os comentários que o homem fica mais fraco, fica sem força, pra realizar o sexo, né?

Aí bateu aquela preocupação, mas, depois não levei isso tão a sério não, porque eu já estou com 75 anos, já era uma vitória pra mim eu estar funcionando normal, se não vir mais essa vontade ou se eu não conseguir mais, será o que Deus quiser. Se fosse com 20 anos que seria complicado. (Saulo, 75 anos).

[...] Mas minha mulher tem idade avançada e é muito doente, aí não sente falta. Aí é melhor, porque não consigo. (Jacó, 71 anos).

Segundo Srougi (2003), os tratamentos para o câncer de próstata podem resultar na dificuldade de ereção e também na diminuição do desejo sexual. Nas narrativas acima citadas, foi possível perceber que, com exceção de Saulo, a libido de Mateus, Fanuel e de Jacó foi afetada pelas consequências desta doença.

Chamou-nos a atenção o discurso comum nesses três participantes: a conformidade de não apresentarem o desejo sexual, ou a possibilidade disso acontecer pelo fato de já serem idosos. Nesses discursos pode-se perceber uma prática sexual normatizada, ou seja, um discurso que normatiza o sexo produzindo verdades, como a que o idoso não sente a falta do sexo, o que produz um discurso verdadeiro da sexologia. Faz-se mister ressaltar, que, obviamente, há mudanças fisiológicas nesta faixa etária, porém podemos problematizar, questionar e levar à reflexão, até que ponto isso também não é um discurso de como o idoso deve portar-se perante o sexo.

O envelhecimento traz modificações importantes no que se refere aos aspectos físicos e emocionais das pessoas, porém os sentimentos e as sensações não sofrem deterioração, podendo a sexualidade ser vivida até o fim da vida (Laurentino, 2006). O interesse sexual dos

idosos é mais amplo que se pensa, porém, segundo Almeida e Lourenço (2008), mesmo em uma sociedade dita moderna, a sexualidade do idoso ainda é vista por muitos como um tabu. Os estereótipos de que os idosos não são atraentes fisicamente, não possuem interesse por sexo ou não são capazes de sentir algum estímulo sexual ainda são amplamente difundidos na sociedade, o que acaba construindo a imagem da pessoa idosa como um inválido assexuado. Há um discurso social de que os indivíduos de idade avançada não necessitam de sexo; com isso muitos idosos abdicam do seu prazer e do exercício saudável e prazeroso da sexualidade na terceira idade.

Percebe-se, então, que o dispositivo da sexualidade foi colocado em discurso e as práticas sexuais foram normatizadas, classificadas e atribuídas de valores, produzindo verdades, formando, também, sujeitos sexuais idosos, que foram regulamentados sobre como devem se comportar em relação ao sexo.

Como se pôde observar, problematizar a história da sexualidade permite-nos perceber como a sexualidade foi construída através de múltiplos mecanismos de poder que nos incitam a falar a “verdade” sobre o sexo, o corpo e o prazer. Avaliar a sexualidade como um dispositivo histórico nos permite conhecer os valores culturais de um dado período que compõem os discursos que atravessam a experiência da sexualidade, compreendendo-se, desse modo, que as possibilidades da sexualidade são socialmente estabelecidas e codificadas. A compreensão sobre gênero, outro eixo temático dessa tese, também segue este olhar.

Segundo Toneli e Becker (2010), gênero é uma repetição estilizada que cria a ilusão do que seria “natural” para o corpo sexuado e do que pareceria “natural” para aqueles dos quais se diz terem esse corpo porque agem assim. Mas as normas que regem o gênero (com força de lei) e impõem ideias de gênero exercem uma violência mundana sobre esses corpos performaticamente produzidos a partir delas mesmo – uma operação de poder normativo.

O conceito de performatividade foi desenvolvido por Butler (2003), teórica que segue o pós-estruturalismo, arcabouço teórico dessa tese. Sua obra teve um profundo impacto na reflexão e investigação sobre gênero e sexualidade. Essa autora introduz a ideia de que o gênero emerge no mundo performaticamente inscrito nas práticas discursivas cotidianas, expressas e constituídas pelo vestuário, maneiras e comportamentos, de sorte que é somente dentro da cultura e do pensamento político que podemos desenhar uma linha entre sexo e gênero (entre o natural e o social, entre o político e o não político etc).

De acordo com Tomaz Tadeu da Silva (2000), o conceito de performatividade desloca a ênfase na identidade como descrição, como aquilo que é – uma ênfase que é, de certa forma, mantida pelo conceito de representação – para ideia de “tornar-se”, para uma concepção de identidade como movimento e transformação. Judith Butler se baseia na teoria de J.L. Austin para desenvolver este conceito, uma vez que ele foi o primeiro a formulá-lo. A obra deste teórico teve uma enorme repercussão sobre a teoria linguística de língua inglesa, principalmente sobre a filosofia da linguagem.

Silva (2000) ressalta, ainda, que, segundo Austin, contrariamente à visão que geralmente se tem, a linguagem não se limita a proposições que simplesmente descrevem uma ação, uma situação ou um estado de coisas. Assim, se nos pedissem para dar um exemplo de uma proposição típica, provavelmente nós sairíamos com algo como: "O livro está sobre a mesa". Trata-se, tipicamente, de uma proposição que Austin chama de "constatativa" ou "descritiva". Ela simplesmente descreve uma situação. Mas a linguagem tem pelo menos outra categoria de proposições que não se ajustam a essa definição: são aquelas proposições que não se limitam a descrever um estado de coisas, mas que fazem com que alguma coisa aconteça. Ao serem pronunciadas, essas proposições fazem com que algo se efetive, se realize. Austin chama a essas proposições de "performativas". São exemplos típicos de proposições performativas: "Eu vos declaro marido e mulher"; "Prometo que te pagarei no

fim do mês"; "Declaro inaugurado este monumento". Para Austin, nos enunciados performativos, o "dizer" é "fazer".

Partindo desta ideia, Butler (2003) entende que gênero não é algo que se é, nem algo que se tem, mas algo que se faz, que é performativo. A performatividade, para esta autora, é a modalidade discursiva, expressa em palavras, gestos e atos que constroem o sujeito e cria sua realidade. O gênero consiste na reiteração desses atos performáticos. Vale ressaltar que performatividade não é performance; a performatividade é o que possibilita, potencializa e limita a performance. Entender gênero e sexualidade como performativos não é meramente afirmar que eles são uma performance (num sentido estritamente teatral), mas sim que eles são produzidos na/pela/durante a performance sem uma essência que lhes serve de motivação.

As performances partem das normas de gênero com o objetivo de manter o sexo em sua força binária, mantendo a norma, ou tentando subvertê-la. Como citado, nesta concepção, o gênero não é algo que se é, mas algo que se faz. Entretanto, não é como se houvesse um ator por trás dos atos executados, pois é o *fazer o ato* que, performativamente, constitui o sujeito. O que acontece, segundo Butler, é que, uma vez que o gênero é tomado como natural, ele se cristaliza como tal e produz uma *naturalidade aparente*.

Em suma, as abordagens performativas questionam uma visão estática e essencialista dos gêneros como traços estáveis definidos e permitem olhar de outra forma para o gênero, proporcionando recursos para a crítica de discursos, nomeadamente científicos, que naturalizam, dicotomizam e reificam a diferenciação e a desigualdade (Amâncio, 2003).

Para Butler, não existe, então, um corpo natural, *a priori*, pois todo corpo está inserido na cultura e é, portanto, significado pela linguagem e pelas práticas. Todos os corpos são, então, generificados e o gênero pode ser compreendido como a estilização do corpo, a partir da materialização do sexo. O corpo é, dessa forma, produzido e reproduzido pelos discursos.

Nesta perspectiva, o conceito binário de gênero é, então, uma invenção performática do sistema patriarcal vigente. O gênero está intrinsecamente unido às maneiras como o homem e a mulher devem-se comportar, confirmando o binarismo sexista, ou seja, a depender do sexo do nascimento, os comportamentos devem ser diferentes.

Diante disso, nós atuamos como se este “ser um homem” ou “ser uma mulher” fosse uma realidade interna, ou algo que simplesmente é uma verdade sobre nós. Porém, na verdade, trata-se de um fenômeno que tem sido produzido e reproduzido a todo tempo. Então, dizer que o gênero é performativo é dizer que ninguém pertence a um gênero desde sempre. Porém, nem sempre os sujeitos pensam deste modo.

Quando os participantes relataram sobre suas vidas afetivas sexuais após o diagnóstico do câncer de próstata, ficaram evidentes seus conceitos atribuídos ao conceito de gênero, uma vez que ficou notório, nas narrativas, como o homem deve comportar-se em relação ao sexo:

[...] Dói saber que você não faz mais seu serviço de homem. (Jacó, 71 anos).

[...] Eu já disse à minha mulher, do jeito que o povo diz que eu não vou ser mais homem, que ela pode me deixar. Mas ela ficou foi brava! Fiz a proposta pra ela, porque o povo fala: operou disso, foi?! Então, tchau. O povo só fala mal. Aí pensei nela também. Porque homem tem que ter relação com a mulher, no mínimo, toda semana. (Moisés, 71 anos).

Os discursos presentes acentuam posicionamentos nos quais estes sujeitos têm que realizar o ato sexual para afirmar que são homens, quando isso não acontece mais, por conta da doença, “ser homem” não é mais possível, o que demonstra uma operação do poder normativo de gênero. Fica evidente nesses discursos (“Serviço de homem”; “Não vou ser mais homem”; “Tem que ter relação toda semana”) a maneira como o homem

deve comportar-se, reforçando o conceito de gênero como intrinsecamente unido à solidificação de comportamentos esperados e cristalizados, que dão uma falsa ideia da existência de uma identidade de gênero natural, uma essência verdadeira do ser homem, no caso aqui, o do que realiza sexo, o que é viril.

Pereira (2009) ressalta que Butler põe em causa a ideia de que a feminilidade e masculinidade são traços estáveis dos indivíduos, fixos e prévios às suas manifestações situacionais. Butler (2003) conceitualiza gênero enquanto conjunto de atos performativos cujas repetições e cristalização ao longo do tempo produz a ilusão da existência de uma identidade de gênero natural, real e verdadeira. E, como ressalta Butler, gênero é algo que se faz, que é performativo; as modalidades discursivas, os atos, vão construindo os sujeitos e sua realidade.

Pereira (2009) ressalta que Butler põe em causa a ideia de que a feminilidade e a masculinidade são traços estáveis dos indivíduos, fixos e prévios às suas manifestações situacionais. Ela conceitualiza gênero enquanto conjunto de performances cujas repetições e cristalização ao longo do tempo produzem a ilusão da existência de uma identidade de gênero natural, real e verdadeira.

Foi possível perceber, ainda, que os homens que tiveram a seqüela de não terem mais ereção e que não tinham uma companheira não estavam preocupados, já que não precisavam “ser homens”, ou seja, atuar com a identidade de gênero viril de masculinidade:

Trouxe uma seqüela, caiu a potência. Mas, como eu não tenho companheira, eu não fico tão preocupado. Se eu tivesse uma companheira, eu tava doidinho, mas, como não tenho, tô mais tranquilo. (Levi, 80 anos).

Tô com dificuldade de ter ereção. Mas, eu tô bem no meu psicológico, porque eu sei que isso não é de mim, é orgânico, e porque estou sem companheira no momento. (André, 64 anos).

Continuando com essa visão do homem viril, percebeu-se que ela leva esses sujeitos a uma tensão, a um medo de serem traídos por suas companheiras, já que eles não estão realizando o seu “serviço”. Trata-se de uma imagem bem presente no homem tradicional:

Afetou de um jeito que não tem jeito mesmo. Já tem uma porcentagem que cai com a idade, aí teve a outra porcentagem com a doença. Não tem jeito. Eu nem me lembro de procurar a mulher. [...] Isso mexeu com a minha cabeça. [...] Fiquei muito encucado, porque o homem ficar sem isso é difícil, o homem gosta disso. E podem falar que você não é mais macho. [...] Você pensa logo que não vai ser mais homem e que a mulher vai procurar outro, fica aquela fantasia na cabeça. Mas a sorte é que a minha não dá motivo pra pensar isso, porque o medo tá aí, dela procurar outro. Mas, se ela não procura, a gente fica mais calmo. (Silas, 80 anos).

[...] O médico falou que depois pode voltar a funcionar, aí, se der vontade, eu procuro a mulher. E se não der, não deu, já fiz tanto (risos). E vai morrer, é?! (risos). [...] E como sei o jeito dela, sei que ela não tá procurando outro fora, aí não tem problema. Se fosse outra mulher danada?! Aí seria problema, porque

agora não tô conseguindo. Mas sei o jeito dela e que ela não vai procurar mais nada fora, né?! Aí tudo bem. (Filemon, 66 anos).

Você olha para o lado da sua companheira, aí olha assim e não pode fazer nada. Passa logo pela minha cabeça que ela pode me deixar. Oh, se passa! [...] Isso influencia muito na cabeça do homem, porque ser homem é dá suporte à sua mulher, em todos os aspectos. E a nossa relação tá muito ruim. Antes da doença a gente era normal. Aí depois da doença veio a diferença. (Samuel, 61 anos).

Nesses discursos, percebe-se que, de um lado, há o alívio de que a mulher não procurará outro companheiro, mas, de outro, existe também a tensão pelo medo de ser traído, de a mulher não viver mais essa relação exclusiva, já que não existe mais a possibilidade de haver o sexo com a penetração. Observa-se nessas falas a dimensão dos afetos desses casais, após as sequelas do câncer de próstata na vida sexual. Nas narrativas dos entrevistados ficam identificadas as mudanças nos modos de se relacionarem, no sentido de considerarem agora a possibilidade da infidelidade. Não foram citadas outras formas de eles viverem a sexualidade, o que mostra uma verdade estabelecida sobre o sexo: a do coito, o que indica que o câncer de próstata não deve ser visto apenas pelo viés fisiológico, mas como uma realidade que media subjetivações e posições de sujeito, nos quais casais vivem relações atravessadas pela desconfiança, após a dificuldade de ereção, advinda desta doença.

No Diário de Campo registrei que, no momento das entrevistas, procurei problematizar com os participantes a visão da sexualidade reduzida à penetração. A fim de desconstruir uma verdade estabelecida sobre o sexo, questionei se a sexualidade

poderia ser reduzida somente a isso, ou se poderia ser ampliada. Chamou-me a atenção o fato de só Filemon, Jacó, Moisés, Silas e Samuel terem concordado com esta outra visão. Os demais ficaram resistentes, balançando a cabeça com sinal de negativo, o que indica uma visão muito enraizada e valorizada do padrão tradicional de comportamento do homem, mais especificamente, atrelado ao desempenho sexual do homem viril, sobretudo, os regimes de verdade que os regulam. Parece que não há outra forma de ver o homem; já se naturalizou como ele deve ser, como se pertencesse a um gênero desde sempre, como diz Butler. (Diário de Campo).

É digno de nota ressaltar, também, que foi registrado no Diário de Campo um encaminhamento que realizamos durante a produção dos dados. O participante Samuel, após ressaltar que sua vida afetiva sexual não estava a mesma depois da doença, chorou. Por uma questão ética, perguntamos se ele queria parar de falar e realizamos o acolhimento. Ele falou que foi bom desabafar, porque, segundo ele, “geralmente psicólogo é coisa para rico” (sic). Também perguntei se ele gostaria de um encaminhamento para a psicóloga do hospital. Ele aceitou e assim o fiz. Também avisei à psicóloga o que tinha feito. Esse acontecimento me levou a pensar que, além de ser importante estudarmos as possibilidades que levaram os sujeitos a emitirem determinados discursos, problematizar as relações entre discursos e o modo como eles pensam, sentem e agem é fundamental, sobretudo para tentar evitar ou minimizar sofrimentos como o de Samuel, advindos dos discursos sobre gênero e sexualidade. (Diário de Campo).

Continuando a discussão sobre gênero, conforme aponta Butler (2014), gênero não é exatamente o que alguém “é” nem é precisamente o que alguém “tem”. Gênero é o aparato pelo qual a produção e a normalização do masculino e do feminino se manifestam junto com as formas intersticiais, hormonais, cromossômicas, físicas e performativas que o gênero assume.

Segundo Butler (1991, p. 24): “o gênero é performativo, no sentido em que constitui como efeito o sujeito que pretende expressar.” Butler (2003, p. 37) ressalta que: “as pessoas só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões reconhecíveis de inteligibilidade de gênero”. De acordo com Borba (2014), a estudiosa ressalta que gêneros inteligíveis são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Butler afirma que essas noções de coerência e continuidade são efeitos de normas socialmente instituídas e mantidas, enfatizando que gênero não decorre natural e incontestavelmente de nosso aparato genital, mas sim de regras histórica e discursivamente produzidas que instituem como o corpo-sexuado deve ser generificado com base em uma heterossexualidade compulsória.

A partir dessa visão, entende-se gênero como transcrito de normas instauradas e perpassadas numa sociedade, de acordo com o momento histórico. Diante disso, as produções discursivas sobre gênero só se tornam inteligíveis a partir da compreensão dos contextos culturais que lhes serviram de ancoragem. Os entrevistados Samuel e Lucas pontuaram sobre a questão da contextualização histórica da construção de gênero, no que se refere à vida afetiva sexual, conforme podemos perceber abaixo:

Eu tinha uma vida sexual ativa antes de acontecer isso. Se não voltar, vou ficar muito triste, porque a gente sempre se acostumou a ter esse prazer, o prazer é aquele. A gente cresce em função disso, ouvindo isso, sentindo prazer nisso, aí você perde isso aí. Aí você perde até a vontade de viver, de trabalhar mais. Fica pra baixo. Quando você é “aviciado” nisso aí, é muito ruim. (Samuel, 61 anos).

Eu caí muito e foi uma das coisas que mexeu comigo, né? Eu até era uma pessoa assim, que minha esposa dizia que eu era exagerado (risos). Mas, na verdade, ela é fria. Se eu não procurar, ela não me procura não. Agora ela é mulher da roça, né?! Com 35 anos de casados, ela ainda tem vergonha. Porque eu acho que, dentro do quarto, o homem casado com sua mulher podem se exhibir. Mas, pra ela, não pode ver, porque é pecado, num sei o que. Depois da cirurgia, caiu, quebrou tudo, acabou tudo. E eu acredito que ela tá sentindo falta não. Que ela até gostou. (risos). [...] Não tem ejaculação, não tem mais nada. Tô de jejum mesmo. [...] (Lucas, 65 anos).

Nestas narrativas ficam claros os discursos que circulam na sociedade e que são direcionados para a mulher e para o homem em relação a seu posicionamento diante do sexo. Butler (2014) ressalta que o dispositivo da sexualidade reforça a constituição do binário, nomeando campos distintos de pertencimento, de atuação e poder, em contorno do feminino e do masculino, ressaltando essa relação de modo binário e hierárquico.

Vimos, nas narrativas anteriormente citadas, discursos marcados por regimes de verdade que os regulam. Podemos considerar que as falas desses sujeitos são baseadas nos binarismos de gênero, ou seja, de padrões de comportamentos das mulheres e dos homens. Em relação ao posicionamento da mulher, o participante Lucas ressaltou que ela é “fria”, já que é da roça e não pode ficar nua para o marido, já que alguns discursos religiosos não permitem isso, o que denota uma de suas condutas moral. Já ao homem, cabe a iniciativa da prática sexual, pois, como ressaltou Samuel, “o homem cresce em função disso”. Esses sistemas de verdades indicam, ainda, que essa prática do homem deve ser heterossexual.

Vale ressaltar que, ao longo do tempo, as repetições e as cristalizações desses discursos e dessas práticas, produzem a ilusão da existência de uma identidade de gênero

natural, real e verdadeira. Butler (2014) ressalta, porém, que há atravessamentos dos discursos de poder por trás desta naturalização, chamando a atenção para a intenção da manutenção da heteronormatividade, problematizando esse modelo que foi construído.

Segundo Sullivan (2003), nossas performances de gênero só podem acontecer dentro de uma cena discursiva plena de constrangimentos que limitam o que conta como inteligível. Butler enfatiza, assim, que as performances de gênero não acontecem livremente: são, isto sim, reguladas por uma estrutura muito rígida (a heterossexualidade compulsória e os discursos que a sustentam) que delimita suas possibilidades.

Toneli e Becker (2010), embasando-se em Butler, dizem que a matriz heterossexual consolida a identificação estrita entre sexo e gênero fazendo com que presumamos que machos tornam-se homens e que fêmeas tornam-se mulheres naturalmente e que, portanto, sexo “naturalmente” torna-se gênero (uma “essência interior” determinada biologicamente transforma-se em “exterior”). Dessa forma, a identidade, essa ficção que aparenta a coerência interna do sujeito, é produzida pelas práticas reguladoras de formação e divisão (binária) do gênero, criando a noção de que pode haver uma “verdade” do sexo, conforme denomina Foucault.

Butler ressalta que a ilusão de que o gênero é estável e essencial atua como uma poderosa regulação que legitima regimes de poder, não só entre mulheres e homens, mas, também, entre gênero e sexualidade. Foucault e Butler são teóricos críticos que fazem problematizações da constituição do sujeito e que supõem que sexo, sexualidade e gênero são efeitos – e não causas – de instituições, discursos e práticas, ou seja, nós, como sujeitos, não causamos as instituições, os discursos e as práticas, mas eles nos criam, ao definirem nosso sexo, nossa sexualidade, nosso gênero. E, assim, as identidades “generificadas” e sexuadas são “performativas”.

Diante do exposto, podemos perceber que os autores que seguem a perspectiva pós-estruturalista, compreendem que as subjetividades corporificadas não existem *a priori* dos discursos de um dado momento histórico e cultural, os quais dão sentidos aos corpos e à sexualidade. Nessa concepção, os sujeitos são atravessados por discursos e por uma trama de saber/poder. Assim, masculinidades e feminilidades não são vistos como algo que se *é* ou *tem*, mas algo que se *vai fazendo*. Assim, gênero não é considerado uma essência que reflete nos corpos, mas algo que fazemos nas ações do cotidiano. Partindo dessa perspectiva, Butler desconstrói a correlação naturalista entre sexo, gênero e desejo e mostra uma concepção que ressalta as ações num efeito de performances repetidas que reatualizam discursos que emergem em dado momento social e histórico.

Porém, conforme aponta Butler (2014), gênero é o mecanismo pelo qual as noções de masculino e feminino são produzidas e naturalizadas, mas pode ser, também, o aparato através do qual esses termos podem ser desconstruídos e desnaturalizados.

3.3 Sujeitos com Câncer de Próstata e Modos de Subjetivação

De acordo com o Instituto do Câncer do Brasil (INCa, 2013), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (metástase).

O número de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, principalmente a partir do século passado, configurando-se, na atualidade, como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial. Conforme apontam Quinn e Babb (2002), o câncer de próstata também se sobressai como um importante problema de saúde pública mundial, tendo sido observado, a partir de 1960, um aumento progressivo na sua incidência em vários países. Em 2010 houve 12.778 casos de óbitos derivados deste tipo de câncer (Brasil, 2014).

Diante de todo esse cenário, profissionais da área da saúde estão sempre atentos às consequências que esta doença pode trazer à população masculina. Uma dessas áreas é a Psicooncologia. Segundo Campos (2010), o surgimento da Psicooncologia foi influenciado pela evolução das ciências. De acordo com Gimenez (1994), o conhecimento da Psicooncologia pode ser utilizado na assistência ao paciente com câncer, à sua família e aos profissionais que os assistem em nível preventivo, no tratamento, na fase de reabilitação e na fase terminal da doença. Segundo Campos (2010), a psicooncologia se origina evidenciando as instâncias psicossociais, biológicas no atendimento ao portador de câncer, e visa, assim, a uma melhor compreensão dos processos de adoecimento e desenvolvimento da moléstia, e,

por último, as dificuldades de adaptação à doença, bem como as complicações na vida familiar, social e profissional dos pacientes com câncer.

Segundo Franco (2008), a psicooncologia ocupa-se de pesquisar fenômenos que possam responder às perguntas relativas à vivência de pacientes, familiares e profissionais envolvidos em qualquer dos momentos constituintes desta doença, o câncer, seja ele no diagnóstico, tratamento ou fase terminal.

Porém, a evolução das formas de tratamento desta doença não impediram que o estigma do câncer imprimisse sua marca na cultura e, ainda hoje, a cristalização deste estigma, repleta de aspectos negativos, parece não ter sido dissolvida por completo. O câncer, geralmente, apresenta construções associadas a uma doença popular “maldita”. Seu estigma e representações negativas construídas ao longo dos séculos favoreceu a formação de um conjunto de discursos sobre essa doença e sofrimentos que merecem a nossa atenção (Barbosa & Francisco, 2007). Faz-se mister observar isso, porque todo esse contexto possibilitou novas formas de subjetivação dentro da experiência de estar acometido pelo câncer de próstata.

Entendemos o conceito de experiência a partir dos estudos de Foucault. Segundo Leary e Ohara (2012), Foucault nunca deu uma definição explícita deste termo, mas, é possível reunir o entendimento dele acerca desse conceito. De acordo com Judith Revel (2005), a noção de experiência para esse autor aparece, em dado momento, enquanto experiência fenomenológica (à qual Foucault se refere ainda, em parte, nos seus textos dos anos 50). Ele procurou, na realidade, retomar a significação da experiência cotidiana para compreender de que maneira o sujeito que eu sou é realmente fundador, em suas funções transcendentais, daquela experiência e de suas significações.

López (2011) ressalta que o modo de pensar de Foucault se assemelha, também, à Nietzsche, no sentido de não se tratar de determinar as condições de possibilidade da experiência

humana, colocando como *a priori* um sujeito transcendental ou universal, mas, senão, de tornar visíveis as condições concretas que têm permitido a conformação de um particular tipo de experiência.

Por fim, Foucault evoca o conceito de experiência para dar conta da correlação, dentro de uma cultura, entre os três eixos já mencionados nesta tese: o saber, o poder e a subjetividade, os modos de relação de si mesmo, sempre considerando que esses três domínios da experiência só podem ser entendidos uns em relação aos outros e não separadamente. A experiência histórica, como citada por Foucault (1984), não é outra coisa que a trama de discursos e práticas por meio dos quais se dá forma àquilo que somos. É essa trama que constitui nossa experiência possível em cada lugar e cada momento.

A experiência não é aqui a experiência em geral, mas a experiência concreta, histórica e culturalmente situada (Leary & Ohara, 2012; López, 2011). Na obra sobre a Sexualidade, a experiência é apresentada como o modo histórico no qual a existência nos é dada como uma coisa que pode e deve ser pensada (Foucault, 1984)

Segundo os autores acima citados, para Foucault, precisamente, é essa experiência histórica a que cria o sujeito, não um sujeito universal, mas uma singular forma de sujeito: uma subjetividade. Não há primeiro um sujeito transcendental, a partir do qual possam se explicar as condições de possibilidade da experiência, ao contrário, é a experiência histórica a que explica a emergência de um tipo particular de subjetividade. Não se trata, então, de descobrir a verdade a partir do sujeito, mas de estudar os jogos de verdade e as práticas concretas com base nas quais o sujeito se constitui historicamente.

Mansano (2009) reforça essa informação, ressaltando que o objetivo de Foucault foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos

tornam-se sujeitos, empenhando-se na investigação histórica de como são compostas as maneiras de existir do sujeito.

Quando Foucault se pergunta como os seres humanos se tornaram (historicamente) sujeitos, o que tenta destacar é a maneira como os corpos sensíveis foram capturados, subjetivados, moldados a partir de uma série de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas, etc. Em outras palavras, como a partir desses “dispositivos”, foi possível uma determinada “experiência de si” e do outro (López, 2011).

Porém, conforme apontado por Leary e Ohara (2012), Foucault seguiu um projeto crítico bem no sentido nietzschiano. O que isso significa para a experiência é que o projeto crítico não pretende somente entender os fundamentos históricos de nossa experiência, mas procurar até que ponto seria possível mudar tal experiência – transformá-la, através de um trabalho crítico do pensamento sobre si mesmo. Foucault (1984d) situa tal projeto no contexto de uma possível história da verdade – uma história dos jogos de verdade, os jogos do verdadeiro e do falso, através dos quais o ser é constituído historicamente como experiência, ou seja, como algo que pode e deve ser pensado.

Foucault (1984d) concebe a experiência como a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade. Assim sendo, a experiência é a forma de subjetivação em determinada cultura, isto é, em local e tempo específicos. Nesse sentido, outro conceito é questionado: a subjetivação. De maneira geral, trata-se das distintas maneiras com as quais os sujeitos, a partir de relações com uma verdade tal, elaborada na correlação entre saber e poder, constituem-se como sujeitos de uma experiência.

O conceito de experiência se apresenta, então, na obra de Foucault, como uma constelação integrada por três problemáticas intimamente vinculadas entre si: os jogos de verdade, as relações de poder e as formas de subjetividade, às quais esses jogos dão lugar através de dispositivos heterogêneos (Foucault, 1984d).

Tais dispositivos configuram uma experiência histórica singular, na qual o sujeito se pensa a si próprio e torna-se como objeto de ação moral. É nesses jogos de verdade, e através deles, que as formas historicamente singulares da experiência podem – também – ser transformadas (López, 2011).

Então, por um lado, como vimos, a experiência é a forma geral, predominante na qual o ser é dado a um momento histórico como algo que pode ser pensado. Por outro, a experiência é algo que é capaz de nos afastar de nós mesmos e modificar a maneira como pensamos e agimos. Ao longo de seu trabalho, e de sua vida, Foucault valorizou aquelas experiências que nos levavam aos limites de nossas formas de subjetividade.

Conforme aponta Judith Revel (2005), Foucault procura situar o problema da experiência como momento de transformação: o termo passou, então, a ser associado ao mesmo tempo à resistência de dispositivos de poder (experiência revolucionária, experiência de lutas, experiência de sublevação) e aos processos de subjetivação. Mansano (2009) destaca que estamos organizados neste tempo histórico por um Estado que se vale dos mais diferentes dispositivos de controle para manter-se em seu formato já instituído, contando, para isso, com toda uma rede de poder-saber organizadora, cabe dizer, porém, que é dentro dessa organização que as resistências se ensaiam.

É digno de nota que, conforme enfatizado por Lima (2015, p. 79):

O processo de sujeição e a experiência estão ligados aos processos de criação de verdades, principalmente, as ditas verdades científicas ou os campos epistemológicos

(epistemes). Logo, no processo de construção da experiência, os sujeitos irão dispor de determinados saberes que os atravessarão como regimes de verdade. Nesse contexto, emergem os sentidos da experiência que não são o elemento casual deste projeto de sujeição, mas a possibilidade que põe o sujeito no mundo através de sua ação, mesmo que essa ação seja de resistência ou desconstrução.

A partir dessa discussão sobre o conceito de experiência em Foucault, podemos, então, compreender como sujeitos acometidos pelo câncer de próstata estão experienciando essa situação, a partir dos discursos de verdade sobre esta doença. Vale salientar que é relevante ter essa compreensão, uma vez que, conforme aponta a psicooncologia, o estado emocional do paciente pode afetar significativamente o seu quadro clínico geral, o que reforça a importância, dessa discussão, pois isto pode contribuir para a atuação da prática clínica de psicólogos e de outros profissionais do campo da saúde.

Ao realizar as entrevistas, inicialmente, fizemos a seguinte pergunta disparadora: “*Fala-me sobre como é para você estar com câncer de próstata?*”, da qual obtivemos as seguintes respostas:

No começo a gente fica abatido um pouco, porque a gente sabe que é uma doença traiçoeira, né?! [...] E depois que você começa a fazer o acompanhamento com quem entende o problema da gente, a gente diminui a preocupação, né?! Fica mais tranquilo. (Filemon, 66 anos).

Olha, a gente fica um pouco abalado no começo, né?! Mas, depois a gente vai melhorando, vai vendo que tem cura. (André, 64 anos).

Fiquei muito nervoso quando soube. Meu PSA estava muito alto. Aí você pensa logo que vai morrer. Mas depois tive fé. Mas, a primeira coisa que a gente pensa é que vai morrer.” (Levi, 80 anos).

Acabado. Acabou! Acabou tudo, chegou tudo no fim. Porque na minha família teve vários casos de morte por causa desse câncer e de outros. Deu um baque, porque esse câncer é uma volta. Quando eu pensei que estava tudo ok... voltou. [...]Não aceitei, não quis aceitar. Mas, com o tempo fui melhorando. (Lucas, 65 anos).

Quando eu descobri que estava com câncer, achei que chegou ao fim, sabe?! [...]Aí o mundo desabou, né?! E ainda tem que fazer os exames pra chegar ao ponto de operar, né?! Aí o tempo vai passando e você pensa que não vai dá tempo e você vai morrer. [...]Só o nome mata. Eu tô com ele e não falo o nome. Eu chamo de “a coisa”. Mas, depois acostuma. O impacto é no começo. (Jacó, 71 anos).

Nas narrativas acima, percebe-se que, inicialmente, ao saberem do diagnóstico do câncer de próstata, esses homens se sentiram abatidos e logo pensaram que iriam morrer. A construção subjetiva desses sujeitos perante esta enfermidade deve-se, sobretudo, ao fato de essa doença ser culturalmente estigmatizada. Jacó, por exemplo, não consegue nem pronunciar o nome “câncer”, denominando-a de “a coisa”.

Segundo Barbosa e Francisco (2007), do ponto de vista psicológico, encontramos na literatura diversos autores que abordam o estigma do câncer na nossa sociedade relacionando-o a sentimentos negativos, quando não à expectativa de morte. Segundo Barbosa, Francisco e Efken (2007), em pacientes oncológicos e que se submetem aos procedimentos invasivos, o registro de “sentença de morte” que acompanha essa doença, não raro, causa sentimento tão profundo de angústia, parecendo não ter contornos, chegando mesmo a tornar-se agonia e desalojamento, tanto nos pacientes, quanto em seus familiares. O registro que fica não é do medo de “simplesmente morrer”, mas sim, o de “morrer de câncer”, dado o seu estigma e representações negativas construídas ao longo dos séculos.

Porém, nota-se que, ao mesmo tempo em que esses homens se percebem numa posição de sentença e de proximidade da morte por conta da doença, eles também modificam um discurso estigmatizado predominante sobre o câncer. Nas narrativas acima vimos expressões como: *“A gente diminui a preocupação; Fica mais tranquilo; Depois a gente vai melhorando; Depois acostuma; O impacto é no começo”*. Filemon, André, Levi, Lucas e Jacó constroem, então, outra forma de viver com esse problema e acreditam na possibilidade de cura, mesmo diante dos discursos e dos sentidos negativos atribuídos ao câncer. Eles resistem.

Segundo Branco (2008), situar a própria vida como foco de resistência às potências da biopolítica e da sociedade de controle é uma proposição absolutamente original. Foucault (1978) enxerga na estética da existência um dos modos de afirmação da liberdade e da criação. É a vida, tão frágil, o ponto de partida para o exercício da estética da existência como oposição aos poderes hegemônicos.

Para Foucault (1978), as "artes da existência" devem ser compreendidas como as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas produzem para si as mesmas regras de conduta, como também buscam transformar e modificar seu ser singular, e

fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo.

A estética da existência, que teve seu apogeu durante a Antiguidade Greco-romana, está diretamente relacionada com a criação de um estilo próprio, através da prática de técnicas de cuidado de si, e visa à constituição de si mesmo como o artesão da beleza de sua própria vida. A estética da existência (ou artes da existência) não só abre a possibilidade de um caminho singular capaz de conduzir a ação de um indivíduo, como também produz mudanças neste indivíduo (Ventura, 2008).

Percebemos, então, que o poder também proporciona possibilidades de fuga. As narrativas dos participantes da pesquisa mostraram uma mudança diante dos discursos estigmatizados, entrelaçados entre saber e poder, dominantes sobre o câncer. Eles se subjetivam diante do câncer de maneira diferente desse discurso, com o passar da doença.

Percebemos, também, que, além de eles perceberem a possibilidade de cura, diante dos tratamentos e ficarem mais tranquilos, mesmo perante todo discurso estigmatizado que envolve o câncer com sua associação à morte, a fé é uma estratégia que influencia esta forma de posicionamento desses homens. As narrativas a seguir mostram isso:

Você fica meio assim, né?! Mas, fé em Deus, né?! [...] Dá medo de morrer, né?! Meu pai morreu desse câncer. Mas tem que ter fé em Deus, sempre. Mas, me acalmo quando lembro que hoje tem tratamento. (Samuel, 61 anos).

De imediato você tem um choquezinho. Foi uma surpresa e um choque. Eu fiz o exame, mas, depois, não botei na cabeça, pra lhe ser sincera, não fiquei remoendo, não botei

na cabeça que eu tava com esse problema não, porque a vida nossa pertence a Deus. Pedi a Deus pra me dá mais uns dias de vida e pronto, mas, ficar com aquilo na cabeça, não. (Saulo, 75 anos).

Veja, a gente não pode se desesperar de nada que existe, porque o ser humano vem à Terra para cumprir o que acontecer com a vida, né?! Ou de bom, ou de mal. Então, deu um choque, mas, fui me acalmando na fé.” (Mateus, 75 anos).

Eu me sinto impressionado por ver tanta gente morrer dessa doença. E peço muita força a Deus porque eu fico sentido. E aí eu peço força a Deus e Ele está me dando. Quando eu escuto que fulano foi embora dessa doença, já dá um medo. Mas, tem hora que fico conformado, com fé em Deus. A gente tem um impacto maior quando sabe, depois vai passando. (Silas, 80 anos).

Corroboramos o pensamento de Bahnson (1977) de que a adaptação do paciente ao câncer depende também de quem ele é, suas atitudes filosóficas frente à vida, seus antecedentes educacionais, étnicos, sociais, religiosos, da sua idade, sexo, posição que ocupa na vida e de inúmeras variáveis psicológicas.

No que se refere especificamente ao paciente idoso, faixa etária dos nossos entrevistados, Gutz e Camargo (2013) ressaltam que, o fato de a velhice ser considerada a última etapa da vida faz com que ocorra um aumento na frequência em pensar a vida e a morte. Com isso, a espiritualidade pode ser contemplada na velhice como um dos recursos de enfrentamento para situações adversas, constituindo-se de aspectos emocionais e

motivacionais na busca de um significado para a vida. Segundo Lawler e Younger (2002), a espiritualidade e o envolvimento com a religiosidade podem proporcionar à maior capacidade do ser humano responder de forma positiva às demandas do cotidiano.

Para Gutz e Camargo (2013), a espiritualidade na velhice aparece vinculada ao enfrentamento de situações do dia a dia e como recurso de enfrentamento diante de situações de perdas e mudanças. Assim, a fé é o meio de acessar uma aproximação com o sagrado, em prol de proteção e apoio diante de situações adversas, como nos casos de adoecimento.

As narrativas desses sujeitos nos mostram, então, que, após um primeiro impacto com o diagnóstico, há a esperança e a fé, mesmo diante de uma doença que se associa à morte. Isso nos faz perceber a possibilidade da estética da existência, a possibilidade de resistir e de não se assujeitar totalmente ao binômio saber poder. Houve um desenvolvimento de resistências em relação à sujeição imposta por uma doença culturalmente estigmatizada. Não se pode, então, reduzir os modos de subjetivação à sujeição imposta pelos poderes e pelos saberes vigentes.

A luta por uma subjetividade moderna passaria, para Foucault, por uma resistência às formas atuais de sujeição (Pellejero, 2008). Dessa forma, a estética da existência, pensada como uma ética do cuidado de si, que se efetua em atos e ações do sujeito para consigo e para com os outros, está implicada diretamente na produção inventiva de si (novas formas de subjetivação), fazendo da sua própria vida uma obra de arte, assim como também está implicada na capacidade de transformação do mundo que o cerca. Assim sendo, a subjetividade é processo. Como processo está sempre em aberto e em movimento, em eterno desprendimento em relação a ela mesma, dirigida para a produção de novas e diferentes formas de subjetivação ou modos de existência (modos de agir, sentir e dizer o mundo) (Ventura, 2008).

Considerações Finais da Tese

O objetivo geral desta tese foi problematizar como os homens se subjetivam tendo câncer de próstata, atravessados por diferentes discursos de verdade sobre a masculinidade. Ressaltamos alguns discursos que emergiram, mas sem querer considerá-los totalmente conclusivos, pois consideramos a imagem de neutralidade científica ilusória, uma vez que, durante a realização da “colheita” dos dados, sujeito e objeto se compõem, então, nossas considerações também foram construídas a partir das compreensões do que colhemos. Assim sendo, durante o desenvolvimento da tese, a partir das entrevistas e do diário de campo, mostramos alguns discursos, a saber.

No tocante aos cuidados com a saúde por parte desses homens, pudemos observar homens acompanhados por suas esposas no hospital e, muitas delas eram as que marcavam as consultas deles e os seus exames, pois eles não gostavam de fazer isso. Além disso, ficou evidenciado, pela expressão facial, que o hospital parecia um local aversivo para os homens e mais familiares para as mulheres. Com isso, foi possível perceber que os participantes apresentam um posicionamento dependente de suas companheiras, ao tratarem de sua saúde, o que aponta a ideia de que o cuidado com a saúde está mais ligado ao feminino. Tudo isso demonstra posições de sujeitos, nas quais mulheres e homens são, respectivamente, cuidadoras e sujeitos cuidados, e os homens não parecem assumir uma posição ativa, no referente ao cuidado com a sua saúde.

Compreendemos que o que atravessa essas práticas, ou a falta delas, são os discursos de verdade sobre o que é ser homem e mulher. Essas posições de gênero são estabelecidas socialmente, a partir da ideia de que a mulher é mais frágil, daí a necessidade de sempre se cuidar, e o homem é viril, então, não haveria a necessidade do autocuidado por parte deles.

Isso tudo aponta um processo de naturalização das posições de gênero. Um dado que também mostra isso é o discurso de que a mulher se cuida naturalmente, algo presente nas narrativas dos nossos participantes, o que demonstra atravessamentos de sistemas de verdades que formam o campo no qual emergem as condições de possibilidades de existência desses discursos. Esses dados mostram a necessidade de se questionar: existe, realmente, a natureza do homem e a natureza da mulher?! Acreditamos que se deve se repensar o que é naturalizado, problematizando-o e compreendendo que os discursos criam verdades, em um dado momento histórico. Isso pode favorecer a reflexão de homens e mulheres sobre suas práticas de autocuidado.

Quando se trata dos cuidados com a saúde, os entrevistados assumem posições de sujeitos dependentes de suas mulheres, atravessados pelos discursos de que é da “natureza” da mulher cuidar-se e cuidar do marido. Por outro lado, o discurso do homem forte é usado para embasar a posição de dominação masculina sobre o feminino, reforçando relações de poder assimétricas. Sabe-se, por exemplo, que a sociedade patriarcal convencionou um discurso de que ser homem é ser vigoroso, corajoso e viril, discurso da masculinidade hegemônica, porém essa ideia de uma suposta essência masculina é um discurso usado para embasar esta superioridade masculina, o que demonstra uma linha divisória de relações de poder. Porém, seguindo os pressupostos de Foucault, onde há poder, há resistência. O poder possibilita diversos tipos de conduta e liberdade. Diante disso, a partir das problematizações desses discursos, outras posições de gênero poderão ser constituídas, inclusive às relacionadas ao autocuidado.

Foi possível perceber isso nas narrativas dos participantes que não procuraram o médico somente quando apresentavam sintomas físicos da doença, como no caso de outros participantes que possuíam posicionamentos do homem tradicional. Percebe-se que já se generalizou que homem não se cuida, porém houve homens que apresentaram

posicionamentos diferentes desse. Entendemos com isso que alguns deles dão voz à sua forma de ser, num movimento de resistência às ideias de verdade sobre o masculino.

Continuando a discussão sobre as práticas de cuidados com a saúde masculina, no que tange, especificamente, aos posicionamentos dos participantes deste estudo em relação à realização do exame de toque retal, um dos exames indicados para a detecção do câncer de próstata, vimos que, apesar de, no Brasil, esse tipo de câncer ser o segundo mais comum nos homens e a realização deste exame ser indicada a partir dos 50 anos e, em caso de histórico familiar dessa doença, a partir dos 40 anos, alguns sujeitos da nossa pesquisa demoraram a fazê-lo. O motivo apontado por eles foi o receio em serem tocados por outro homem, um médico, no caso, numa parte considerada por muitos, interdita. Isso ocorre pela associação que eles fazem desse exame à condição homossexual, o que gera temor em alguns deles em serem tocados por outro homem, no caso, o médico. Segundo eles, isso seria ser “usado por outro homem”. Então, esses sujeitos assumem posições de assujeitamento a essa norma: não poderem ser tocados por alguém do mesmo sexo.

Vale salientar que, apesar da diferença geracional de quase 20 anos entre os participantes, uma vez que teve entrevistados entre 61 e 80 anos, os enunciados permaneciam os mesmos, o que aponta uma visão muito enraizada desses atravessamentos de sistemas de verdades relacionados à impossibilidade desses homens serem tocados por outros.

Foi possível identificar nos enunciados dos sujeitos desta pesquisa que muitos acreditavam que o fato de passar por este exame os deixariam “acostumados” com a condição homossexual e, sabe-se que a associação do homem à homossexualidade, é algo temido no discurso da masculinidade hegemônica. Discursos sobre o modo como homens podem fazer uso do próprio corpo, o que lhe é permitido fazer para serem considerados “machos” levam estes homens a não querer realizar o exame de toque retal. Neste contexto, constroem-se

modos de subjetivação masculina as quais receia os cuidados com a saúde, especialmente quando se trata de lidar com um corpo que alude à sexualidade.

Foi possível identificar, ainda, que os homens aqui entrevistados, após realizarem o exame de toque retal, perceberam que ele não era tão ruim de ser feito, como concebiam os discursos sobre tal prática, o que corrobora com dados vistos na revisão de literatura. Isso aponta para o equívoco que o assujeitamento às normas, sem as questionar, pode gerar.

Porém, vimos que, no início da realização do exame, eles se afligiram. Chamou-nos a atenção o impressionante grau de sofrimento de alguns homens ao dizerem que sentiram uma “vergonha embutida” no procedimento. Apesar disso, eles compartilharam durante a entrevista tal sentimento. Isso pode apontar que pesquisas que investigam esse tema podem possibilitar uma oportunidade para esses sujeitos compartilharem sobre questões íntimas e pessoais, para um profissional que irá acolhê-los sem julgar, uma vez que, geralmente, há dificuldade no cotidiano deles falarem sobre suas vivências relacionadas a temas tabus.

Vimos ainda nesta tese que, diante dos receios em realizar o exame de toque retal acima citado, foram criadas ações para estimularem os homens ao autocuidado, como a PNAISH e a campanha “Novembro Azul”. Discutimos neste estudo que o discurso da saúde se faz presente na contemporaneidade e que tem crescido o número de ações que convocam as pessoas a gerirem o autocuidado em relação à saúde. Esse discurso imperativo e disciplinar também convoca os homens à autovigilância, através dessas ações citadas acima, o que configura um controle e poder sobre suas vidas.

Os discursos são múltiplos e, quase sempre, contraditórios. Nesse contexto, paradoxalmente ao discurso da masculinidade hegemônica, os poderes convocam os homens a cuidarem da saúde e a serem saudáveis e muitos vão assumindo posições de sujeitos que cuidam da saúde, após o chamamento da campanha “Novembro Azul”, por exemplo, como

foi apontado nas narrativas dos participantes da nossa pesquisa. Mesmo com receio do exame de toque retal, a palavra de ordem “Procure um urologista”, que convoca os homens para o autocuidado, acaba sendo obedecida por muitos.

Foi mostrado nesta tese que esses programas, advindos da PNAISH e de campanhas como o “Novembro Azul”, contribuem para alertar aos homens, inclusive os que estão em situação de vulnerabilidade social, os quais, geralmente, têm menos acesso à informações sobre cuidados com a saúde, as formas de detectar e de cuidar do câncer de próstata. Conforme apontado nas narrativas da nossa pesquisa, alguns homens não sabiam e não tinham condições de realizar exames preventivos, o que descobriram somente através da campanha Novembro Azul realizada pelos hospitais aqui pesquisados. No entanto, essas campanhas também mostram o discurso atual relacionado ao gerenciamento da vida, no caso aqui, o discurso que regula como os homens devem viver, o que aponta um controle e uma forma de poder.

No referente à temática sexualidade, sobre os sentidos atribuídos à sexualidade, após o acometimento do câncer de próstata, os participantes deste estudo mostraram-se atravessados por um discurso médico acerca da sexualidade, mostrando que as práticas sexuais são entremeadas pelo discurso científico. Isso aponta para uma sexualidade vigiada, normatizada e controlada.

Foi possível perceber que a medicina funciona como um dispositivo de controle, uma vez que houve a presença de narrativas que mostraram homens que não realizavam o ato sexual por orientação médica, apesar do desejo, mas que não sabiam o motivo disso, pois o médico não explicou a razão dessa restrição. Esse dado nos mostrou uma verdade que foi imposta por um saber e a falta de problematização sobre ela por parte desses homens.

Ainda no que se refere aos posicionamentos sobre a vida afetivo sexual após o diagnóstico do câncer de próstata, encontramos homens conformados por não conseguirem mais realizar o ato sexual, alegando que essa conformidade é pelo fato de eles serem idosos - o que pode apontar um discurso regulador acerca da postura que as pessoas mais velhas devem ter perante o sexo: a de que elas não devem interessar-se por ele, por não terem libido, por exemplo. Apesar das questões orgânicas poderem influenciar no menor desempenho sexual da pessoa idosa, a conformidade com essa condição associada, exclusivamente, com a sua idade deve ser problematizada, a fim de não se estereotipar a pessoa idosa como um inválido assexuado, como se o desejo sexual fosse algo restrito somente às pessoas mais novas, o que é um mito. Apesar de a libido poder diminuir, esse discurso de como o idoso deve portar-se perante o sexo deve ser questionado, uma vez que a sexualidade pode ser vivida até o fim da vida.

Porém, também foi possível perceber sentimentos de tristeza de alguns homens que não conseguiam mais desempenhar suas vidas afetivas sexuais. Esses sujeitos possuem ideias de como o homem deve portar-se perante o sexo. Para eles, ter um bom desempenho sexual os legitimam como homem e, segundo eles, a não realização desse ato os tornaria “menos homem”, ou seja, para eles, a vida sexual que afirmaria a masculinidade, mais especificamente, a ligada somente à penetração. Ideia que poderia ser ampliada. A vida sexual deles é empobrecida ou mesmo anulada, pois, a redução da sexualidade ao ato sexual, à ereção do pênis e à penetração dificulta a construção de outras formas de satisfação sexual, levando-os a sentimentos de tristeza. Diante desta angústia, pensamos que intervenções realizadas por psicólogos que atuem em consultórios, hospitais, ou demais instituições, que trabalhassem a ampliação da visão de sexualidade, não às reduzindo só à penetração/coito, poderiam contribuir para que o sofrimento desses sujeitos fosse atenuado.

Vimos que os entrevistados ressaltaram que, quando não se tem uma mulher, essa angústia diminuiu, pois, assim, eles não precisariam preocupar-se em provar sua masculinidade e não correriam o risco da traição por parte delas. Eles apontaram que cresceram ouvindo esse discurso sobre a virilidade, o que demonstra uma contextualização histórica da construção de posições de gênero e que ele não é algo dado, ou seja, naturalizado.

Com esses dados, podemos considerar, mais uma vez, que o que atravessa as concepções de gênero e sexualidade desses sujeitos são os discursos de verdade sobre o que é ser homem e, tomando como ponto de ancoragem as abordagens performativas, podemos questionar essa visão cristalizada, estática e essencialista da masculinidade e considerar que o gênero é feito nas ações do cotidiano, como algo que se vai fazendo. A ilusão de que o gênero é essencial, na verdade serve para legitimar regimes de poder. Essa visão ampliada sobre tal temática poderia amenizar o sofrimento desses sujeitos.

Outra temática trabalhada nesta tese foi a reflexão sobre os modos de subjetivação desses sujeitos com câncer de próstata. Sabe-se que o câncer, de uma forma geral, é uma doença estigmatizada associada à morte, o que traz implicações sobre o gerenciamento da vida das pessoas, uma vez que, diante disso, tratamentos como quimioterapia, dentre outros, são cada vez mais indicados para abordar esta doença. Numa concepção foucaultiana, a experiência é histórica, ou seja, ela é atravessada por discursos e práticas que dão forma àquilo que somos. É essa experiência histórica que forma a subjetividade.

Ser acometido pelo câncer de próstata gera sentimentos, como o medo da morte, por exemplo, uma vez que, a subjetividade é moldada a partir dos discursos e, conforme já citado, culturalmente, o câncer está organizado em torno de jogos de verdade que se referem a essa doença como uma sentença de morte. Porém, mesmo com a circulação desses discursos, foi possível identificar, nos enunciados dos sujeitos desta pesquisa, que eles resistiram, uma vez

que a assujeição, ou seja, o medo da morte por essa doença, deu lugar a uma nova forma de vivenciá-la. Eles acreditam na possibilidade da cura, muitos através de sua fé, uma vez que o fato de a velhice ser considerada a última etapa da vida, faz com que a espiritualidade possa ser contemplada como um dos recursos de enfrentamento para situações adversas, como nos casos de adoecimento. Com isso eles não se entregam à doença, subjetivando-se de forma diferente do que, muitas vezes, espera-se, construindo, assim, uma estética da existência mais própria.

Diante do exposto, vimos que esta tese possibilitou uma reflexão sobre como os homens se subjetivam tendo câncer de próstata atravessados pelos diferentes discursos de verdade sobre masculinidade. No entanto, este estudo não pretende esgotar esse assunto e sugere mais discussões sobre esta temática. Como em qualquer pesquisa, este estudo possui limitações, como, por exemplo, só termos conseguido participantes idosos, pelo fato de esta doença acometer mais pessoas desta faixa etária. Diante disso, almejamos que este trabalho incentive, por exemplo, a produção de pesquisas envolvendo a população masculina mais jovem e/ou de nível sócio econômico mais alto, uma vez que nossos participantes são pertencentes a uma classe socioeconômica mais baixa.

Podemos pensar, ainda, em outras possibilidades de discussões, uma vez que houve temáticas que não foram aqui trabalhadas, como o olhar sobre as equipes da instituição hospitalar que recebe esses sujeitos, a partir do questionamento condutor: como as equipes de saúde lidam com os sofrimentos de sujeitos acometidos pelo câncer de próstata? Estudos com essas perspectivas complementariam os já existentes e poderiam beneficiar, tanto esses sujeitos adoentados, como poderiam ser subsídios teóricos para a prática de psicólogos hospitalares e demais profissionais que lidam com esta população. Esperamos que nosso trabalho também alcance esses fins.

Referências ⁶

- Alves, R. F.; Silva, R. P.; Ernesto, M. V.; Lima, A.G.B. & Souza, F. M. (2011). Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13 (3). p. 152 - 166 Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872011000300012&script=sci_arttext
- Almeida, T. & Lourenço, M. L. (2008). Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, 5 (1) p. 130-140, Recuperado de <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/104/187>
- Amâncio, L. (2003). O Gênero nos discursos das Ciências Sociais. *Análise Social*, 38 (168). p. 687-714 Recuperado de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218791078B9rDE5id4Po89MU8.pdf>
- Araújo, I. L. (2008). *Foucault e a crítica do sujeito*. Curitiba: UFPR.
- Araujo, J.S.; Conceição, V.M.; Silva, S.E.D.; Santana, M.E.; Vasconcelos, E.V. & Sousa, R.F. (2013). As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On line* 5 (2), abril-jun. Recuperado de http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34424/ssoar-revpesquisa-2013-2-araujo_et_al-The_social_representations_of_men.pdf?sequence=1
- Azevedo, S.D.R. (2013). Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. *Revista Eletrônica da UNESP*, 6 (2). Recuperado de <https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/saraazevedo.pdf>
- Badinter, E. (1993). *XV: sobre a identidade masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bahnson, C. B. (1997). Cuestiones psicológicas e emocionales en cáncer: asistencia psicoterapéutica del paciente canceroso. In: Goepp, C. E.; Hammond, W. *Terapia de*

⁶ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Apoyo del Paciente Canceroso* (p. 9-37). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S. A.
- Barbosa, L. N. F. & Francisco. A. L. (2007). A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* 10 (1) Rio de Janeiro jun. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100003
- Barbosa, L.N.F.; Francisco, A.L. & Efken. K. H (2007). Adoecimento: O ser-para-a-morte e o sentido da vida. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2 (1), p. 54-60, São João Del Rei. Mar – Jun. Recuperado de <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/7artigo.pdf>
- Barros. A. X. B. (2001). A produção da sexualidade feminina e o mercado capitalista. *Sociedade em Debate*, 7 (1), Pelotas. P. 47-54, Abril Recuperado de <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/577/517>
- Barros, A.X. B.; Heilborn, M. L. (1997). Gênero, Sexualidade e Saúde. In: *Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades*. (p. 101 – 110). Rio de Janeiro: Editora da UERJ.
- Bernardes, A.G.; Pelliccioli, E.C. & Guareschi, N.M.F. (2010). Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade. *Psicologia & Sociedade*, 22 (1) p. 5-13, Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Bertolazzi, C. (2010). *A saúde do homem: como fugir de uma péssima estatística*. Recuperado de http://www.itu.com.br/conteudo/detalhe.asp?cod_conteudo=22304
- Bogdan, R.C. & Biklen, S. K. (1994) Notas de Campo. In: Bogdan, R.C. & Biklen, S.K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. (p. 150-175). Porto, PT: Porto Editora
- Borba, R. (2014). A linguagem importa? Sobre performance, performatividade e peregrinações conceituais. *Cadernos Pagu* (43), p. 441-474, Recuperado de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332014000200441&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Bourdieu, P. (1995). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Bourdieu, P. (2002). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Branco, G.C. (2008). Estética da existência, resistência e poder. *Revista Exagium* 1 (9) p. 4-13
Ouro Preto. Recuperado de
http://www.revistaexagium.ufop.br/PDF/Edicoes_Passadas/Numero1/1.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2002) Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Câncer de Próstata: consenso*. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. Recuperado de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília. Recuperado de:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. (2009). *Programa da saúde do homem*. Recuperado de
<http://www.saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Estimativa: incidência de câncer no Brasil*. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: Inca.

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata*. Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCa.

Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1), p. 97-104.

- Brito, S.L.; Campos Junior, A. P.; Nova, J. V. & Cassol, A.M. (2015). O exame preventivo de câncer de próstata: informação e opinião da população masculina de Nova Xavantina – MT. *Revista Eletrônica da UNIVAR* 13 (02). p. 210 – 215 Recuperado de <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/450/374>
- Butler, J. (1991). *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”*. In: Louro, Guacira Lopes (Org). *O Corpo Educado. Pedagogias da Sexualidade*. (p. 151-172). Belo Horizonte: Autêntica.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2014). Regulações de gênero. *Cadernos Pagu* (42), n. 1 p. 249-274 Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332014000100249&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Campos, E. M. P. A. (2010). *A psicooncologia: uma nova versão do câncer – uma trajetória*. São Paulo: Campus.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Ceccheto, F.R. (2004). *Violência e estilos de masculinidades*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Cheng, C. (1999). Marginalized masculinities and hegemonic masculinity: na introduction. *The Journal of Men’s Studies*, 1 (3). p. 295-313, New York.
- César, M. R. A. (2009). Gênero, sexualidade e educação: notas para uma “Epistemologia”. *Educação em Revista*. 46. (10). p. 37-51, dez. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602009000300004
- Connell, R. (1995). *Masculinities: knowledge, power and social change*. Los Angeles: Editora Berkeley.
- Connell, R. (1997). *La organización social de la masculinidad. Ediciones de las Mujeres*. Santiago: Editora Andros Ltda.
- Connell, R. (2005). *Masculinities*. Los Angeles, Berkeley.

- Cordeiro, E. (1995). Foucault e a existência do discurso. *Cadernos do Noroeste*, Universidade do Minho, Braga, 8 (1), p. 179-186, Recuperado de <http://www.bocc.ubi.pt/pag/cordeiro-edmundo-foucaultd.pdf>
- Couto, M. T. & Schraiber, L. B. (2005). Homens saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. (p. 687 – 706). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Sociedade das Ciências Médicas*; 50:1385-401.
- Creswell, W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa. Escolhendo entre cinco abordagens*. São Paulo: Penso Editora LTDA.
- Danner, F. (2010). O sentido da Biopolítica em Michel Foucault. *Revista Estudos Filosóficos* 4, p. 143-157 Recuperado de <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art9-rev4.pdf>
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Dreyfus, H. L.; Rabinow, P. (1995). *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Eid, A.P.; Kohn, K.C. & Motta, R.F. (2012). Política de saúde do homem: para além do que se vê. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*. 12 (2). p. 70-78, Recuperado de <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/74/74>
- Fernandes, M.V. (2012). *O homem frente ao diagnóstico do câncer de próstata: procura por cuidado de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UEL. Recuperado de: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000178876>
- Ferreira Neto, J. L. (2005). Pesquisa e metodologia em Michel Foucault. *Revista Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 31 p. 411-420, Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n3/1806-3446-ptp-31-03-00411.pdf>
- Ferreira Neto, J. L. (2008). A experiência da pesquisa e da orientação: uma análise genealógica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20 (2), p. 533-546.

- Ferreira Neto, J. L. (2014). A analítica da subjetivação em Michel Foucault. *Revista Pólis e Psique* v. 7. n.3 Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/76339/pdf>
- Figuroa-Perea, J. G. (1998). Alguns elementos para interpretar la presencia de los varones em los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública* 14 v (1). Rio de J, p. 87-96.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência Saúde Coletiva*. 10, p. 105-109.
- Fischer, R. M. B. (1999). Foucault e o desejável conhecimento do sujeito. *Educação e Realidade* 24 (1) jan/jun Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/55804/33902>
- Fisher, R.M. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, 114, p. 197-223, Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>
- Fisher, R. M. (2012). *Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão*. Belo Horizonte, MG, Brasil: Autêntica.
- Flynn, M. (1994). *The generative study of second language acquisition*. New Jersey: Lawrence Earlhun.
- Foucault, M. (1971). *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola.
- Foucault, M. (1976). Aula de 17 de março de 1976. In: Michel Foucault. *Em defesa da sociedade* (p. 201-202). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1978). Mesa redonda em 20 de maio de 1978. In: Michel Foucault, & M.B. Motta (Ed.). *Ditos & escritos IV: Estratégia, poder-saber*. (p. 335-351). 2ª ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1980). *Poderes e estratégias. Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Foucault, M. (1982). O sujeito e o poder. In H. L. Dreyfus & P. R. Rabinow (Org.). *Michel Foucault, uma trajetória filosófica*. (p. 231-249). Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Foucault, M. (1982). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

- Foucault, M. (1984a). *Foucault. Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Foucault, M.(1984b). *Microfísica do poder*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- Foucault, M. (1984c). *História da sexualidade: O uso dos prazeres*. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1984d). *História da sexualidade 2: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault. M. (1986). *A Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 1986.
- Foucault, Michel. (1988). *História da sexualidade: a vontade de saber*. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1991). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes.
- Foucault, M. (1995a). O sujeito e o poder. In: Dreyfus, H. & Rabinow, P. (Orgs.) *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do Estruturalismo* (p. 207-223). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1995b). Genealogía I: erudición y saberes sujetos. In: *Genealogía del racismo*. (p.11-22). Buenos Aires: Altamira; Montevideo: Nardan-Comunidad, sd.
- Foucault, M. (1996). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (2003). A governamentalidade. In: *Ditos e escritos IV* (p. 281-305). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2014). *História da Sexualidade: A vontade de saber*. São Paulo: Paz e Terra
- Franco, M. H. P. (2008). A família em psico oncologia. In: *Temas em Psicooncologia*. (p. 358 – 361). São Paulo: Editora Summus.
- Gianini, M. M. S. (2004). *Câncer e gênero: enfrentamento da doença*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Programa de Psicologia. PUC-Campinas.

- Gilbert, E.; Ussher, J.M.; Wong, W.K.; Hobbs, K. & Mason, C. (2013). Men's experiences of sexuality after cancer: a material discursive intra-psychic approach. *Cult Health Sex.* 15(8), p. 881-95, Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23656602>
- Gimenez, M.G.G. (1994). *O que é psicooncologia*. Introdução à psicooncologia. Campinas: Editora Psy II.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35, (2), p. 57-63 Recuperado de [file:///C:/Users/Fernanda%20Lima/Downloads/38183-75982-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Fernanda%20Lima/Downloads/38183-75982-1-PB%20(1).pdf)
- Gualda, D. M. R. & Hoga, L. A. K. (1997). Pesquisa etnográfica em enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 3, p. 410-422. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/388.pdf>
- Guerra, M. L., Gallo, C. V. M, & Mendonça, G. A. S. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(3) p. 227-234. Recuperado de http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3), p. 825-829. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300017
- Gomes, R. (2011). Apresentação. In: Gomes, R. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. (p. 58-68). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gomes, R.; Nascimento, E.F. & Araújo, F. C. (2007). 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. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23 (3): p. 565-574 Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015
- Gomes, R., Nascimento, E, F, Rebello, L. E. F. S., & Araújo, F. C. (2008). As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 13(6). p.1975-1984. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/630/63013630.pdf>

- Gomes, R.; Granja, E. M. S.; Honorato, E. J. S. & Riscado, J.L.S. (2014). Corpos masculinos no campo da saúde: ancoragem na literatura. *Ciência Saúde Coletiva*. 19 (1) p. 45-57. Rio de Janeiro. Jan. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100165&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Gonçalves, D. L. C. (2012). A liberdade cética de Michel Foucault. *Revista Estudos Filosóficos* n. 9. p. 68-76. Recuperado de <http://docslide.com.br/documents/a-liberdade-cetica-de-michel-foucault.html>
- Gutz, L. & Camargo, B. V. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, 2013; 16(4), p. 793-804. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00793.pdf>
- Hammersley, M. & Atkinson, A. (1983). *Qué es la etnografía. In: Ethnography. Principles in practice*. (B. Ruiz, Trad.). New York: Tavistock.
- Heilborn, M.L. (1997). *Gênero, sexualidade e saúde*. (Dissertação de Mestrado). Campinas: Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade – Universidade Estadual de Campinas/ NEPO.
- Inca, Instituto Nacional do Câncer (2013). *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil epidemiologia e estimativa*. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
- Inca, Instituto Nacional do Câncer (2014). *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil epidemiologia e estimativa*. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
- Inca, Instituto Nacional do Câncer (2016). *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil epidemiologia e estimativa*. Recuperado de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>
- Jesus, M.S. (2010). Os desafios da masculinidade: uma análise discursiva do gênero masculino a partir da obra “As Velhas” de Adonias Filho. *Revista Anagrama*, ano 3, p. 23 – 46. Recuperado de <http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/anagrama/article/view/6720/6076>
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2002). Entrevista Narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (p. 90 – 113). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Korin, D. (2001). Nuevas perspectivas de género em salud. *Adolescencia Latinoamericana*, 1414 (7130), p. 67-79.
- Laurenti, R.; Mello-Jorge, M.H.P. & Gotlieb, S.L.D. (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva*; 10, p. 35-46.
- Laurentino, N. R. S. (2006). Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, 1 (5), p. 51-63.
- Laqueur, T. W. (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Lawler KA, Younger JW. (2002). Theobiology: an analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Jornal Relig Health*; 41 (4), p. 347-62.
- Leary, T. O. & Ohara, J. R. M. (2012). *Foucault, experiência, literatura*. Antíteses. 5 (10), p. 875-896, jul./dez. Recuperado de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses/article/view/12097/12142>
- Lévi-Strauss, C. (1970). *O pensamento selvagem*. São Paulo: Editora nacional, 1970.
- Lima, R.D.M. (2015). *A experiência de viver com HIV/Aids, relações afetivo-sexuais e adesão ao tratamento: diálogos com Foucault* (Tese de Doutorado). Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.
- Lima, C. M. G.; Dupas, G.; O Oliveira, I. & Kakehashi, S. (1996). Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. *Revista Latino Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto*, 4 (1), p. 21-30. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000100003
- Loddi, L & Martins, R. (2009). A cultura visual como espaço de encontro entre construtor e pesquisador bricoleur. *Revista Digital do Laboratório de Artes Visuais da UFSM*. 5 (3) Recuperado de <http://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/2189/1347>
- López, M. V. (2011). O conceito de experiência em Michel Foucault. *Revista Reflexão e Ação*. (Santa Cruz do Sul) 19 (2), p. 42-55. Recuperado de: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/2367/1900>
- Lucumí-Cuesta, D. I., & Cabrera-Arana, G. A. (2005). Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para câncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Colombia Medicina*, 34, p. 111-118.

- Luck, M.; Bamford, M. & Williamson, P. (2000). *Men's health: perspectives, diversity and paradox*. London: Blackwell Sciences.
- Lwanga, S.K. & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva: World Health Organization.
- Maanen, J. V. (1979). Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. In: *Administrative Science Quarterly*, 24 (4), p. 520-526.
- Machado, R. (2006). *Foucault, a ciência e o saber*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Mansano, S. R. V. (2009). Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8 (2) Recuperado de: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/psi-53012>
- Martins, M. C. F. N.; Bógus, C.M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), p. 66-77, Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>
- Martins, A.M. & Malamut, B.S. (2013). Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde Sociedade*. 1 (22), p. 429-440. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Martins, A.M. (2015). *Eu não sou homem mais! Representações sociais de corpo para homens após o adoecimento por câncer de próstata*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Psicologia. UFMG. Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/en/sus-31506>
- Matthews-Grieco S. F. (2012) Corpo e sexualidade na Europa do Antigo Regime. (p. 501 – 530). In: Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine & Georges Vigarello (Orgs.) *História do Corpo: da Renascença às Luzes*. 5ª. ed. Petrópolis, R.J.: Vozes.
- Mayring, P. (2002). *Introdução à pesquisa social qualitativa*. 5ª. ed. Weinheim: Beltz.
- Medrado, B. (1997). *O masculino na mídia*. (Dissertação de Mestrado). Pontífica Universidade Católica de São Paulo.
- Medrado, B. & Lyra, J. (2002). Produzindo sentidos sobre o masculino: da hegemonia à ética da diversidade. In: Adelman, Mirian & Silvestrin, Celsi (Org.) *Coletânea Gênero Plural*. (p.63-76). Curitiba: UFPR.

- Medrado, B. & Lyra, J. (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16 (3): 424, set-dez Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000300005/9130>
- Medrado, B.; Lyra, J. & Azevedo, M. (2011). Eu não sou só próstata, eu sou um homem! Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Romeu Gomes (Org.). *Saúde do Homem em Debate*. (p. 39 -74) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Meneses, R,C,D. (2015). *Entre os muros da escola: posicionamentos de estudantes sobre sexualidade e gênero*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.
- Minayo, M.C.S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª. ed. São Paulo: Hucitec. Abrasco.
- Moraes, A.T. (2010). *O discurso em Foucault: noções para uma prática jornalística*. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste – Goiânia – GO. Recuperado de: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/centrooeste2010/resumos/R21-0050-1.pdf>
- Muñoz, A.M.C.; Sossa, L.A.P.; Ospina, J.J.; Grisales, A. & Rodríguez, J.D.G. (2010). Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. *Hacia Promoción Salud*, 16 (2), p. 147-161. Recuperado de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(2\)_11.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(2)_11.pdf)
- Mustin, R. T. H., & Marecek, J. (1990). The meaning of difference. *American Psychologist*, 4(6), p. 455-464, New York Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1995-17487-001>
- Muylaert, C. J. & Sarubbi Jr, V.; Gallo, P. R.; Neto, M. L. R. & Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Reista. Escola de Enfermagem USP*. 48 (2), p. 193-199. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf
- Naccarato, A.M.E.P. (2010). *Estudo demográfico e aspectos psicológicos de pacientes sob rastreamento de carcinoma prostático*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Medicina, UNICAMP. Recuperado de: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000770032>

- Narvaz, M.G & Koller, S.H. (2006). Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia Social* 18 (1) Porto Alegre. Jan./Apr. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Nascimento, M. R. (2005). *Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença*. Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Recuperado de <http://www.abesp.nepo.unicamp.br>
- Nascimento, M. & Carrara, S. (2012). Sobre homens, saúde, e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17 (10) p. 2583-25585. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/05.pdf>
- Neto, J.L.F.; Kind, L.; Barros, J.S., Azevedo, N.S. & Abrantes, T.M. (2009). Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saúde Sociedade*. São Paulo, 18 (3) p. 456-466, Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29615/31483>
- Neves, J. L. (1996). Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisa em Administração*, São Paulo, 1 (3). Recuperado de http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf
- Nogueira, R.P. (2003). Da medicina preventiva à medicina promotora. In: Arouca, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. (p. 109-130). São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Nolasco, S. (1995). *O mito da masculinidade*. Editora Rocco, Rio de Janeiro.
- Oliveira, T.M.V. (2001). Amostragem não probabilística> adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e cotas. *Revista de Administração* jul, ago, set. 2 (3).
- Oliveira, G.M.A. (2016). *Diagnóstico de Enfermagem Disfunção Sexual em Homens em Tratamento para o Câncer de Próstata: uma proposta de cuidado de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFJF. Recuperado de <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Gabriela-Mota-Antunes-de-Oliveira.pdf>

- OMS. World Health Organization. (2002). Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Revista Panam Salud Publica*. 12(5), p. 366-70.
- Parker, R.G. (1992). *Corpos, prazeres e paixões: cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- Parker, I. (2002). *Critical discursive psychology*. New York: Palgrave Macmillan.
- Pellejero, E. (2008). Dos dispositivos de poder ao gerenciamento da resistência. *Comunicação Ciência*, n. 98, Campinas. Recuperado de http://www.ciencia.iao.usp.br/tudo/exibir.php?midia=com&cod=_dosdispositivosdepo-deraoagenciamentodaresistenciaevistacomciencia98mar2008
- Pereira, M. M. (2009). Fazendo gênero na escola: uma análise performativa da negociação do gênero entre jovens. *Revista Expo Aquo*, n. 20, p. 113-127. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602009000200010
- Peters, M. (2000). *Pós estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Pinto, B.K. (2012). *Homens sobreviventes ao câncer de próstata: estudo de caso etnográfico*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. UFP. Recuperado de: <http://guaiaca.ufpel.edu.br/bitstream/123456789/1867/1/DISSERTACAO%20BRUN A%20PINTO.pdf>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Prado, I.S. (2010). *Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFMG. Recuperado de: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c46e5cd5b6a4.pdf

- Quinn, M. & Babb, P. (2002). Patterns and trends in prostate câncer incidence, survival, prevalence and mortality. Part II: individual countries. *BJU Int.*, 90(2), p. 174-84.
- Ramos, M.S. (2000). Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. In: Goldenberg, M. (org.). *Os novos desejos: das academias de musculação às agências de encontros*. (p. 41-59). Editora Record: Rio de Janeiro.
- Revel, J. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos : Claraluz.
- Ribeiro, P.R.J. (1999). A sexualidade como um dispositivo histórico de poder. In: *Corpo, gênero e sexualidade. Problematizando práticas educativas e culturais*. (p. 27 – 38). Fernandado Seffner (Org.). Rio grande: Ed. da FURG.
- Rockwell, E. (1986). *Etnografia e teoria na pesquisa educacional*. São Paulo: Editora Cortez.
- Sato, L. & Souza, M. P. R. (2001). Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. *Psicologia USP*, 12 (2), p. 29-47. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642001000200003
- Silva, T. T. (2000). A produção social da identidade e da diferença. In: Tomaz Tadeu da Silva (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. (p. 09 – 29). Petrópolis: Vozes.
- Silva, S.G. (2000). Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 20 (3) Brasília Set. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932000000300003&script=sci_arttext
- Silva, F.V. & Leite, F.F. (2014). A testosterona & a vida: a emergência dos discursos sobre a saúde do homem na mídia. *Revista Língua & Literatura*, 16, (27), p. 71-93. Recuperado de <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistalinguaeliteratura/article/view/1528/1832>
- Silveira Filho, F.M. (2010). A crise da masculinidade contemporânea. *Revista Litteris*, 4, p. 3-9. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932006000100011&script=sci_arttext
- Soares, I.C. (2012). *Qualidade de vida de homens com câncer de próstata*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde. UFTM. Recuperado de:

http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/PPGAS_2012_Dissertacao_Izabel_Cristina_Soares.pdf

Soares, G.B. (2014). *Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. UFSC. Recuperado de: http://www.bdt.d.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=8045

Srougi, M. N. (2003). *Próstata: isso é com você*. São Paulo: Publifolha.

Strey, M.N. (2002). A construção social/pessoal das crenças de saúde/doença das mulheres. In: Strey, M.N.; Lyra, A.V. & Ximenes, M.S. (Org.). *Gênero e questões culturais: a vida de mulheres e homens na cultura*. (p. 27 – 38). Recife: UFPE.

Strey, M.N. (2010). As tramas de gênero na saúde. In: Strey, M.N.; Nogueira, C. & Azambuja, M.R. (Orgs.) *Gênero e saúde: diálogos Ibero-Brasileiros*. (p. 32 – 40). Porto Alegre: Editora Edipucrs.

Strey, M. N., & Pulcherio, G. (2010). *Saúde e psicologia: a questão dos estereótipos de gênero*. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad* (1) Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000168&pid=S1414-9893201200020001300036&lng=pt

Strey, M.N. & Kohn, C. (2012). Nas trilhas (des) conhecidas da saúde: a política pública de saúde para os homens no Brasil. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad* 2 (2), p. 220-239, Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/145/80>

Sullivan, N. (2003). *A Critical Introduction to Queer Theory*. Nova York: New York U. P.

Toneli, M. J. F. & Becker, S. (2010). *A violência normativa e os processos de subjetivação: contribuições para o debate a partir de Judith Butler*. São Paulo: Resumo expandido. *Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades e Deslocamentos*. Recuperado de: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278169629_ARQUIVO_TrabalhocompletoMJFTeSBAviolencianormativa.pdf

Tanyi, Z.; Szluha, K.; Nemes, L.; Kovács, S. & Bugán, A. (2015). Positive consequences of câncer: exploring relationships among pos traumatic growth, adult attachment, and quality of life. *Tumori*. 101 (2), p. 223-231. Recuperado de <http://www.tumorijournal.com/article/positive-consequences-of-cancer--exploring-relationships-among-posttraumatic-growth--adult-attachment--and-quality-of-life>

- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, jan-jun, 2 (1), p. 93-108, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28720111.pdf>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39 (3), p. 507-514. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025
- Vale de Almeida, M. (1996). Introdução. In: Vale de Almeida, M. *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. (p. 05 – 09). Lisboa: Fim de Século.
- Veiga - Neto, A. (2007). Linguagem, discurso, enunciado, arquivo, episteme. In: Veiga-Neto (Org.). *Foucault e a educação*. (p. 89 – 107). Belo Horizonte: Autêntica.
- Veiga – Neto, A. (2009). Teoria e método em Michel Foucault (im) possibilidades. *Cadernos de Educação*, 34, p. 83-94.
- Veiga - Neto, A. (2014). *Foucault & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Ventura, R. C. (2008). A estética da existência: Foucault e Psicanálise. *Cógitos Salvador*, 9, p. 64-66, Out. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792008000100014
- Vieira, A.C.O.A. (2010). *O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata: estudo exploratório da qualidade de vida*. Programa de Pós Graduação em Medicina. USP. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5153/tde-27052010-171637/pt-br.php>
- Vieira, L.C.S.; Figueiredo, M.L.F.; Sales, R.L.U.B.; Lopes, W.M.P.S. & Avelino, F.V.D. (2011). A política nacional de saúde do homem: uma reflexão sobre a questão de gênero. *Enfermagem em Foco* 2(4), p. 215-217. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/186/122>
- Vitelli, C. (2011). Representações das masculinidades hegemônicas e subalternas no cinema. *Análise Social*, vol. XLVI (198), p. 157-169. Recuperado de <http://docplayer.com.br/4160463-Representacoes-das-masculinidades-hegemonicas-e-subalternas-no-cinema.html>

Willing, C. (2008). Foucauldian discourse analysis In: *Introducing Qualitative Research in Psychology*. (p. 112-131). New York: Two Penn Plaza.

ANEXO



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISCURSOS DE INDIVÍDUOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA: GÊNERO, SEXUALIDADE E CUIDADOS COM A SAÚDE

Pesquisador: Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50646015.6.0000.5206

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.341.735

Apresentação do Projeto:

Estudo de natureza qualitativa a ser desenvolvido, por um lado, a partir da análise de entrevistas narrativas, com indivíduos que tenham sido diagnosticados como portadores de câncer de próstata e que estejam utilizando os serviços de urologia de um hospital particular da cidade do Recife, bem como através de um diário de campo, para anotar as impressões dos participantes e o modo de afetação da pesquisadora ao realizar a pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Problematizar os discursos de homens com câncer de próstata a respeito das práticas de cuidados com a saúde masculina e sobre suas concepções de gênero e sexualidade.

Objetivo Secundário:

1) Discutir o conceito de cuidados com a saúde na perspectiva da medicina atual, principalmente os cuidados com a saúde do homem; 2) Discutir o dispositivo de sexualidade e o conceito de gênero a partir de uma perspectiva pós-estruturalista; 3) Analisar, nos discursos de homens que têm câncer de próstata, os significados atribuídos aos cuidados com a saúde, ao conceito de gênero e de sexualidade; 4) Investigar como estes homens estão lidando com o fato de terem câncer de próstata; 5) Investigar como se dá suas vidas afetivas/sexuais depois do diagnóstico.

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.050-900
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2119-4376 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** cep_unicap@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 1.341.735

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão corretamente avaliados. As autoras estão cientes de suas responsabilidades quanto a uma pesquisa com a sexualidade masculina especificamente a partir do câncer de próstata. Assim se dispõem a acolher as demandas de sofrimento que os sujeitos participantes às endereçarem, assim como a encaminhar a serviço especializado se necessário. Os benefícios dizem respeito à prevenção, tratamento e caracterização clínica dessa clientela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está muito bem descrita, aborda temática que só recentemente tem interessado aos pesquisadores na área de psicologia, ou seja a sexualidade masculina. Portanto de valor científico e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão corretamente preenchidos.

Recomendações:

O CEP sugere adotar o objetivo específico "3) Analisar, nos discursos de homens que têm câncer de próstata, os significados atribuídos aos cuidados com a saúde, ao conceito de gênero e de sexualidade" como objetivo geral da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_604304.pdf	29/10/2015 16:07:37		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/10/2015 15:38:43	FERNANDA DE AZEVEDO LIMA	Aceito
Outros	Qualificacao.jpg	29/10/2015 15:23:36	FERNANDA DE AZEVEDO LIMA	Aceito
Outros	aceite_portugues.jpg	29/10/2015 15:22:54	FERNANDA DE AZEVEDO LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuencia_Cristina.jpg	29/10/2015 15:21:04	FERNANDA DE AZEVEDO LIMA	Aceito
Declaração de	anuencia_fernanda.jpg	29/10/2015	FERNANDA DE	Aceito

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2119-4376 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep_unicap@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 1.341.735

Pesquisadores	anuencia_fernanda.jpg	15:20:47	AZEVEDO LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_FERNANDA_LIM A.doc	28/10/2015 12:08:13	FERNANDA DE AZEVEDO LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.docx	28/10/2015 12:07:55	FERNANDA DE AZEVEDO LIMA	Aceito

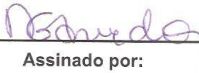
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 27 de Novembro de 2015



Assinado por:
Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo
(Coordenador)

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco G4 - 7º Andar - Setor A
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2119-4376 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep_unicap@unicap.br

APÊNDICES

APÊNDICE A
MODELO DA CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o Hospital _____ para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa intitulada: “Sujeitos com câncer de próstata: gênero, sexualidade e cuidados com a saúde”, sob a responsabilidade da Professora/Pesquisadora Dr.^a Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas, do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, e da doutoranda Fernanda de Azevedo Lima, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Nome, por extenso, do representante legal da instituição

Assinatura

CPF

Recife, ___/___/___

APÊNDICE B

MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa de Doutorado em Psicologia Clínica intitulada: “Sujeitos com câncer de próstata: gênero, sexualidade e cuidados com a saúde”

O objetivo deste estudo é: problematizar como os homens se subjetivam tendo câncer de próstata sendo atravessados por diferentes discursos de verdade sobre a masculinidade.

Especificamente, buscaremos: discutir o conceito de cuidados com a saúde na perspectiva da medicina atual, principalmente os cuidados com a saúde do homem; discutir o dispositivo de sexualidade e o conceito de gênero a partir de uma perspectiva pós-estruturalista; analisar, nos discursos de homens que têm câncer de próstata, os significados atribuídos aos cuidados com a saúde, ao conceito de gênero e de sexualidade; investigar como estão lidando com o fato de terem câncer de próstata e investigar como se dá suas vidas afetivas/sexuais depois do diagnóstico.

1) Durante esta pesquisa, você responderá a uma ficha sociodemográfica e participará de uma Entrevista Narrativa, a qual será iniciada com a seguinte pergunta disparadora: “*Fale-me sobre como é pra você estar com câncer de próstata?* ”. A partir dela começaremos uma conversa, com a utilização de gravador de voz, realizada de forma individual em um recinto privado.

2) A sua participação poderá trazer-lhe algum desconforto emocional, uma vez que este estudo pesquisará um tema no qual são colocados em questão assuntos relacionados à sexualidade, sofrimento e outras reações desencadeados pelo processo desta doença, o câncer de próstata. Diante disso, todos os cuidados serão tomados, tanto durante o decorrer da coleta dos dados, quanto posteriormente, no sentido de lhe oferecer atenção psicológica e/ou encaminhamentos à psicóloga desse hospital ou à Clínica Escola de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, o que se configurará como um dos benefícios da referida pesquisa. O outro benefício seria a possibilidade do desenvolvimento de programas preventivos de cuidados com a saúde física e mental dos homens acometidos pelo câncer de próstata.

- 3) Os resultados serão apresentados de modo que o total sigilo, tanto da identidade dos participantes quanto da instituição hospitalar, sejam garantidos, demonstrando que a intenção deste estudo é fornecer subsídios que promovam uma melhoria dos programas preventivos e de cuidados aos homens.
- 4) Você estará livre para interromper, a qualquer momento, sua participação na pesquisa, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.
- 5) Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluídos sua publicação em revistas científicas especializadas e apresentações em congressos, sempre garantido o sigilo das identidades dos participantes e da instituição hospitalar onde ocorreu o referido estudo, conforme ressaltado no item 3.
- 7) Você receberá um retorno sobre os resultados desta pesquisa. Diante disso, ao final deste documento, por favor, colocar seus contatos.
- 6) Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço dos pesquisadores e do Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco, caso você deseje tirar alguma dúvida ou fazer uma queixa sobre a sua participação na pesquisa.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nome: Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas – Prof.^a Dr.^a - UNICAP

Assinatura

DADOS DO PESQUISADOR MEMBRO DA PESQUISA

Nome: Fernanda de Azevedo Lima – Doutoranda – UNICAP – Bolsista CAPES/PROSUP

Assinatura

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81) 2119.4376 – FAX (81) 2119.4004 – ENDEREÇO
ELETRÔNICO: pesquisa_prac@unicap.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma.

Sujeito da pesquisa *

Telefones: _____

Recife, ____ de _____ de 201_

APÊNDICE C
MODELO DA FICHA SÓCIO DEMOGRÁFICA

Nome (Iniciais): _____

Idade: _____

Tempo de recebimento do diagnóstico do câncer de próstata: _____

Grau de escolaridade: _____

Profissão: _____

Religião: _____

**APÊNDICE C: FICHA DE ANOTAÇÕES DE CADA TRABALHO SELECIONADO
PARA A REVISÃO DE LITERATURA**

Tipo de Obra	Título da Obra	Ano da Publicação	Título do Periódico	Nome dos Autores	Área de Conhecimento	Lugar onde o estudo foi pesquisado	Lugar onde o estudo foi publicado	Objetivos	Método	Síntese da Obra
Artigo	As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata	2013	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On line	Araujo, J.S.; Conceição, V.M.; Silva, S.E.D.; Santana, M.E.; Vasconcelos, E.V. & Sousa, R.F.	Enfermagem	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Identificar as representações sociais de ser homem com câncer de próstata em indivíduos acometidos por esta doença.	Qualitativa	Discurso normatizador sobre a masculinidade. Serem ativos na relação sexual é o que faz o indivíduo ser homem.
Dissertação	Eu não sou homem mais! Representações Sociais de Corpo para Homens após o adoecimento por câncer de próstata	2015	Dissertações UFMG	Martins, A.M	Psicologia	Minas Gerais	Minas Gerais	Investigar as representações sociais de corpo para homens, após o adoecimento por câncer de próstata.	Qualitativa	Serem acometidos pela citada doença, os fazem se sentir menos homem, pela dificuldade de de ereção resultante da radioterapia pélvica.
Artigo	Men's experiences of sexuality after cancer: a material discursive intrapsychic approach.	2013	Cult Health Sex	Gilbert, E.; Ussher, J.M.; Wong, W.K.; Hobbs, K. & Mason, C.	Psicologia	E.U.A	E.U.A	Avaliar as mudanças na vida sexual em indivíduos acometidos pelo câncer de próstata.	Qualitativa	Reduziu a sexualidade ao ato sexual, mais especificamente, à capacidade de ereção.
Dissertação	Estudo demográfico e aspectos psicológicos de pacientes sob rastreamento de carcinoma prostático	2010	Dissertações UNICAMP	Naccarato, A.M.E.P	Medicina	São Paulo	São Paulo	Investigar a opinião sobre o exame de toque retal durante a consulta para rastreamento do câncer de próstata.	Quantitativa	A ideia de que este exame compromete a imagem de homem viril, caso haja ereção durante o procedimento, enche esses homens de medo e vergonha de fazê-lo.
Dissertação	O homem frente ao diagnóstico do câncer de próstata: procura por cuidado de saúde.	2012	Dissertações UEL	Fernandes, M.V.	Enfermagem	Paraná	Londrina	Investigar a opinião sobre o exame de toque retal,	Quantitativa/Qualitativa	Mesmo os homens que possuíam parentes de 1º grau com

								bem como a prevalência da realização deste exame.		câncer de próstata, só realizaram este exame tardiamente, por conta do preconceito.
Artigo	O Exame Preventivo de Câncer de Próstata: informação e opinião da população masculina de Nova Xavantina – MT.	2015	Revista Eletrônica da UNIVAR	Brito, S.L.; Campos Junior, A. P.; Nova, J. V. & Cassol, A.M.	Enfermag em	Xavantina	Mato Grosso	Investigar as informações desses homens sobre este tipo de câncer e os exames indicados para detectar essa doença.	Qualitati va	Resistência em se submeter a um <i>check up</i> da próstata, 84% só procuraram a unidade de saúde quando já apresentavam sintomas miccionais, comuns nesse tipo de câncer.
Disserta ção	Diagnóstico de Enfermagem Disfunção Sexual em Homens em Tratamento para o Câncer de Próstata: uma proposta de cuidado de enfermagem.	2016	Dissertações UFJF	Oliveira, G.M.A	Enfermag em	Juiz de Fora	Minas Gerais	Avaliar o conhecimento que eles tinham sobre os exames de detecção desta doença e sua forma de tratamento.	Quanti/Qualitati va	Só após o acometimento do câncer de próstata foi que os homens passaram a conhecer mais a doença e a quebrar os preconceitos em relação aos exames de detecção.
Artigo	Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años.	2010	Hacia Promocion Salud,	Muñoz, A.M.C.; Sossa, L.A.P.; Ospina, J.J.; Grisales, A. & Rodríguez, J.D.G.	Enferma gem	Espanha	Espanha	Investigar a prevalência e percepção do exame de toque retal em homens acometidos pelo câncer de próstata.	Quantita tiva	Não tinham o hábito de realizar este exame, por medo de afetar a concepção que eles tinham de masculinidade, caso houvesse excitação durante o procedimento.
Disserta ção	O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens acometidos por câncer de próstata: estudo exploratório da qualidade de vida.	2010	Dissertações USP	Vieira, A.C.O.A.	Medicina	São Paulo	São Paulo	Investigou o impacto psicológico de ser acometido pelo câncer de próstata e de passar pelo tratamento cirúrgico.	Quanti/Qualitati va	Ambivalência de sentimentos durante o acometimento do câncer de próstata: a felicidade por estar vivo e a tristeza quando há dificuldade de ereção.
Disserta ção	Sintomas estressantes e qualidade de vida entre homens com câncer.	2010	Dissertações UFMG	Prado, I.S.	Enfermag em	Minas Gerais	Minas Gerais	Averiguar o que causa mais estresse ao estar acometido pelo câncer de próstata.	Quantita tiva	Sentiam-se estressados pela dificuldade de ereção que tinham e pela falta de controle de micções.
Disserta	Homens	2012	Dissertações	Pinto,	Enferma	R.S.	R.S.	Investigar o	Qualitati	Descobrir,

ção	sobreviventes ao câncer de próstata: estudo de caso etnográfico.		UFP	B.K.	gem			que contribui para a construção da resiliência no processo de adoecimento do câncer de próstata.	va	tardamente, que está com câncer de próstata é uma experiência traumática, assim como ter dificuldade de ereção.
Dissertação	Qualidade de vida de homens com câncer de próstata.	2012	Dissertações UFTM	Soares, I.C.	Enfermagem	São Paulo	São Paulo	Avaliar o nível de depressão e de qualidade de vida em 50 homens, entre 60 e 70 anos, de baixa escolaridade, acometidos pelo câncer de próstata.	Quantitativa	Evidenciado uma má qualidade do sono desses homens, devido à dificuldade de controle de micções e por ficarem, na hora de dormir pensando nas consequências dessa doença., Também foi constatada a presença de fadiga e de Depressão.
Dissertação	Autoestima, ansiedade e depressão em homens submetidos à prostatectomia radical.	2014	Dissertações UFSC	Soares, G.B.	Enfermagem	Santa Catarina	Santa Catarina	Avaliar o nível de autoestima, ansiedade e depressão de 40 homens submetidos à prostatectomia radical	Quantitativa	Quanto mais passava o pós-operatório, menos deprimidos e ansiosos eles ficavam. Também foi constatado que, quanto mais novo, menor era a autoestima desses homens.
Artigo	Positive consequences of câncer: exploring relationships among post traumatic growth, adult attachment, and quality of life.	2015	Tumori.	Tanyi, Z.; Szluha, K.; Nemes, L.; Kovács, S. & Bugán, A.	Medicina	E.U.A	E.U.A	Investigar, em pacientes com câncer de próstata, se é possível enxergar algum aspecto positivo em estar vivenciando essa condição de adoecimento.	Qualitativa	Encaravam o adoecimento como uma oportunidade de crescimento positivo como pessoa, uma vez que passaram a valorizar mais a vida e os aspectos espirituais e religiosos.