

# CÂNCER E GÊNERO: ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

Dissertação de mestrado, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

(2007)

**Marcelo Márcio Siqueira Gianini**  
Psicólogo Clínico

Email:  
[mgian@ig.com.br](mailto:mgian@ig.com.br)

---

## RESUMO

O interesse por estudar câncer e gênero surgiu a partir da observação dos modos de enfrentamento de homens e mulheres diante da doença, da observação das influências sócio-culturais que fazem parte da formação estrutural do ego de um indivíduo, fazendo com que o mesmo tome determinadas posturas de enfrentamento. Sabe-se que as escolhas das estratégias de enfrentamento têm relação direta com a adaptação psicossocial. Em uma crise vital e significativa como esta, o indivíduo e a família passam a vivenciar situações novas que exigem redefinições, formas de enfrentamento, mudanças no funcionamento familiar e períodos extensos de adaptação.

**Palavras-chave:** Câncer, cancro, gênero, género, doente oncológico, estratégias de enfrentamento

---

## INTRODUÇÃO

O interesse por estudar câncer e gênero surgiu a partir da observação dos modos de enfrentamento de homens e mulheres diante da doença, da observação das influências sócio-culturais que fazem parte da formação estrutural do ego de um indivíduo, fazendo com que o mesmo tome determinadas posturas de enfrentamento. Sabe-se que as escolhas das estratégias de enfrentamento têm relação direta com a adaptação psicossocial.

São condições essenciais nesta análise observarmos a origem, a seleção de estratégias e consistência diante de contextos difíceis, a fim de distinguirmos os diferentes movimentos nas

diferentes pessoas, ao enfrentar o câncer (ROWLAND, 1990; GIMENES, 1997; BACHION et al., 2001).

Esta é uma doença carregada de preconceitos, na qual o indivíduo na maioria das vezes sente-se inadequado, afastando-se ou sendo afastado de seu grupo e enfrentando a solidão. O diagnóstico de câncer ainda é visto como sentença de morte e está vinculado a muita dor, sofrimento e mutilações físicas e psíquicas (KOVÁCS, 1998; QUINTANA et al., 1999).

Em uma crise vital e significativa como esta, o indivíduo e a família passam a vivenciar situações novas que exigem redefinições, formas de enfrentamento, mudanças no funcionamento familiar e períodos extensos de adaptação.

Nestas mudanças ocorridas diante da doença, o indivíduo confronta-se com as “normas de gênero”, que são papéis pré-determinados e imposições sociais, que indicam quais funções e comportamentos devem ser assumidos em função do gênero; além da dificuldade de enfrentar a doença por estar impossibilitado de continuar exercendo o seu papel, o indivíduo passa por um sentimento de impotência e inferioridade, podendo assim desencadear conflitos emocionais e reações psíquicas associadas a crenças e padrões de comportamento, que inibem sua participação ativa no tratamento.

Um bom exemplo é o estresse apresentado pelo homem na sociedade machista ocidental, quando recebe o diagnóstico de câncer de próstata; esta doença, além de já vir carregada de estigmas, conta ainda com a possibilidade de tratamentos difíceis e dolorosos que muitas vezes também causam dilacerações.

Os próprios exames clínicos são, na maioria das vezes invasivos, fazendo com que o indivíduo tenha a sensação de perda da identidade, com seu corpo exposto a explorações. Sentimentos de angústia e culpa se apresentam neste momento, além de uma constante ameaça de morte. A mulher, ao ser diagnosticada com câncer de mama, sente-se invadida na sua individualidade e exposta fisicamente, levando-a à depressão e perda da auto-estima; a sensação de perda e ameaça à imagem corporal feminina implica mudanças da figura do corpo pela mente e altera a identificação feminina básica (ALMEIDA, 1989; KOVÁCS, 1998; AMORIM, 1999; LAURENTI, 2000, BERGAMASCO, 2001).

Com os avanços da medicina, hoje se pode conviver com uma doença crônica sem perda de qualidade de vida, mas para isso é necessário adaptar-se à nova realidade e desprender-se de comportamentos estereotipados.

Estudos em áreas como a psico-oncologia e a psiconeuroimunologia relacionam à baixa condição imunológica provocada por outras doenças, estados profundos de desânimo como fatores de risco, ressaltando o papel das variações psicológicas e comportamentais no desenvolvimento de um câncer (SIMONTON & MATTHEWS-SIMONTON, 1987; LESHAN, 1992; CARVALHO, 1998; LA ROQUE, 1988, BALLONE, 2001).

Em uma situação de estresse, o organismo libera hormônios, principalmente a adrenalina. Esses hormônios têm ação constritora nos vasos sanguíneos, alterando o funcionamento dos glóbulos brancos que são responsáveis pela resposta imunológica do organismo; esta alteração impede que os glóbulos brancos reconheçam e anulem as células malignas mutantes, as quais passam a se reproduzir livremente.

A longo prazo, ocorrências significativas de histórico de estresse ligado à família, ao trabalho e à saúde podem gerar modificações psiconeurofisiológicas com alterações no sistema imunológico, possibilitando o aparecimento de várias doenças graves (DEITOS, 1997; ROYO, 2002; TAVARES, 2002).

Com base nas estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCa 2003), observamos que no Brasil o número de casos de câncer da próstata ocupa o segundo lugar em frequência de ocorrência entre os homens, somente abaixo do câncer de pele não melanoma; pelas mesmas estimativas, vemos que o mesmo acontece com o câncer de mama feminino, que é a primeira causa de mortalidade por câncer na mulher brasileira. Ambos, câncer da próstata e de mama, podem ter conseqüências traumáticas se não forem diagnosticados a tempo. Dependendo do grau de estadiamento, o tratamento mais adequado é a cirurgia (prostatectomia e mastectomia), cujas mutilações deixam seqüelas profundas.

A evolução das cirurgias e dos tratamentos, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, têm melhorado as taxas de sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes, mas estes são tratamentos que envolvem procedimentos multidisciplinares de potencialidade ainda não completamente determinada, que devem ser discutidos pelo paciente e seu médico (FENTIMAN, 1993; FRISTACH, 2001; LOPES, 2001; HABER, 2000).

Pesquisas mostram que a psicoterapia de apoio é um tratamento eficaz para o paciente recuperar a auto-estima e amenizar o sofrimento. Relatos de pacientes sobre sintomas somáticos são mais associados, principalmente, às suas preocupações emocionais e sociais mais do que ao seu estado geral de saúde (KOVÁCS, 1998; NEME, 1999; MEDEIROS, 2002).

Mudanças no estilo de vida, diagnóstico precoce, tratamentos eficazes e cirurgias menos invasivas e mutiladoras podem transformar o câncer em uma patologia possível de ser prevenida e mantida sob controle.

## **OBJETIVO**

Por tudo o que já foi exposto, vejo a relevância e a necessidade de estudar a relação do câncer com os fatores psicossociais e, especificamente, com as questões de gênero. Assim, este estudo tem como objetivo ampliar o conhecimento sobre as influências do gênero no enfrentamento do tratamento de câncer e pretende analisar a questão de gênero a partir do

processo de enfrentamento no homem que vivencia o câncer da próstata e na mulher que experiencia o câncer de mama.

## MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada no **Hospital e Maternidade São Cristóvão**, os sujeitos que concordaram em participar desta pesquisa assinaram um termo de livre consentimento para a participação na mesma, foram entrevistados uma única vez, individualmente, o procedimento demorou em média de 50 a 120 minutos. Em primeiro lugar, foi aplicada a entrevista semi-dirigida, com o intuito de saber mais sobre o participante, desde dados pessoais (dados sobre a doença, apoio social, situação financeira), até crença religiosa e alguns aspectos emocionais. A utilização da entrevista semi-estruturada propicia a observação do comportamento dos participantes em relação ao enfrentamento. Em seguida, os participantes responderam ao questionário que visa investigar a estratégia de enfrentamento utilizada pelo paciente em relação ao câncer. Este questionário foi baseado no *Inventário de Estratégias de Enfrentamento* de Folkman e Lazarus (1985), que mostra o modo de lidar com as demandas internas e externas deste evento estressante, considerando as seguintes categorias de análise: Auto controle; Suporte social; Confronto; Aceitação da responsabilidade, Fuga-esquiva; Resolução do problema; Afastamento; Reavaliação positiva.

Esta pesquisa tem natureza clínica e qualitativa. De acordo com Trivínos (1987), a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental. Baseia suas conclusões nas descrições do real cultural que lhe interessa para tirar dele os significados que têm para as pessoas que pertencem a essa realidade. A pesquisa qualitativa é descritiva, e seus resultados são produtos de uma visão subjetiva, expressa por narrativas, declarações de pessoas e entrevistas.

A pesquisa, sob a perspectiva apresentada neste trabalho, visa dar sentido a problemas novos que possam passar a constituir novas representações sobre o câncer e gênero.

## RESULTADOS

A seleção de estratégias feita pelos participantes do sexo masculino mostrou uma forte ligação com os fatores situacionais, havendo uma concentração na avaliação das alternativas de ação a serem realizadas e na decisão por uma conduta sem desvio do foco do problema (“*o médico me deu um papel e fui fazer o tratamento*”). Ao mesmo tempo, mostrou uma dificuldade em reconhecer e expressar seus sentimentos quanto ao diagnóstico (“*não senti nada*”, “*já tinha operado mesmo*”, “*para mim foi normal*”), o que sugere uma forma de autocontrole e de

distanciamento dos sentimentos utilizada como meio de controle sobre as coisas positivas e negativas. Este tipo de reação indica que, para esses homens, a saúde ainda é vista como “coisa feminina” e os serviços de saúde constituem espaços pouco frequentados por eles. Além disso, pode-se perceber que o cuidado consigo e o cuidado com o outro são valores geralmente associados às mulheres.

Muitas vezes os homens sentiram-se isolados, impossibilitados de partilhar seus medos com as pessoas, exceto com aquelas que também estivessem fazendo os mesmos tratamentos e a medida constante do PSA (Antígeno Prostático Específico). Eles demonstraram assim, maior dificuldade de se apropriarem do suporte social, uma vez que limitaram seu contato apenas a familiares e pessoas envolvidas com a doença e/ou tratamento. Esta atitude ocasiona quase sempre uma sobrecarga para a companheira/esposa (que normalmente é a cuidadora principal), seja em relação às informações sobre a doença, tratamentos e exames periódicos, seja em relação ao peso das cargas de hostilidade direcionadas a ela.

Já a seleção de estratégias feita pelas participantes do sexo feminino mostrou melhores condições em relação à expressão de sentimentos e emoções (“*fiquei desesperada, chorei muito*”, “*fiquei assustada, com muito medo*”). Esta expressão pôde ser observada desde o diagnóstico e foi traduzida sob a forma de sinais de ansiedade, angústia e medo, numa demonstração da ambivalência existente entre a aceitação do diagnóstico e os sentimentos de negação. Esta possibilidade de expressão parece ser um fator de ajuda na organização de uma nova identidade, o que possibilita que o foco das ações seja centralizado no enfrentamento da doença.

Esta pode ser uma das explicações pelo fato de as mulheres terem apresentado o apoio social como principal estratégia de enfrentamento, tanto na busca de informações e no apoio concreto (indo ao médico, procurando esclarecimentos sobre a doença e até assistindo programas de TV relativos ao assunto), como buscando apoio emocional (“*recebo visitas de parentes e amigos*”; “*converso com as pessoas, minhas filhas, meu marido, minha tia e minha amiga*”; “*muita gente se preocupa, até me oferecem ajuda no serviço de casa*”).

Neste tipo de escolha de estratégia de enfrentamento, o indivíduo tenta criar um significado positivo para a situação (“*Pessoas que acham que estão doentes vêm falar comigo. Eu explico direitinho*”), além de orientar seus esforços cognitivos para lidar com as exigências e o estresse da situação. Neste sentido, parece que as mulheres se sentem mais confortáveis quanto à apropriação do apoio dos familiares e dos amigos e para receberem palavras de encorajamento, além de ajuda física e emocional.

Os homens parecem ter dificuldade de lidar sozinhos com suas limitações físicas (“*minha esposa me acompanha em tudo*”, “*minha esposa fica comigo o dia todo*”), de suportar a interrupção brusca de suas atividades, de perder o papel de provedor da família. A dificuldade de

lidar com a perda da habilidade de trabalhar pode ser um fator problemático de muito peso em uma sociedade orientada para a produção, como a nossa.

Em relação às participantes, existia a preocupação com a impossibilidade de assumir os cuidados com a família e com a casa, em não exercer mais o seu papel em família (*“eu não tenho empregada e sempre fiz tudo em casa”, “cuidava das coisas em casa, agora eu sinto fraqueza, não tenho ânimo”*; *“tenho medo de ficar sem poder fazer minhas coisas”*). Percebe-se nas entrevistas que, para a mulher com câncer de mama, a esperança de voltar à normalidade é um importante fator facilitador no enfrentamento da doença, resgatando o papel que exerce na vida diária da família e em relação às pessoas do seu convívio.

Pôde-se também notar que as participantes perceberam mudanças físicas antes de serem diagnosticadas, demonstrando maior preocupação com a saúde do que os homens, que procuraram um médico somente quando as dores começaram, evidenciando haver pouco movimento em relação à mobilização de ações preventivas que objetivem evitar ou prevenir o aparecimento do câncer.

Isto pode ser observado por meio das atribuições dadas à doença pelos participantes do sexo masculino, às surpresas em relação aos tratamentos e à projeção da doença em suas vidas, sobre a falta de informação acerca das causas e dos fatores associados à incidência, tomando contato com o câncer da próstata apenas diante da própria vivência, atitudes já confirmadas em estudos de alguns autores (BLALOCK, 2000; STEGINGA, 2001).

Quanto às mulheres com câncer de mama, percebemos um cuidado ou, pelo menos, uma atenção ao próprio corpo, demonstrando uma maior facilidade na percepção de mudanças, principalmente o aparecimento de nódulos. Essa maior atenção da mulher, talvez incentivada pelas campanhas preventivas, acaba favorecendo tanto a frequência do exame clínico quanto do auto-exame das mamas.

Pode-se observar que a qualidade da vivência da sexualidade dos participantes de ambos os sexos foi alterada pela doença e tratamentos. As características associadas ao sofrimento emocional dos homens referem-se às limitações físicas, à diminuição da capacidade de ereção, cansaço, fadiga e à orquiectomia bilateral (retirada dos testículos) responsável pela produção do hormônio masculino (testosterona), que inibe o crescimento do tumor, mas que também interfere na ejaculação (MATTOS, 2001; 2001; LOIOLA, 2001; LOPES, 2001).

Outro ponto relevante a ser considerado na escolha das estratégias de enfrentamento dos participantes de sexo masculino é a sua fantasia de perda da virilidade. Segundo Segal (1994), isso se deve ao fato de que o homem permanece com o encargo de assumir a performance sexual, confundindo masculinidade com desempenho sexual (*“não fiquei mais como era sexualmente”*; *“antes eu não era mais que ninguém, mas agora me acho meio inferior”*).

As mulheres apresentaram desinteresse sexual causado pelos efeitos secundários do tratamento, como pré-menopausa, diminuição da libido e interferência na produção de hormônios

sexuais, o que torna o ato sexual doloroso, além de diminuir a excitação e inibir o orgasmo (FENTIMAN, 1993; GONZALEZ, 1994; QUINTANA, 1999; ALMEIDA, 2001).

Além disso, o câncer e a retirada da mama podem ter levado as mulheres a uma situação de desamparo e solidão, à perda dos vínculos, a uma quebra de sentido, à depressão e perda da auto-estima, fatores que propiciam a dificuldade de adaptação e que prejudicam a qualidade da vida sexual (AMORIM, 1999; QUINTANA, 1999).

Para otimizar a qualidade de vida do paciente é importante a avaliação de todos os aspectos de sua funcionalidade, incluindo a sexualidade; porém, normalmente esse tema não tem sido adequadamente investigado pela equipe de oncologia. Apesar do fato de que muitos fatores químicos, cirúrgicos e oncológicos podem determinar problemas da sexualidade no paciente com câncer, não menos importantes são os fatores psicológicos.

Em se tratando de câncer ginecológico ou genital masculino, não é raro que fatores culturais influenciem negativamente o surgimento de problemas na sexualidade. Trata-se de algumas crenças, incorretas, de que eventuais atividades sexuais no passado, tais como as relações extra-matrimoniais, doenças sexualmente transmitidas, abortos, tenham causado o câncer, como fala o participante H1 quando perguntado sobre as mudanças pessoais decorrentes da vivência da doença (*“fui muito mulherengo, os prazeres não valem nada”*). Nas pessoas que apresentam depressão, essas crenças reforçam os sentimentos de culpa.

## CONCLUSÃO

Nas culturas ocidentais, as diferenças de gênero são fundamentais na escolha das estratégias de enfrentamento do câncer; homens e mulheres utilizam diferentes formas de adaptação psicossocial nas diferentes etapas do tratamento oncológico, na reabilitação e re-significação da sua própria vida.

Stroebe e Stroebe (1993) consideram a possibilidade de que os homens são biologicamente mais suscetíveis aos efeitos negativos dos estressores. Entretanto, somente explicações biológicas correlacionadas à doença e ao câncer são inadequadas para explicar totalmente as diferenças de gênero no enfrentamento do câncer. Devemos nos lembrar que homens e mulheres são socializados de modos diferentes e que, como resultado de tal socialização de gênero, os indivíduos do sexo masculino e feminino não desenvolvem a mesma gama de habilidades de enfrentamento.

Considero que não existe um só fator como determinante, nem uma estratégia que seja a mais eficaz, pois as formas de enfrentamento escolhidas pelos indivíduos são multifacetadas e estão relacionadas à natureza da doença, sintomas, localização, estágio, tipo e evolução do tratamento, além das opções de reabilitação; ao nível e tipo de habilidades de enfrentamento e de

auto-estima, relacionamento familiar, educação; à investigação das redes sociais e padrões de sociabilidade que atuam, além das situações sócio-culturais de prevenção ou vulnerabilidade à doença.

Entretanto, o gênero parece ser um fator moderador importante na doença, com efeitos complexos sobre a capacidade de enfrentamento. Assim, talvez devido ao tipo de socialização e rede social maior, parece ser mais fácil para as mulheres expressarem suas emoções e falarem com outras pessoas sobre sua doença. Dessa forma, elas acabam adotando uma orientação pronunciada de restauração (comandando a casa, cuidando dos outros), e as emoções intensas envolvidas no enfrentamento se encaixam muito menos no modelo do papel masculino que é orientado somente para a restauração.

Outro aspecto referente às diferenças de estratégias de enfrentamento de homens e mulheres é a diferença em seu comportamento de saúde. Mais do que as mulheres, os homens tendem a reagir à doença adotando comportamentos de risco para a saúde, como o aumento de ingestão de álcool ou tabaco. Também existem diferenças no modo como homens e mulheres acessam e têm acesso aos cuidados médicos, como lidam com os profissionais de saúde e como estes lidam com eles. Certamente, normas de gênero influenciam as práticas e prioridades do sistema de saúde.

Levando em consideração as diferenças e gênero, considero aqui vários pontos de coincidência entre o câncer de próstata e o câncer de mama, além do fato de ambos estarem em segundo lugar em incidência para o ano de 2003 (INCa, 2003). Da mesma forma que o câncer da mama é o maior medo para a maioria das mulheres, o câncer da próstata é o maior medo para a maioria dos homens. Ambos trazem em si não só o medo da morte, como todo câncer, mas medos que tocam no próprio cerne da sexualidade.

Nos homens, os tratamentos quase invariavelmente acarretam os conhecidos riscos da incontinência e da impotência que atingem a essência da “masculinidade”, seu orgulho e prazer de viver. No câncer de mama, a principal terapêutica é a mastectomia, que remete inevitavelmente à perda de uma parte do corpo tão valorizada socialmente, signo de atração sexual, de feminilidade e de maternidade para a mulher.

Observa-se então, um profundo impacto psicossocial a partir de uma alteração corporal que, às vezes, impede que o indivíduo olhe o próprio corpo modificado, que tenha dificuldades em se expor ao parceiro, com a possibilidade de que esta restrição possa se estender aos contatos sociais. Sofrer estes conflitos emocionais leva a uma situação de desamparo, de invasão e exposição física, de perda da auto-estima, dos vínculos e do sentido da vida, trazendo indiferença e desesperança. Neste estudo, observei diferenças individuais nas reações frente a tal situação, na medida em que, para cada pessoa, aquela perda (real ou imaginária) vai ter um significado peculiar, de maior ou menor valoração.

Na revisão da literatura aqui apresentada, observamos o aumento do número de pesquisas voltadas para o enfrentamento do câncer e a qualidade de vida do indivíduo, o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, de sua família e dos profissionais da área, da reabilitação e fase terminal da doença.

Mas qual é a qualidade de vida quando o câncer entra na vida da pessoa? Qualquer mudança no status de saúde pode mudar o que considerávamos até então um estilo de vida estável, normal. Quando a mudança é causada pelo diagnóstico de câncer, a qualidade certamente é ameaçada ou diminuída e, frequentemente, substituída pelo medo e incerteza. A dimensão física de qualidade de vida inclui conforto e mobilidade. O estabelecimento da doença e o tratamento de sintomas tais como dor, fraqueza, fadiga, perda de apetite e mudanças nas funções excretoras podem alterar drasticamente o bem estar físico do indivíduo acometido pelo câncer.

A dimensão social da qualidade de vida inclui papéis e relacionamentos, preocupações financeiras, cuidar da família, afeto e sexualidade e torna-se um fator importante em relação à tomada de decisão do tratamento, aos cuidados recebidos e avaliação dos resultados. De fato, a atenção à qualidade de vida deve ser um elemento essencial ao longo de todo o espectro de vida no que diz respeito ao diagnóstico de câncer, não importando se o resultado é uma longa sobrevivência ou a morte.

Levando-se em conta que o câncer é uma doença que causa mudanças não só ao indivíduo, mas a todo o grupo familiar, seria interessante observar em novos estudos os efeitos de trabalhos profiláticos envolvendo ações individuais, familiares e sociais. A intervenção pode objetivar o estilo de vida, a conduta sexual, as intervenções políticas, sociais, educacionais e psicológicas.

Neste estudo, os participantes reportaram uma variedade de respostas de enfrentamento, mas as entrevistas mostram o impacto do diagnóstico e as diferenças de avaliação e de estratégias de enfrentamento segundo o gênero do participante. A simples menção da realização de um exame preventivo de câncer de próstata, por exemplo, pode criar um stress emocional. Além disso, também há um impacto psicológico negativo dos exames de câncer de próstata quando se levam em consideração os resultados falso-positivos e realmente positivos dos testes. Assim, gostaria de enfatizar a necessidade de reduzir o número de resultados falso-positivos por meio da escolha de testes diagnósticos de alta especificidade e também que o intervalo entre a realização do teste e o ato de informar o paciente desse resultado fosse minimizado para diminuir a duração do aumento do stress emocional.

Como as pessoas enfrentam o stress varia em cada situação individual, mas o pensamento popular apóia o estereótipo de que as mulheres tendem a usar estilos de enfrentamento mais focalizados na emoção, com clara preferência pela estratégia do apoio social. A maioria dos estudos sobre esta questão (WHITE, 2000; GIANAKOS, 2000; REEVY e MASLACH, 2001; LIEBLER e SANDFUR, 2002; FUHRER e STANSFELD, 2002) concorda com a existência de diferenças específicas de gênero no que diz respeito ao apoio social. Entretanto, elas chegam a

diferentes conclusões se estas diferenças existem pelo fato de as mulheres aceitarem melhor o apoio social quando comparadas aos homens.

Nesta pesquisa, os homens apresentaram “indiferença” em relação à doença, representando o estado de choque e negação, reportando quase sempre uma perda de controle seguida por um período de entorpecimento que não possibilita a identificação de seus próprios sentimentos. Talvez o autocontrole facilite a estratégia de enfrentamento dos homens ao mobilizarem esforços para a resolução do problema, já que nos processos sociais, os homens são cobrados para que assumam seus problemas de forma mais ativa, pois grandes manifestações emocionais poderiam impossibilitar suas ações.

A equipe de cuidados médicos, por exemplo, representa um papel importante no enfrentamento da doença para a mulher, pelas informações dadas sobre a doença e sua evolução, esclarecimento diante dos tratamentos, encorajamento e apoio emocional. Além disso, muito mais mulheres do que homens cuidam de seus parceiros doentes e, ao fazê-lo, são diretamente confrontadas com a doença e com a possibilidade de morte.

De um modo geral, os participantes desta pesquisa usaram combinações de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e focalizadas na emoção, porque de fato, as diferenças podem coexistir em cada modelo que caracteriza relacionamentos específicos entre os componentes de um evento estressante em particular. Folkman e Lazarus (1985) afirmam que o enfrentamento é um processo que envolve mudanças e não pode ser limitado a um simples fator. Neste sentido, todo cuidado deve ser tomado para que as pesquisas não superestimem as categorias de enfrentamento.

A partir do diagnóstico, o processo de cirurgia, o tratamento, as manifestações orgânicas, as impossibilidades decorrentes do tratamento, os valores da pessoa, os valores culturais, suas crenças e demais componentes psicossociais poderão permitir uma adequação relativa das estratégias de enfrentamento adotadas em diferentes fases do processo. Poderão permitir, ainda, que se definam os procedimentos de intervenção centrados na elaboração cognitivo-afetiva, de modo que facilite o processo de re-significação da doença e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas à situação.

A visão atual do homem como ser bio-psico-social exige um atendimento interdisciplinar que valorize variáveis externas e internas no processo saúde-doença. Moraes (1994), refletindo sobre a conduta da equipe cuidadora, alega que a falta de comunicação como conduta de defesa pode ser gerada pelo estresse do contato com a doença e pela exigências dos pacientes e familiares, ocasionando um distanciamento.

O médico tende a adotar uma atitude onipotente; há uma exigência implícita de dependência dos pacientes que se vê facilitada pela regressão a que conduz a própria doença. Mas, na medida em que se fomentar a dependência, incrementam-se também as exigências e as conseqüentes frustrações e ingratidões ou situações persecutórias que se deslocam aos pacientes

entre si e com os profissionais da saúde. Para Bromberg (1998), o distanciamento progressivo dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, ocorre especialmente quando o estado do paciente se agrava e a morte torna-se iminente.

De acordo com Gimenes (1997), vemos a importância de que o profissional da saúde que trabalha com pacientes oncológicos reconheça as formas de enfrentamento que estão sendo usadas, seus determinantes, e como avaliar sua eficácia no quadro clínico, valorizando e respeitando os recursos disponíveis para ir de encontro aos desafios físicos, sociais e emocionais. É preciso que se valorizem as relações existentes entre família, equipe de saúde e paciente, para que este possa lidar de modo melhor com sua ansiedade nas fases de diagnóstico, estadiamento, internação hospitalar e pré-operatório.

Todos os métodos de tratamento disponíveis do câncer de mama e de próstata podem comprometer de forma além do razoável a qualidade de vida do doente; assim, o médico deveria orientar o tratamento levando em conta o que é mais importante para o paciente, em decisão conjunta, optando pela terapêutica mais eficiente quando a sobrevivência for o foco mais relevante e escolhendo o tratamento menos agressivo quando a qualidade de vida for a preocupação principal do doente.

Talvez a marca mais profunda causada pelo câncer seja a perda da identidade anterior e o medo da rejeição. Para uma pessoa que extraía considerável fonte de identidade de seu papel ocupacional, essa perda adicional, bem como a necessidade de uma ocupação diferente no futuro, contribuem para um aumento da crise de identidade. Neste processo que o indivíduo atravessa, a psicoterapia pode ajudar a buscar a melhor maneira de lidar com o impacto emocional da experiência, acompanhando o paciente, os familiares e os cuidadores, levando-se em conta os fatores psicológicos e sociais que podem influenciar no processo da doença.

Compete à equipe de oncologia ser sensível aos problemas que comprometerão a auto-estima do paciente. É comum que a mentalidade exclusivamente mecânica e técnica de certas equipes médicas subestime os efeitos da mudança física decorrente do câncer da mama, sobre a auto-estima e sentimento de atração da mulher. A teoria da sobrevivência precisa ter em mente a qualidade do tempo vivido, mais que a quantidade.

É essencial compreender que a necessidade de contato físico é mais importante do que a necessidade de ter um orgasmo. Os casais devem conversar francamente sobre suas necessidades, motivando a segurança do contato e da intimidade física.

É imperativo que se ressalte que a escolha das estratégias depende do repertório do indivíduo e das experiências que foram reforçadas ao longo do ciclo vital, além das variáveis sociais, crenças e práticas culturais envolvidas que sejam congruentes com as escolhas. Assim, existe uma relação direta entre a questão da adaptação psicossocial e a qualidade de vida.

Quanto aos resultados desta investigação, foi possível conhecer e analisar as estratégias de enfrentamento e significados do câncer de próstata e do câncer de mama, observando como os

indivíduos constroem a experiência de adoecer e, conseqüentemente, como mobilizam forças para lidar com a doença e suas conseqüências, além de se mobilizarem para a recuperar a saúde.

O estudo de diferenças de gênero no enfrentamento pode contribuir de modo importante para a nossa compreensão dos processos cognitivos e dos fatores sociais e interpessoais que afetam o desenvolvimento e o ajustamento do indivíduo. Quero destacar a importância de futuras pesquisas nas quais se identifique o efeito da construção da subjetividade nas representações sociais acerca do que deve ser um homem e uma mulher e no processo de saúde e enfermidade dos sujeitos. Neste sentido, seria interessante que estes estudos considerassem a questão do gênero no enfrentamento da doença, independentemente do tipo de câncer.

O aparecimento do câncer da próstata não pode ser evitado até o momento, porque ainda são desconhecidos os mecanismos que modificam a maquinaria celular, tornando-a maligna. Mas, não existem campanhas preventivas que estimulem a realização de exames de laboratório que certamente revelariam um grande número de doentes, incluindo homens sem sintomas e que ignoram o mal. Assim, quando se esgotasse o número desses casos não aparentes, a frequência da doença passaria a cair. Sem uma campanha preventiva efetiva, ainda vivemos uma fase de identificação crescente de casos.

Finalizando, este trabalho pode ser visto como uma contribuição para novas investigações sobre câncer e gênero, sobre como homens e mulheres sentem-se diante do diagnóstico e tratamento de câncer, que é um grande estressor na vida de uma pessoa, bem como sobre os problemas psicológicos associados a uma grande escala de dificuldades, ansiedade, depressão, medo da doença e possibilidade de morte iminente trazidos por esta doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, R. E COHEN, N. Psychoneuroimmunology: Conditioning and Stress. *Annual Review of Psychology*, 44, pp.53-82, 1993.

ALMEIDA, S. M. A. *Processos Cognitivos e “Vitimação” em Pacientes com câncer de Mama*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1989.

AMATO NETO, V. e TEDESCO, J. *Aspectos imunológicos da atividade física*. Disponível em: <http://www.uol.com.br/cultvox/revistas/medicinausp2/aspectosimunologico.htm> Acesso em 14/06/01.

AMORIM, M. H. C. *A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama*. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

ANDRADE, L. H. S. G. e GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 25 (6) pp.285-290, 2002.

AUSTIN, J. Estratégias Psicológicas. In: *Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama*, org. Ian Fentiman, cap. 8, trad. Walquiria Settineri, Artes Médicas, Porto Alegre, pp 114-125,1993.

BACHION, M. M; PERES, A. S; BELISÁRIO, V. L; CARVALHO, E. C. Estresse, Ansiedade e Coping: Uma revisão do conceito, medidas e estratégias de intervenção voltada para a prática de enfermagem. Disponível em: [www.bibliomed.../showdoc.cfm?LibCatID=1&Search=enfrentamento&LibDocID=538](http://www.bibliomed.../showdoc.cfm?LibCatID=1&Search=enfrentamento&LibDocID=538) Acesso em 14/06/01.

BALLONE, G. J. *Psiconeuroimunologia*. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/psiconeuroimunologia.html> Acesso em 20/06/01.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*, org. Galvão L. Dias, cap. 6, ed. Hucitec: São Paulo, SP, 1999.

BARBIERI, T. Sobre la categoría género: Una introducción teórico-metodológica. Seminário PRODIR/Fundação Carlos Chagas, p.25-45, São Paulo, 1991.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70, LDA, Lisboa, Portugal, 2000.

BARROS, A.C. Serviços de Psico-Oncologia em Hospitais. In: *Psico-oncologia no Brasil - Resgatando o viver*; cap. 2, org: M. M. M. J. Carvalho, Ed. Summus, São Paulo, 1998.

BELTRAN, A. G; BARRETO, S. S. e GUTIÉRREZ, M. G. R. Cuidado de pacientes que faleceram por câncer de mama: A experiência dos familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 46(2), p.155-62, 2000.

BERG, D.N. e SMITH, K.K. *The self in the social inquiry: Research methods*. Newburg Park, California: Sage.

BERGAMASCO, R B. e MARGARETH, A. O Sofrimento de Descobrir-se com Câncer de Mama: Como o Diagnóstico é Experimentado pela Mulher – *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol.47, nº3, pp. 277-82, 2001.

BLALOCK, JANICE E JOINER, THOMAS. Interaction of Cognitive Avoidance Coping and Stress in Predicting Depressions/Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 24, nº1, pp. 47-65, 2000.

BROMBERG, M. H. P. F. *A Psicoterapia em Situações de Perdas e Luto* – Ed. Psy II, Campinas, 1994.

BROMBERG, M. H. P. F. Ser Paciente Terminal: A Despedida. In: *Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. Org. Berthoud, C. M. E. 2ªed., Cabral Editora Universitária, Taubaté, cap. 3, pp. 65-90, 1998.

CAMPOS, T. C. P. *Psicologia Hospitalar*. Ed. Pedagógica Universitária, São Paulo, 1995.

CARTER, B. e MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar*. 2ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, M. M. M. J. *Introdução à Psiconcologia*. Editorial Psy II, Campinas, 1994.

CARVALHO, M. M. M. J. *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver*. Ed. Summus, São Paulo, 1998.

CHIPPERFIELD, J. G. E HAVENS, B. Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. *Journal of Gerontology*, 56B, (3), pp. 176-186, 2001.

CLARO, J. A. Câncer da próstata. *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol. 57 (12), ed. 12/2000, matéria 607 disponível em: [www.cibersaude.com.br](http://www.cibersaude.com.br)  
Acesso em 18.06.01.

COHEN, S. e RABIN, B. S. Psychological Stress, Immunity, and Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 90(1), pp. 3-4, 1998.

COLLINS, P. 'Negotiating Selves': Reflections on 'Unstructured' Interviewing' *Sociological Research Online*, vol. 3, no. 3 (1998). Disponível em: <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/3/2.html>. Acesso em 15.05.01

CORRÊA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: *Sexualidades Brasileiras*, pp. 150-159, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.

DEITOS, T. F. A. e GASPARY, J. F. P. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. *Ver. Brás. Cancerol.*, 43(2), pp. 117-25, 1997.

FENTIMAN, I. *Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama*. Trad. Walquiria Settineri, Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

FERRARI, C. e HERZBERG, V. *Tenho câncer; e agora? Enfrentando o câncer sem medos ou fantasias*. Ed. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, São Paulo, 1998.

FOLKMAN, S. Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 46, n<sup>o</sup>4, pp.839-52, 1984.

FOLKMAN, S. e LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 48, pp. 150-170, 1985.

FOLKMAN, S. et al. Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 50; n<sup>o</sup> 5, pp. 992-1003, 1986.

FRISTACH, C. E. *Câncer de mama: um desafio*. Disponível em: [http://www.icav.com.br/ensino/mama\\_desafio.html](http://www.icav.com.br/ensino/mama_desafio.html) Acesso em 02/07/01.

FUHRER, R. e STANSFELD, S. A. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one or multiple sources of support from “close persons”. *Social Science & Medicine*, 54, pp. 811-825, 2002.

GENOLET, A. Relación de la profesión de trabajo social y rol asignado a la mujer, in “*Género y salud V Jornada de investigación de la Facultad de Psicología UBA*”; coordinadora Graciela Zaldúa, Eudeba, Buenos Aires, 2000.

GIANAKOS, I. Gender Roles and Coping with Work Stress. *Sex Roles: A Journal of Research*, ed. Junho, 2000.

GIAMI, A. Social research on sexuality: contextual and interpersonal approaches. *AIDS*, vol. 10 (Supl. A), pp. 191-196, 1996.

GIMENES, M. G. Definição, Foco de Estudo e Intervenção. In: *Introdução à Psico-oncologia*, coord: M. M. M. J.Carvalho, cap. 2, pp. 35-56. Ed. Psy II, Campinas, 1994.

GIMENES, M. G. *A Mulher e o Câncer*. Editora Psy, São Paulo, 1997.

GONZALEZ, H. Enfermagem em oncologia. *Série Apontamentos Saúde*, Senac, São Paulo, 1994.

HABER, S. *Câncer de Mama: Manual de Tratamiento Psicológico*. Trad. Fernando Fontán, Ediciones Paidós Ibérica, Buenos Aires, Argentina, 2000.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil epidemiologia e estimativa*. Disponível em: [www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa](http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa) Acesso em 26/07/02.

IZQUIERDO, M. J. Uso y abuso del concepto de genero. In: *Pensar as diferenças*, org: Mercedes Vilanova, cap. 1, pp. 31-53, Ed. Universitárias, Barcelona, Espanha, 1994.

IZQUIERDO, M. J. Cancer and Gender. *JGSM – The Journal of Gender-Specific Medicine*. Disponível em: [www.mmhc.com/jgsm](http://www.mmhc.com/jgsm) Acesso em 16/04/01.

JANZEN, B. L. Women, Gender and Health: A Review of the Recent Literature. Disponível em: <http://www.pwhce.ca/pdf/janzen.pdf> Acesso em 26/07/02.

KOVÁCS, M. J. Avaliação de qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: *Psico-oncologia no Brasil – Resgatando o viver*, org: M. M. J. Carvalho, cap. 3, pp.159-185, Ed. Summus, São Paulo, 1998.

KOVÁCS, M. J. *Atendimento psicológico em unidade de cuidados paliativos*. Disponível em: [www.cibersaude.com.br/Revistas.asp?id\\_materia=521&=fase](http://www.cibersaude.com.br/Revistas.asp?id_materia=521&=fase) Acesso em 18/06/01.

LANE, SILVIA T. M. *Psicologia Social: O homem em movimento*. Ed. Brasiliense, São Paulo, 2001.

LA ROCQUE. Espectro de atividades NK em um grupo populacional brasileiro. *Ver. Brás. Can.* V.34, nº 1, pp. 19-25, 1988.

LAURENTI, M. A. *Variações da Adaptação e Sentimentos Depressivos em Mulheres com Suspeita de Câncer de Mama*. Tese de doutorado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

LESHAN, L. *O Câncer como Ponto de Mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde*. Tradução de Denise Bolanho, Ed. Summus, São Paulo, 1992.

LIEBLER, C. A. e SANDEFUR, G. D. Gender Differences in the Exchange of Social Support with Friends, Neighbors, and Coworkers at Midlife. Disponível em: <http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/2001-12.pdf> Acesso em 14/06/02.

LOIOLA, A. *Tratamento do câncer de próstata: O que mudou?* Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br/lib/showdoc.cfmlibdocID=12145/12870>. Acesso em 14/06/01.

LOPES, A. *Câncer: A doença, o paciente, a terapêutica, o médico e o hospital*. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/canc1-html> Acesso em 1/04/01.

MAIER, S. F. e WATKINS, L. R. Cytokines for Understanding Behavior, Mood, and Cognition. *Psychological Review*, 105, pp. 83-107, 1998.

MALAGRIS, L. E. N. Relação Médico-Paciente: Uma visão cognitivo-comportamental. *Caderno de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, v.5(1), pp.77-85, 1999.

MATTHEWS-SIMONTON, S. *A família e a cura – o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença*. Trad: Heloisa de M. A. Costa, Ed. Summus, São Paulo, 1990.

MATTOS JR, D. e FONSECA, L. L. *Atlas Ilustrado: Diagnóstico e Estadiamento*. Lemos Editora, São Paulo, 1998.

MCDANIEL, S. H; HEPWORT, J. e DOHERTY, W. J. *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

MEDEIROS, M. *A influência da psicoterapia no tratamento oncológico*. Unifesp: Setor de Gastro-oncologia. Disponível em: <http://www.agendasaude.com.br/materias/cod-329> Acesso em 07/01/02.

MEIJER SA, SINNEMA G, BIJSTRA JO, MELLENBERGH GJ, WOLTERS WH. Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Soc Sci Med.*, 54(9), pp.1453-1461,2002.

MICELI, A. V. P. Pré-operatório da paciente oncológico: uma visão psicológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol.44(2), 1998.

MILLER, M. The "impossible grief:" Working with Couples who have Lost a Child. *New Scholarship in the Human Services*, 2 (1), 2003. Disponível em: [http://fsw.ualgary.ca/currents/megan\\_miller/miller.htm](http://fsw.ualgary.ca/currents/megan_miller/miller.htm) Acesso em 10/08/03.

MORAES, C.M. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: *Introdução à psiconcologia*. Org: Maria Margarida de Carvalho, cap. 2, pp. 57-64, Ed. Psy II, Campinas, São Paulo, 1994.

MOTTA, M. C. M. *Psiconeuroimunologia*. Disponível em: <http://ioh.medstudents.com.br/imuno5.htm> Acesso em 25/07/2001.

MUSTIN, R.T.H. e MARECEK, J. *The meaning of difference*. *American Psychologist*, vol. 43; n. 06; pp. 455-464, 1988.

NAVARRO, F. *Somatopsicodinâmica das biopatias: interpretação reichiana das doenças com etiologia desconhecida*. Trad: Maria Elisa Araújo, Ed. Relume e Dumará, Rio de Janeiro, 1991.

NEME, C. M. B. *Ganhos dos pacientes oncológicos como tratamento psicológico*. Tese de Doutorado apresentado à Faculdade de Ciências da UNESP BAURU, 1999.

OEI, S.G. et al. Utility and Validity of the STAI with Anxiety Disorders Patients. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 29, pp. 429-432, 1990.

OSKAMP, S. e CONSTANZO, M. *Gender: Issues in Contemporary Society*. Sage Publications, Califórnia, EUA, 1993.

POCCIONI, M. T. La importancia de la perspectiva de género para el diseño de políticas sociales en el campo de la salud. In: *Género y Salud - V Jornada de investigación de la Facultad de Psicología UBA*. Coord: Graciela Zaldúa, Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina, 2000.

QUINTANA, A. M.; SANTOS, L. H. R.; RUSSOWSKY, I. L. T. e WOLFF, L. R. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 45(4), pp. 45-52, 1999.

REEVY, G.M. e MASLACH, C. Use of Social Support: Gender and Personality Differences. *Sex Roles: A Journal of Research*, abril, 2001

RODRIGUEZ, L. L. R. *Estudo da modulação de atividade "natural killer"*. Dissertação de Mestrado em Biologia Apresentado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, 1987.

ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar In: *As mudanças no ciclo de vida familiar*, cap. 4, pp. 373-391, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

ROWLAND, J. H. Intrapersonal Resources: Coping. In: *Handbook of Psycho-oncology*. Cap. 4, pp. 44-57, org: Holland, J. S, NY, 1990

ROYO, E. M. C. *La Psico-oncologia*. Disponível em:  
<http://www.opotanco/Apal/psicooncologia.htm> Acesso em 05/06/02.

SALES, C. A. C. C.; PAIVA, L.; SCANDIAZZI, D. e ANJOS, A. C. Y. Qualidade de Vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), pp. 263-72, 2001.

SAVÓIA, M.G. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vols. 25 e 26, pp. 377-386, 1999.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R. e MEJIAS, N. P. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Psicologia USP*, v. 7, n 1/2, p.183-201, São Paulo,1996.

SCHNOLL, R. A.; HARLOW, L. L.; STOLBACH, L. L. e BRANDT, U. A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, pp. 69-77, 1998.

SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica. In: *E a Psicologia Entrou no Hospital*. Cap. 3, pp.147-180, org: Angerami-Camon, V. A.; Chiattonne, H. B. C.; Sebastiani, R. W.; Fongaro, M. L. H. e Santos, C. T, Ed. Pioneira , São Paulo, 1998.

SEGAL, S. M. *Desfazendo Mitos: Sexualidade e Câncer*. Ed. Agora, 1994.

SILVA, C. N. *Como o Câncer (des)estrutura a família*. Ed. Annablume, São Paulo, 2000.

SIMONTON, O. C.; MATTHEWS-SIMONTON, S. e CREIGHTON, J. L. *Com a vida de novo*. Tradução de Heloísa de M. A. Costa, Ed. Summus, São Paulo, 1987.

SOARES, E. G. B. Serviços de Psico-Oncologia em Hospitais. In: *Psico-oncologia no Brasil - Resgatando o viver*. Cap. 2, pp.99-103, org: M. M. M. J. Carvalho, Ed. Summus, São Paulo, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. *Câncer de Mama*. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/htmls/artigos.htm> Acesso em 02/04/01.

STEGINGA, S. K. The Supportive Care Needs of Men With Prostate Cancer. *Psycho-oncology*, 10, pp. 66-75, 2001.

STOLLER, R. J. *Masculinidade e Feminilidade: apresentações do gênero*. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

STROBE, M. e STROEBE, W. *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. New York: Cambridge University, 1993.

TAJER, D. e VEGA, D. Mujeres, Varones y Enfermedad Cardiovascular, In: Zaldúa, G., *Género y Salud - V Jornada de Investigación de la Faculdade de Psicología UBA*. Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina, 2000.

TAVARES, J. S. C. *O processo de enfrentamento do câncer em famílias de mulheres com câncer de mama*. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Federal da Bahia, 2002.

TRIVINÔS, A. W. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. Ed. Atlas, São Paulo, 1987.

WAN, G. J.; COUNTE, M. A. E CELLA, D. The influence of personal expectations on cancer patients' reports of health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, v.6, pp. 1-11, 1997.

WATSON, M e PETTINGALE G. S. Emotional Control and Autonomic Arousal in Breast Cancer Patients. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 28, n.6, pp. 467-74, 1984.

WHITE, E. Coping with Stress: Are There Differences Between Genders? Undergraduate Journal of Psychology, Vol. 13, 2000, University of North Carolina. Disponível em: <http://www.uncc.edu/psychology/UJOP/UJOP%202000/White%202000.html>

Acesso em 15/03/02.

ZURUTUZA, C. Modelo para la promoción de la salud y los derechos de las mujeres y jóvenes de sectores populares. In: *Género y Salud - V Jornada de Investigación de la Facultad de Psicología UBA*, org: G. Zaldúa, Ed. Eudeba, Buenos Aires, Argentina, 2000.