

EL SIGNIFICADO DE SER UN HOMBRE COM ESTOMA I NTESTI NAL POR CÁNCER DE COLORECTAL: UN ABORDAJE ANTROPOLÓGI CO DE LA MASCULI NIDAD

Eliza Maria Rezende Dázio¹

Helena Megumi Sonobe²

Márcia Maria Fontão Zago³

El estudio tuvo como objetivo analizar el significado que los hombres, con estoma intestinal, atribuyen a la experiencia de la enfermedad y al tratamiento de cáncer de colorectal. Fueron utilizadas las referencias teóricas de la antropología médica, de la masculinidad y del método etnográfico. Participaron del estudio 16 hombres en el intervalo de edad de 40 a 79 años, residentes en Ribeirao Preto, SP, y región. La recolección de los datos fue realizada por medio de observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas. Por medio del análisis inductivo de los datos, se seleccionó de los núcleos de significados: el reconocimiento de la gravedad de la enfermedad y el sufrimiento de tener cáncer, someterse a la cirugía y al estoma. Esos significados revelan la tensión que se desarrolla entre los estándares tradicionales de masculinidad y las nuevas formas de identidad provocadas por la experiencia. Conocer esos significados, bajo la perspectiva cultural, facilita la comunicación entre enfermero y paciente y permite planificar los cuidados adecuados a sus necesidades.

DESCRIPTORES: neoplasias colorrectales; enfermería; cultura; identidad de género

THE MEANING OF BEING A MAN WITH I NTESTI NAL STOMA DUE TO COLORECTAL CANCER: AN ANTHROPOLOGI CAL APPROACH TO MASCULI NITIES

This study analyzes the meanings that men with intestinal stoma attribute to their colorectal cancer experience and its treatment. The medical anthropology framework, gender identity and the ethnographic methods were used. A total of 16 men from 40 to 79 years of age, residents in Ribeirão Preto and neighboring cities, SP, Brazil participated in the study. Data collection was carried out through participant observation and semi-structured interviews. Two groups of meanings were selected through inductive data analysis: acknowledging the severity of the disease and the distress of having cancer, and being submitted to surgery and suffering from a stoma. These meanings revealed the tension that develops between traditional patterns of masculinity and the new identities resulting from the experience. The understanding of these meanings from a cultural perspective favors nurse-patient communication and enables planning of care appropriate to these patients' needs.

DESCRIPTORS: colorectal neoplasms; nursing; culture; gender identity

OS SENTI DOS DE SER HOMEM COM ESTOMA I NTESTI NAL POR CÂNCER COLORRETAL: UMA ABORDAGEM NA ANTROPOLOGI A DAS MASCULI NIDADES

O estudo teve como objetivo analisar os sentidos que homens com estoma intestinal atribuem à experiência da doença e do tratamento do câncer colorretal. Foram utilizados os referencias teóricos da antropologia médica, das masculinidades e do método etnográfico. Participaram do estudo 16 homens na faixa etária de 40 a 79 anos, moradores de Ribeirão Preto, SP, e região. A coleta dos dados foi realizada por meio de observações participantes e entrevistas semiestructuradas. Pela análise indutiva dos dados, selecionou-se dois núcleos de sentidos: o reconhecimento da gravidade da doença e o sofrimento de ter câncer, submeter-se à cirurgia e ao estoma. Esses sentidos revelam a tensão que se desenvolve entre os padrões tradicionais de masculinidade e as novas formas de identidades provocadas pela experiência. Conhecer esses sentidos, sob a perspectiva cultural, facilita a comunicação enfermeiro-paciente e permite o planejamento de cuidados adequados às suas necessidades.

DESCRITORES: neoplasias colorretais; enfermagem; cultura; identidade de gênero

¹Enfermeira, Estudante de Doutorado, e-mail: elizadazio@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Doctor en Enfermería, Profesor Doctor, e-mail: megumi@eerp.usp.br; ³Enfermeira, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, e-mail: mmfzago@eerp.usp.br.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la literatura alerta para la importancia de la salud del hombre, considerando que ellos padecen más de enfermedades de salud que las mujeres y que existe una relación entre la construcción de la masculinidad y el comprometimiento de su salud. Dada la importancia que el trabajo ocupa en la identidad del hombre, como ser un proveedor, varios problemas pueden aparecer en relación a la promoción de la salud y a la intervención en la enfermedad⁽¹⁾.

En ese panorama, el Ministerio de la Salud del país estableció, en agosto de 2008, la "Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre: Principios y Directrices", afirmando que los perjuicios a la salud del sexo masculino son problemas de salud pública, y su proposición tiene como objetivo mejorar la atención integral a la salud de la población masculina brasileña. El documento destaca que entre los indicadores de mortalidad para la población masculina nacional, en el intervalo de edad de 25 a 59 años, en 2005, los tumores ocuparon el tercer lugar, responsables por 43,2% de las muertes⁽²⁾. Según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), para 2008, eran esperados 231.860 casos nuevos de cáncer para el sexo masculino y 234.870 para el sexo femenino⁽³⁾.

Como enfermeras, docentes e investigadoras en el área de oncología, la atención de la autora de este trabajo se dirigió a la salud del hombre con cáncer colorectal (CCR). Esa neoplasia ocupa la cuarta posición entre aquellas que afectan a los hombres, siendo que la mortalidad por esta viene aumentado. Las estimativas de incidencia publicadas en 2008 apuntaron 12.490 casos nuevos de cáncer colorectal (CCR) en hombres y 14.500 en mujeres. Esas estimativas corresponden al riesgo estimado de 13 casos nuevos a cada 100 mil hombres y 15 a cada 100 mil mujeres⁽³⁾.

A pesar de los avances de la coloproctología en la prevención y diagnóstico precoz del CCR, todavía existen dificultades debido al desconocimiento de la población sobre los riesgos, al atraso o a la falta de acceso al sistema de salud y a los recursos de diagnóstico insuficientes, en nuestro país. En general, el diagnóstico de la enfermedad es realizado en etapas avanzadas del cáncer, demandando internaciones prolongadas y el apareamiento de estomas intestinales⁽⁴⁾.

Los enfermeros brasileños ya demostraron, por estudios interpretativos, que los disturbios físicos y psicosociales ocasionados por el CCR, cirugía y estoma comprometen la calidad de vida de la persona y de su familia⁽⁵⁻⁶⁾.

Frente a ese panorama, llama la atención que el proceso de rehabilitación de los pacientes, bajo la perspectiva de la masculinidad, es todavía aspecto no estudiado en la enfermería brasileña.

Buscando sanar esa omisión, el objetivo de este estudio fue analizar el significado dado a la experiencia de la enfermedad y al tratamiento del CCR por los hombres con estoma intestinal.

ABORDAJE TEÓRICO METODOLÓGICO

En este estudio, los pensamientos teórico metodológicos empleados fueron los de la antropología médica, antropología de la masculinidad y del método etnográfico.

La antropología médica considera que la cultura es un sistema simbólico con significados que expresan conocimientos, creencias, normas y valores. En esa óptica, la enfermedad precisa ser interpretada no como un proceso biológico, estático e individual, y si como un proceso que demanda interpretación y acción del medio sociocultural. Así, es necesario entender la enfermedad como una experiencia, como un proceso subjetivo. En la experiencia de una enfermedad, como el CCR, el sujeto le atribuye significados de acuerdo con el sentido común y adquiere nuevos conocimientos en el transcurso de la experiencia del tratamiento⁽⁷⁾.

Complementando, la división del mundo social en masculino y femenino, en todas las sociedades, expresa una socialización distinta. Es de ese modo que la cultura colabora para elaborar directrices implícitas y explícitas construidas en la vida en grupo, a las cuales hombres y mujeres están sometidos; son diferentes normas de emoción, cognición y práctica. Entretanto, los papeles de género no son fijos, pueden cambiar bajo la influencia de diversos procesos sociales, como en la experiencia de una enfermedad⁽⁷⁾.

Durante décadas, los estudios realizados abordaron apenas la masculinidad hegemónica que es un modelo cultural ideal y que ejerce control sobre los hombres, por la incorporación de normativas de prácticas sociales, contrastado con el abordaje del

género femenino. Frente a las críticas a ese modelo, se considera⁽⁸⁾ que existen otros estándares de masculinidad. La identificación de esos estándares posibilita comprender las variaciones de las subjetividades presentes en el proceso de enfermarse, ya que estudiar al hombre implica buscar su singularidad, en el contexto del su grupo de referencia.

Para que el proceso de la experiencia de la enfermedad pueda ser aprendida con las peculiaridades individuales, es preciso describir la etiología del problema, su fisiopatología, el curso de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento realizado, por medio de método que posibilite el contacto próximo con el enfermo⁽⁹⁾.

En correspondencia a los conceptos descritos, se seleccionó el método etnográfico para desarrollar el estudio. Ese método tiene la finalidad de producir una "descripción densa" del significado atribuido a un fenómeno, por los informantes, expresado por el lenguaje. A partir de estos significados, le cabe al investigador sintetizar los aspectos relevantes⁽¹⁰⁾.

Los criterios para la selección de los informantes fueron: residir en Ribeirao Preto o en las ciudades próximas; ser mayor de 18 años, con cualquier nivel de escolaridad; tener estoma existente por lo menos hace un mes, temporario o definitivo; estar en condiciones físicas y emocionales para participar del estudio y concordar en participar, firmando el término de consentimiento libre y esclarecido.

El estudio tuvo la participación de 16 hombres portadores de estoma intestinal por CCR, registrados en el Ambulatorio de Proctología del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo. La recolección de datos ocurrió en el período de junio a diciembre de 2007, después de aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital.

Para la recolección de datos, fueron utilizadas la entrevista semiestructurada y la observación participante, procedimientos que posibilitan la obtención de la intersubjetividad entre investigadores e investigados⁽¹⁰⁾, orientadas por las preguntas: cuénteme como su enfermedad comenzó y lo que piensa sobre ella; cómo fue su búsqueda por el tratamiento; como fue tener que hacer la cirugía; y, cómo es ser hombre con estoma.

La recolección ocurrió en el contexto hospitalario (en el ambulatorio y en la sala de consulta médica) y en el domicilio de los informantes. Las

entrevistas y observaciones realizadas en el domicilio fueron planificadas. En promedio, fueron realizadas dos entrevistas con duración promedio de 60 minutos con cada informante, para que se pudiese complementar los datos. La observación participante tuvo como objetivo identificar los comportamientos no verbales, las relaciones y las prácticas de los informantes, en sus domicilios y en los retornos médicos, cuando los hombres se relacionan con otros pacientes y con el equipo. Las informaciones sobre la enfermedad, los tratamientos realizados y la evolución de los pacientes fueron obtenidas de la ficha médica. Los datos fueron registrados en un diario de campo; después que todas las informaciones fueron obtenidas, las mismas fueron transcritas como textos.

El análisis inductivo de los datos fue realizado en las siguientes etapas: ordenación de los textos de datos de cada informante, identificación de los significados dados a la experiencia en cada texto y en su conjunto, posibilitando la identificación de categorías empíricas, considerando sus aspectos comunes y distintos. Con base en esas categorías, se constituyó la interpretación del significado dado a la experiencia, considerando el contexto sociocultural de los informantes⁽¹⁰⁾.

Entre los 16 sujetos del estudio, tres estaban en el intervalo de edad de 40 a 50 años y 13 en la de 51 a 79 años; 12 poseían estomas definitivos y cuatro provisionarios; el tiempo de existencia del estoma intestinal varió de un mes y siete años. Trece pacientes fueron acometidos por la neoplasia del recto, dos fueron acometidos por la neoplasia del sigmoide y uno por la neoplasia sincrónica de colon sigmoide y recto. Esas características confirman que el cáncer del recto es más frecuente que el de colon y más incidente en hombres, en la mayoría de las poblaciones⁽³⁾.

En relación a las características sociales se destaca: diez son casados, seis residen en Ribeirao Preto y diez en la región; once se declararon católicos no practicantes; sus profesiones son variadas, como chofer, labrador, mecánico, entre otras. Seis están jubilados, siete en licencia médica, dos desempleados y uno trabajaba. La renta financiera varió de uno a cinco salarios mínimos, vigente en la época; dos informantes están sin renta y cuatro reciben apenas un salario. Nueve poseen la enseñanza fundamental incompleta, lo que condice con las ocupaciones (antes de la enfermedad) y los salarios (o jubilaciones) reducidos. Por esas características, se considera que

la mayoría de los informantes pertenece a la clase popular, caracterizada por trabajadores de centros urbanos, que viven en condiciones financieras precarias, producto de la reducida calificación ocupacional y de la baja escolaridad y, consecuentemente, con acceso limitado a los servicios públicos, como educación y salud⁽¹¹⁾.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El reconocimiento de la gravedad de la enfermedad

Entre las señales y síntomas indicativos de problemas en el aparato intestinal, los informantes describen *diarrea*, *hemorragia*, heces delgadas y *hemorroide*, que perduraron por meses. Fueron considerados como problemas de poca gravedad, y trataron de resolverlos por medio de sus conocimientos legos, como *remedio casero*, *mucha infusiones de plantas y frutas*. En la medida que esas señales se intensificaron, impidiendo el ejercicio de la vida cotidiana, ellos reevaluaron su importancia y buscaron soluciones en el sistema médico de salud, como indican los relatos, a seguir. *Yo iba al baño, demoraba para salir (las heces), salía con aquella pelotita de sangre. Eso fue aumentando. Después de un año fui al médico. Me demoré por miedo del diagnóstico. Yo sentía dolor y defecaba fino como un gato, salía sangre. Pensé que no era nada.*

Un estudio interpretativo⁽⁶⁾ describe esas mismas creencias y prácticas, no habiendo diferencias entre hombres y mujeres. Se reconoce que los hombres demoran para procurar por los servicios de atención primaria, ya que los estereotipos de la masculinidad hegemónica hacen que el cuidado con la salud sea negligente⁽¹⁻²⁾, como presentado anteriormente.

La trayectoria para la obtención del diagnóstico médico fue un desafío para los hombres; ellos tuvieron que pasar por encaminamientos entre médicos e instituciones de salud diferentes, con plazos de espera largos, repetición de exámenes, necesidad de dejar el trabajo, falta de recursos financieros para los traslados, entre otras dificultades. Ciertamente esas dificultades son barreras institucionales para el acceso de los hombres a los servicios de salud⁽¹²⁾.

Entre todos los informantes, los exámenes de colonoscopia y de toque rectal dejaron marcas corporales y emocionales. *El examen del dedo fue el primero. Después vino el otro (colonoscopia). Ese fue pesado, en un*

lugar malo, en una posición extraña... yo sudaba y temblaba; [...] fue embarazoso. Es una cosa rara. El hombre fue creado para no tocar allá (ano); [...] sentí mucho dolor. ¡Nos hierde!

El toque rectal es realizado para detectar masas endurecidas, alteraciones en el recto y hemorragias. Por la colonoscopia el médico puede visualizar la pared intestinal y observar alguna anomalía; también posibilita la biopsia. Para el sistema profesional, esos exámenes son efectivos y de bajo costo⁽⁴⁾. Para los informantes, esos procedimientos representaron invasión de la privacidad, afectando la dignidad de ser hombre, debido a la incomodidad física y psicológica de estar siendo tocado en una región que no es de acceso a otros⁽¹³⁾.

A lo largo de la realización de los exámenes, los informantes relataron que comenzaron a pensar en la posibilidad de tener una enfermedad grave. *Solo falta él (médico) decir que estoy con cáncer.*

La revelación del diagnóstico fue una situación difícil para los informantes, provocando reacciones emocionales de sufrimiento, angustia y percepción de fragilidad. *Él (médico) solo dijo que yo tenía que hacer una cirugía urgente. Yo esperaba que la bolsa fuese solo por dos o tres meses. Ahora él dijo que es para el resto de la vida. ¡Fue difícil! Yo soy fuerte, no me caigo fácilmente con enfermedades. Sin embargo fui afectado... ¡un susto grande!*

Con el diagnóstico, la enfermedad pasa a tener un nombre - cáncer - y el paciente sufre una ruptura en su biografía de vida, su identidad es alterada, es un portador de cáncer. En el imaginario de las personas, independientemente del género y de la clase social, las representaciones del cáncer son de enfermedad fatal, que causa sufrimiento y limitaciones⁽⁵⁻⁶⁾. De ese modo, los hombres se sienten vulnerables, frágiles, reconocen que no correspondieron al estándar de masculinidad socialmente establecido, se sienten marginalizados y subordinados a los conocimientos y prácticas del modelo médico^(8,13).

El sufrimiento de tener cáncer, se someter a la cirugía y a la adaptación de un estoma

La revelación del diagnóstico inicia un proceso de cuestionamientos, entre ellos el porqué de la enfermedad en esa etapa de la vida. Entre las diferentes estrategias empleadas, los hombres recuerdan situaciones familiares de cáncer. *Una mujer más joven que yo lo tenía en el intestino y no hubo forma, ya se*

fue; perdí un primo que se operó y volvió (la enfermedad). La concepción de fatalidad fue común. [...] todo el tiempo oyendo y viendo: el cáncer no tiene cura; es una enfermedad difícil; yo pensé que no tenía cura. En la convivencia con el contexto de la salud, ellos fueron descubriendo las causas médicas de la enfermedad y las relacionaron con la vida pasada, con los hábitos alimentares y con el consumo de bebidas alcohólicas. *Comía mucha carne roja, chorizo. Nunca me gustaron las verduras y frutas, demostrando desconocimiento de sus riesgos para la enfermedad.*

Para algunos, las creencias religiosas fueron relatadas como causas para *la enfermedad*, en una perspectiva en la dimensión de la vida profana. *Yo nunca tuve nada. Él (Dios) dijo: déjame darte un castigo. Tienes que sufrir un poco.*

La vida difícil de trabajador y la exposición a fenómenos de la naturaleza también dieron sentido al origen de la enfermedad. *Yo fui una persona sufrida desde la infancia. Yo pienso que fue la vida sufrida de cortar caña, ser transportando en pésimas condiciones, recolectar algodón, sufrir frío y polvo.*

Se aprendió que existen generalizaciones en los diferentes grupos sociales occidentales, al emplearse asociaciones entre los diversos elementos de la vida humana^(5-6,11). Entre los informantes existen un destaque para las condiciones precarias de trabajo, de acuerdo con la condición de la clase popular.

Con el reconocimiento de la gravedad del CCR, los hombres se subordinaron a las terapéuticas médicas de la cirugía y confección de la colostomía, ya que, *es la vida que está en juego*. Sin embargo, necesitar de la colostomía, temporaria o definitiva, fue un momento de indecisión y sufrimiento. Algunos la aceptaron con resignación. *[...] tiene que aceptar, ¡que se puede hacer!; Quedé totalmente deprimido. ¡Fue difícil ese asunto!* Otros inicialmente se recusaron, sin embargo acabaron concordando. *Me quedé triste, después me conformé. Sucedió, entonces, tiene que aceptar e ir hacia adelante.*

En el proceso de dar sentido a la amenaza a la vida y tener el cuerpo alterado, los conocimientos, valores y creencias fueron reconsiderados. Se comprende que ese período fue marcado por el sentido de rompimiento con la invencibilidad masculina, provocando la ruptura con los dogmas entre masculinidad y poder, marcados por las imágenes de ser fuerte y tener el cuerpo resistente. Así, el poder masculino también repercute en su experiencia con el CCR, llevándolo a un proceso de

resignación con la situación, lógica cultural característica de miembros de la clase popular brasileña^(5,11).

La agilidad para someterse al tratamiento está relacionada a los valores de la vida y como la vida se presenta. En la condición de tener CCR, la agilidad es una perspectiva de esperanza en los resultados terapéuticos, no significando la obtención de la cura, más bien la interrupción de los síntomas y de la posibilidad de retomar el control del cuerpo y de la vida⁽¹⁴⁾.

La reacción inicial a la visualización del estoma y la constatación de la pérdida del control del esfínter fueron dramáticas. *Cuando desperté vi aquella bolsita al lado... ¡Caramba! Fue un poco chocante, ¡horrible! Fue horripilante mirar aquel pedazo de intestino. Un pedazo de mí que está afuera...*

Los recuerdos de la visualización de la transformación del cuerpo por la colostomía fueron expresadas por emociones de llanto y tristeza, demostrando que el hombre también llora, sin embargo ese comportamiento es privado, no público. La expresión de esas emociones contiene una masculinidad de complicidad con el investigador que, a su vez, tiene que respetarla.

El cuerpo es la base existencial del ser humano y de la cultura. En el sentido común, los valores sociales atribuidos al cuerpo son fruto de discursos e intereses que generan atributos personales y colectivos de lo que es ser un hombre⁽¹⁵⁾. Se considera que el simbolismo dado a la colostomía modela el cuerpo transformado, generando conflictos debido a la pérdida del control de la vida anterior, repercutiendo en los significados hegemónicos de masculinidad.

Con el pasar del tiempo, la visualización del estoma ya no es tan asustadora, sin embargo los informantes reconocen que su cuidado diario requiere cambios en varios aspectos de la vida y lleva a sufrir embarazos. *[...] cuando levanté la bolsa se soltó. Tuve que correr para el baño a lavar. Otro día fui a un cumpleaños de un niño y en ese momento comenzaron los gases. Todos se quedaron mirándome; Cambió el hábito de alimentarme, las frecuencias de ir al baño, de la higiene. Para salir de casa es un poco incomodo, soltar gases, salen ruidos.*

Todos los informantes aprendieron el auto cuidado con la colostomía. Si al principio había la dependencia del cuidador, con el tiempo todos adquirieron confianza y esa es una etapa vencida. *Yo mismo recorto, lavo y recoloco.*

Aprender a convivir con los cambios del sistema intestinal y con la colostomía fueron procesos que demandaron recursos internos y externos de los hombres, que los aproximaron de las características relacionadas al género femenino: sensibilidad, cuidado, dependencia y fragilidad⁽¹²⁾.

Después de la superación de esa etapa, la búsqueda por el retorno del control de la vida es difícil, ya que existe aprehensión con la actividad sexual. *Somos menos hombre. Se vuelve más débil... Quedamos sin deseo. Yo tengo deseo, sin embargo sin erección.*

Estudiosos de la sexualidad demostraron que la edad avanzada y la enfermedad no implican automáticamente en el fin de la vida sexual. Para esos hombres, la sexualidad está relacionada a los genitales, o sea, a la actividad real y física del acto sexual, valor característico de la masculinidad hegemónica de la clase popular, independiente del intervalo de edad⁽⁸⁾.

Otra dificultad relatada fue la imposibilidad de retomar el trabajo, principalmente entre los siete hombres con licencia médica y los dos desempleados. *Yo me siento amarrado... depender de los otros. La vida de antes acabó. Como hombre, yo me percibo un fracaso. Es una decepción. Mi preocupación es sustentar mi familia. Todavía no conseguí el auxilio de enfermedad.*

En el contexto de la clase popular, el trabajo es un marco de referencia para la construcción de la identidad masculina. Es reconocido como un valor moral, que sustenta la honra del proveedor de la familia y ofrece realización personal^(5,11). No poder trabajar debido a la enfermedad lleva a privaciones y dependencia financiera, considerándose un fardo para la familia, percibiéndose como un hombre marginalizado.

Las creencias mágico religiosas, la familia y los amigos forman la red de apoyo para amparar el descontrol de la vida, posibilitando que haya complicidad entre todos, para lidiar con los problemas y sus soluciones, haciendo que las percepciones de marginalidad queden dentro del contexto privado.

En el contexto de la experiencia de la enfermedad grave, la temporalidad de la vida es un aspecto importante y posibilita el recomienzo de su control. *Hoy yo ya estoy acostumbrado. Es todo normal, estoy recuperándome despacito.*

Comprende que *acostumbrarse con la colostomía* y sentirse *normal* son imágenes que la persona construye sobre el cuerpo alterado, posibilitando el cruzamiento del pasado con el presente⁽¹⁵⁾. Por la imagen corporal

transformada, el individuo se proyecta en el medio social, en la expresión de las emociones y de sus papeles sociales. Así, retomar la normalidad es un objetivo deseado para obtener sentido de control sobre las normas sociales.

Lo que llamó la atención en las narrativas de los informantes, en la retomada de la normalidad, fue la concepción simbólica de honra que rige las expectativas y actuaciones de los hombres en el hogar y en la vida social, norma de la masculinidad hegemónica. *Ser hombre es ser una persona que cumple sus obligaciones, en la calidad de padre y marido. De ser un marco dentro de la casa y en el trabajo.*

Se comprende que, para el hombre de la clase popular, sobreviviente del CCR con colostomía, colocaron su *vida en juego*, imponiendo nuevos estándares de masculinidad como el de subordinación, complicidad y marginalización⁽⁸⁾, con el pasar del tiempo, asume la expectativa de retomar el ideal de su posición dominante, hegemónica, para tener el sentimiento de reintegración en el mundo social.

Con el análisis de esos significados, se considera que la enfermería tiene un papel crucial en el reconocimiento de las subjetividades masculinas de los hombres acometidos por el CCR, con colostomía temporaria o definitiva, construidas en el convivio sociocultural. Es preciso estar atento a la reacción de los clientes, cuando viene de forma diferente un mismo evento de enfermedad y de tratamiento, buscando preservar sus identidades. Así, las necesidades específicas de apoyo en el cuidado de los hombres imponen una base de reflexión para que los profesionales programen sus acciones de intervención, en el proceso de rehabilitación al portador de cáncer, en todos los niveles de atención a la salud y, de esa forma, se podrá incorporar las directrices de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (MS) en el cuidado de hombres portadores de CCR.

CONSIDERACIONES FINALES

Con el objetivo de analizar el significado dado a la experiencia del CCR y del estoma, entre hombres de la clase popular, por medio del abordaje teórico de la antropología médica, de la masculinidad y del método etnográfico, se aprendió que en ese proceso los estándares de masculinidad se alteran, asociando normas de subordinación, complicidad y

marginalización. Entretanto, con la temporalidad de la experiencia, con la sobrevivencia a los problemas, las normas de la masculinidad hegemónica vuelven a predominar, para que el hombre pueda volver a sentirse perteneciente a su grupo social.

Los significados analizados contribuyen para la reflexión de los profesionales de salud, principalmente del enfermero, para realizar sus acciones de apoyo y cuidado a ese grupo de clientes, que tienen necesidades específicas.

REFERENCIAS

1. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública* 2006 maio; 22(5):901-11.
2. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2007.
4. Habr-Gama AA. Câncer colorretal: a importância de sua prevenção [Editorial]. *Arq. Gastroenterol.* 2005; (42):1.
5. Dázio EMR. O significado do estoma intestinal entre homens: um estudo etnográfico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2008.
6. Maruyama SAT, Zago MMF. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Rev Latino-am enfermagem* 2005 mar-abr; 13(2):216-22.
7. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
8. Connell R. *Masculinities*. Berkeley(USA): University of California Press; 1995.
9. Langdon EJ. *Cultura e processos de saúde e doença*. In: Jeolás LS, Oliveira M, organizadoras. *Anais do seminário sobre cultura, saúde e doença*. Londrina (PR): Editora Focruz; 2003. p. 91-105.
10. Crang M, Cook I. *Doing ethnographies*. London: Sage Publications; 2007.
11. Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. *Rev Latino-am enfermagem* 2008 mar-abr; 16(2):252-9.
12. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* 2005 jan-mar; 10(1):7-17.
13. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(3):825-9.
14. Thomé B, Esbensen BA, Dykes AK, Hallberg IR. The meaning of having to live with cancer in old age. *European Journal of Cancer Care* Dec 2004; 13(5):399-408.
15. Ferreira FR. *Os sentidos do corpo: cirurgias estéticas, discurso médico e Saúde Pública* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2006.