

## CONCEPÇÕES SOBRE GÊNERO E FORMAÇÃO NO CAMPO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

### *CONCEPCIONES SOBRE GÉNERO Y FORMACIÓN EN EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA DE SALUD*

### *GENDER CONCEPTIONS AND PROFESSIONAL TRAINING IN THE FIELD OF HEALTH PSYCHOLOGY*

Florêncio Mariano da COSTA-JÚNIOR<sup>1</sup>  
Bettina dos Santos ALMEIDA<sup>2</sup>  
Rinaldo CORRER<sup>3</sup>

**RESUMO:** A reflexão sobre o gênero na atuação profissional e no ensino dos cursos de graduação contribuem significativamente para pensar novas formas de instrumentalizar práticas. Modelos de masculinidades e feminilidades mantêm e são mantidos por discursos sexistas em diferentes cenários, incluindo o contexto da saúde. A noção de uma predisposição feminina a distúrbios físicos e emocionais, baseada em padrões sociais de fragilidade, culminou na criação de especialidades em saúde que visam a prevenir o adoecimento. O masculino, permeado por noções de resistência e força, se tornou sinônimo de corpo saudável, ratificando a dominação masculina e o papel político e econômico dos homens, influenciando o distanciamento dos homens nos cuidados com saúde. Este estudo investigou as concepções de 05 psicólogas atuantes no contexto hospitalar e ambulatorial sobre relações de gênero e saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo. Os dados ratificam outros achados de pesquisas no campo da saúde ao indicar o processo de generificação de práticas em saúde e seus possíveis desdobramentos no atendimento prestado. Os resultados obtidos poderão contribuir para a discussão da assistência psicológica prestada e as relações de gênero, bem como contribuir para uma formação que aborde as questões de gênero de forma interdisciplinar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gênero. Saúde. Ensino. Psicologia.

**RESUMEN:** *La reflexión sobre género en la actuación profesional y en la enseñanza de las carreras de grado contribuye significativamente para pensar nuevas formas de instrumentalizar prácticas. Modelos de masculinidades y femineidades se mantienen por*

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista (UNESP). Araraquara - SP - Brasil. Docente del Programa de Posgrado en Educación Sexual. Maestro en la Facultades Integradas de Bauru. ORCID: <<http://orcid.org/0000-0003-4155-589X>>. Correo: [mcostajunior@gmail.com](mailto:mcostajunior@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Estadual Paulista (UNESP). Bauru - SP - Brasil. Alumno en el Programa de Posgrado en Psicología del Desarrollo y Aprendizaje. ORCID: <<http://orcid.org/0000-0001-8624-0336>>. Correo: [bettina.salmeida@gmail.com](mailto:bettina.salmeida@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Estadual Paulista (UNESP). Araraquara - SP - Brasil. Docente del Programa de Posgrado en Educación Sexual. Maestro en la Facultades Integradas de Bauru. ORCID: <<http://orcid.org/0000-0002-8314-1647>>. Correo: [correr.rinaldo@gmail.com](mailto:correr.rinaldo@gmail.com)

*discursos sexistas en distintos escenarios, incluyendo el contexto de salud. La noción de una predisposición femenina a disturbios físicos y emocionales, basada en patrones sociales de fragilidad, culminó en la creación de especialidades en salud que visan a prevenir enfermedades. El masculino, permeado por nociones de resistencia y fuerza, se volvió sinónimo de cuerpo saludable, ratificando la denominación masculina y el papel político y económico de los hombres, influenciando el alejamiento de los hombres en los ciudadanos con salud. Este estudio investigó las concepciones de 05 psicólogas actuantes en el contexto hospitalario y ambulatorio sobre relaciones de género y salud, por medio de entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido. Los datos ratifican otros hallazgos de investigaciones en el campo de la salud al señalar el proceso de generificación de prácticas en salud y sus posibles desdoblamientos en la atención prestada. Los resultados obtenidos podrán contribuir para la discusión de la asistencia psicológica prestada y las relaciones de género, así como contribuir para una formación que aborde las cuestiones de género de forma interdisciplinaria.*

**PALABRAS CLAVE:** Género. Salud. Enseñanza. Psicología.

**ABSTRACT:** *The Reflection about gender in both professional performance and teaching of the graduate courses significantly contributes to thinking new ways of instrumentalizing practices. Masculinity and femininity models keep and are kept by sexist speeches in different settings, including the health context. The notion of a female predisposition to physical and emotional disorders, based on social patterns of frailty, culminated in the creation of health specialties aimed at preventing such illness. The male, permeated by notions of resistance and strength, has become a synonymous of healthy body, reaffirming the male dominance and the political and economic role of men, influencing their distancing from the cares with health. This study investigated the concepts of 05 active psychologists in hospital and outpatient contexts about gender and health relations through semi-structured interviews and content analysis. The data confirm other research findings in the health field by indicating the gendering process of the health practices and its possible effects in the care provided. The results may contribute to the discussion of the psychological care provided and the gender relations and contribute to a training addressing gender issues in an interdisciplinary way.*

**KEYWORDS:** Gender. Health. Health psychologists. Teaching of psychology.

## Introducción

A lo largo de la historia, las diferencias entre hombres y mujeres despertaron intereses de la ciencia y de la sociedad. Durante décadas el discurso del sentido común, muchas veces respaldado por la ciencia, subrayó la diferencia entre los géneros, reforzando la dominación masculina y poniendo las mujeres en un nivel intelectual, psicológico y físico inferior a los hombres (KRIEGER; FEE, 1994; ROHDEN, 2003). La noción de género y las configuraciones sobre el masculino y el femenino no determinan solo las actitudes y los comportamientos interpersonales a adoptarse, a partir de aquellos esperados socialmente, pero

también influyen la forma como los individuos deben percibir y lidiar con sus cuerpos (CONNEL, 1995; DOYAL, 2001; KORIN, 2001). Según Rohden (2002), la mujer es tratada en el discurso biomédico como eminentemente exclusiva a la función sexual/reproductiva y, con base en esta visión biológica, han sido definidos los papeles sociales – sus características anatómicas y fisiológicas las destinaban a la maternidad y a los contextos domésticos y privados. Diferentemente del hombre, la mujer se afectara más con los cambios de la pubertad, embarazo y menopausia, pues estaría gobernada por su fisiología (ROHDEN, 2002; 2003). En el siglo XIX, la idea de que el desarrollo de una sociedad saludable del monitoreo corporal y psicológico de las mujeres constituye las bases para las ciencias médicas, incluyendo la ginecología moderna: la medicina de la mujer (ROHDEN, 2003). La noción de que las mujeres eran más sensibles a las enfermedades y psicológicamente inestables estableció la necesidad de una especialidad para garantizar que la fragilidad innata femenina y su vulnerabilidad no conllevaran daños a la reproducción. A lo largo de la historia, las sociedades impusieron criterios rígidos de comportamiento para las comprensiones y el manejo sobre el cuerpo femenino. En este ámbito, las características que no correspondiesen al que estaba prescripto llevaron muchas mujeres a ser marginalizadas frente a la sociedad debido a sus prácticas sexuales o ideológicas (ROHDEN, 2002; 2003). Toda esta coyuntura produjo marginalización y discriminación social, y la búsqueda de conductas adaptativas frente a tales prescripciones se vuelve una exigencia para las mujeres, siendo tal discurso todavía reproducido en la enseñanza de ciencias de la salud que reproducen concepciones anticuadas acerca del género.

Caracterizando como patrón de salud, el masculino permaneció afuera de la mirada de las ciencias de la salud, lo que quizás haya contribuido para que la exposición corporal y el cuidado con su salud sean más difíciles para los hombres. Culturalmente el cuerpo masculino todavía se ve como un cuerpo designado al trabajo y a la promoción del desarrollo social. La idea de cuerpo fuerte, viril y resistente permea la concepción de masculino en la sociedad actual (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Mientras que el campo de la salud atribuía al femenino diferentes tipos de vulnerabilidad, al masculino le atribuía la noción de resistencia y estabilidad todavía vigora (GOMES, 2003; KORIN, 2001; ROHDEN, 2003). Los estudios contemporáneos afirman que el género es un factor altamente influyente en la caracterización de los patrones de morbo-mortalidad. En la construcción de género, muchos hombres asumen riesgos que interfieren en sus condiciones de salud y las mujeres, por veces, aceptan tensiones impuestas sobre su cuerpo (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007;

COSTA-JUNIOR, COUTO; MAIA, 2016; FERRAZ; KRAICZYK, 2017). Además de eso, hay una disposición más grande de servicios y de programas de salud direccionados al público femenino, tanto para la atención médica cuanto para la realización de exámenes preventivos. Los hombres, en general, recurren a farmacias o puestos de primeros auxilios (BRAZ, 2005) y relatan no sentirse acogidos en los servicios de salud disponibles (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Según Fagundes *et al.* (2009), cabe a la psicología en la calidad de compromiso social con la categoría, la sociedad y los derechos humanos, no permitir que este campo de estudio y práctica sea utilizado para sostener las relaciones de desigualdad basadas en el sexo. Deberá de modo contrario, promocionar discursos alternativos que cuestionen el discurso dominante opresivo, identificando y desconstruyendo estructuras sociales y prácticas personales y profesionales que sostengan el sexismo y funcionan como instrumentos de control social.

La Psicología de la salud involucra la consideración del contexto social y cultural en el cual la salud y la enfermedad ocurren, teniendo en cuenta que la salud depende no solo de los comportamientos y estilo de vida individual, sino también de influencias sociales y comunitarias, condiciones de vida y de trabajo, influencias culturales y ambientales. Teixeira y Correa (2002) aconsejan que en lo que respecta a las influencias de género, el objetivo principal de la investigación en Psicología en el campo de salud debe ser el de identificar cuáles son los mediadores psicológicos de la influencia del género en la salud. Aunque la Psicología haya sido un campo de producción de los estudios sobre género y sexualidad, los estudios de Nuernberg (2005) y Machado, Barreto y Grossi (2014) discuten cuanto son restrictos los contextos de enseñanza en Psicología que consideran las cuestiones de género en la formación en Psicología. Las investigaciones en el campo de la salud deben basarse en los diferentes conceptos de salud y enfermedad y en las diferentes formas de proteger la salud, dando visibilidad a variadas formas de lidiar con el proceso salud-enfermedad. Considerando tal papel, la educación en salud debe considerar el género como un constructo fundante para conocer las particularidades de hombres y mujeres y así proponer sus intervenciones. La producción científica relacionada a la enseñanza de la categoría género en la formación en Psicología, a partir de estudios empíricos, todavía es escasa, principalmente investigando este tema entre los profesionales de psicología de salud que tiene contacto directo con mujeres y hombres en la atención preventiva y terapéutica. En este sentido, estudiar lo que relatan tales profesionales sobre cómo hombre y mujeres se comprometen con los cuidados con la salud, así como la atención que les son prestados, nos parece una cuestión fundamental que podría

producir conocimientos más amplios sobre el tema y contribuir para futuras propuestas curriculares que incluyan el género sexualidad en los cursos de formación en Psicología.

## Método

Este estudio se clasifica como una investigación de naturaleza cualitativa y descriptiva (GOMES, 2008; MINAYO, 2006). Participaron del estudio 05 psicólogas que actúan en servicios de atención a la salud en un municipio del interior paulista. Todas las participantes cursaron la graduación en Universidades particulares, trabajan en el área de la salud hace más de 2 años, y estaban en contacto directo y cotidiano con la atención de hombres y mujeres, frente a cuestiones de diagnóstico tratamiento y acompañamiento de salud/enfermedad. El delineamiento de la investigación consideró la participación de psicólogos en el sentido de diversificar la muestra de pacientes con relación al sexo y al género, sin embargo no fue posible viabilizar la participación de un Psicólogo, pues en el hospital del municipio no había hombres que actuaran en el área.

A continuación está presentado el Cuadro 1, que caracteriza las participantes de la investigación.

**Cuadro 1 - Presentación de las Participantes de la Investigación**

* P	Edad (años)	Actuación n (años)	Actuación Profesional (área)	Naturaleza del servicio que trabaja (local)	(sector)
P1	28	3	Hospitalario	Ambulatório de Especialidades	Público
P2	28	3	Neuropsicología/Hospitalario	Servicio de Atención hospitalar	Público
P3	27	2	Hospitalario	Servicio de Atención hospitalar	Público
P4	31	3	Hospitalario	Servicio de Atención hospitalar	Privado
P5	32	5	Hospitalario	Servicio de Atención hospitalar	Privado

Fuente: Elaboración propia.

\* Participantes del estudio codificados para garantizar el anonimato

Para la producción de los datos empíricos se utilizó un guía de entrevista semiestructurada, previamente elaborado por los autores y testado en situación piloto. El guía de entrevista ha sido organizado en tres bloques temáticos. El Bloque 1 – “Concepciones del masculino y femenino” investigó cómo las profesionales comprenden cuestiones de Género, o sea, nociones sociales sobre el masculino y el femenino. El Bloque 2 – “Género y Comportamientos de cuidados con la salud” buscó identificar las ideas, teorías o hipótesis que las testimonios tienen sobre la influencia del género con relación a la prevención, a los

cuidados con la salud y con el tratamiento de la enfermedad. Por fin, el Bloque 3 – “Formación y práctica profesional en el área de la salud y cuestiones de género” tuvo la finalidad de recolectar informaciones sobre la práctica profesional relacionada con las demandas masculinas y femeninas de sus clientes/pacientes. En este bloque, la práctica profesional y la formación académica han sido destacadas en pos de conocer si las concepciones de los participantes podrían basarse en discusiones sobre Género obtenidas en sus respectivos cursos de formación.

La selección de las participantes sucedió por medio de la muestra por conveniencia utilizando la técnica “bola de nieve” (FERNANDES; CARVALHO, 2000). Para la realización de las entrevistas, las profesionales han sido contactadas, informadas de los objetivos de la investigación e invitadas para la participación en el estudio. Las entrevistas han sido programadas y realizadas en local y horario convenientes a las participantes, garantizando privacidad y ambiente adecuado para la entrevista. Todos los procedimientos éticos en investigación con seres humanos han sido atendidos y el proyecto de la investigación recibió parecer favorable del Consejo de Ética en Investigación local (parecer 075/12). Todas las entrevistas han sido realizadas en las dependencias del propio servicio de salud. Tales entrevistas han sido grabadas y transcritas en la íntegra y analizadas tal como propone Bardin (1979).

## **Resultados y discusión**

El análisis de los datos posibilitó que las concepciones, ideas y puntos de vista de las participantes fuesen agrupados en categorías de análisis correspondientes y los datos analizados serán presentados a continuación. Las categorías que emergieron en los informes están presentadas a seguir y elucidadas con citas de trechos de los informes de las participantes.

### **Género como una diferenciación entre los atributos de femineidad y masculinidad**

Las entrevistadas PI, P2, P4 y la P5 relataron el género como algo que va más allá de la sexualidad, pero que es un producto de los atributos de masculinidad y femineidad:

*Para mí no es necesariamente relacionado a la sexualidad. Es el ser, es la femineidad y la masculinidad, términos de manera de ser, de gusto, de afinidad (P1).*

*Sexo está más relacionado al biológico y género mucho más con relación a la concepción del sujeto sobre sí y su propia identidad si masculino o femenino (P2).<sup>4</sup>*

Ya P3 remete a la noción de género como vinculado al campo de la diferencia sexual y de la sexualidad.

*¿Si yo entiendo? Buena pregunta, [risas], dejame pensar, no? Este [silencio, suspiro], lo que yo entiendo de género? A ver, [risas], la diferenciación de sexualidad, entonces es, creo que pueda ser eso, diferenciación de sexualidad.<sup>5</sup>*

Retomando el concepto definido por Scott (1998), en el cual género es la organización social para la diferencia sexual. Género es la categorización de personas, artefactos, eventos, secuencias y todo lo que dibuja el cuerpo y las dimensiones sociales basadas en sus atributos (KOFES, 1992). En este sentido, aunque tratándose de profesionales de la Psicología, los relatos todavía traen un sesgo reduccionista sobre el género, una vez que lo relacionan al campo de los atributos de género y a la sexualidad, olvidando las demás dimensiones relacionales y de poder del género. Sin embargo, las concepciones acerca de lo que es género presentan una mayor amplitud y complejidad cuando comparamos con los entrevistados del estudio de Costa-Júnio (2010), que entrevistó médicos/as y enfermeros/as. Para las profesionales de Psicología entrevistadas, el género no se delimitaría al sexo biológico y esto parece ser un gran diferencial que puede capacitar más esta área de la ciencia para pensar, discutir y atender a las demandas relativas a la construcción social del género y su impacto sobre la salud psicológica.

La concepción relacionada al género remonta a la interpretación de los atributos de femineidad y masculinidad como conjunto de características de mujeres u hombres. En este aspecto se hace necesario desnaturalizar los elementos que socialmente definen el femenino y el masculino. Para Afonso (2007), en el nivel sociológico, masculino y femenino, masculinidad y no son solo datos de la naturaleza, sino un trabajo de la cultura sobre estos datos. Por lo tanto son entidades reales, simbólicas e imaginarias que coadunan en la formación de las subjetividades de los individuos que habitan y son socializados en un

<sup>4</sup> Para mim não é necessariamente relacionado à sexualidade. É o ser, é a feminilidade e a masculinidade, termos de jeito de ser, de gosto, de afinidade (P1).

Sexo esta mais relacionado ao biológico e gênero muito mais com relação à concepção do sujeito sobre si e sua própria identidade se masculino ou feminino (P2).

<sup>5</sup> É, eu entendo? Boa pergunta, [risos], bom deixa eu pensar né? É, [silêncio, suspiro], o que eu entendo de gênero? É, pera ae, [risos], a diferenciação de sexualidade, então, é, acho que seria isso, diferenciação de sexualidade.

determinado contexto cultural. Los atributos tenidos como típicamente masculinos y típicamente femeninos, los cuales podemos denominar respectivamente de atributos de masculinidades o femineidades, hacen parte de la construcción social del género y de las relaciones de poder involucradas y son papeles o conductas, esperadas socialmente acorde con el sexo biológico. Pueden, por lo tanto, restringir la amplia gama de posibilidades las cuales los individuos potencialmente poseen. Las diferencias sexuales cambian en las diferentes culturas y podrían ser llamadas de papeles de género y es interesante pensar cómo tales diferencias construyen las supuestas diferencias psíquicas (CECCARELLI, 1999).

Según Ceccerelli (1999), el sentimiento que se tradujo por “yo soy masculino” o “yo soy femenina”, que respecta a la masculinidad y a la feminidad, es resultado de investimentos e identificaciones, en un cuerpo soporte de representaciones, marcando así sus funciones y sus deseos. Aún para este autor, masculinidad y feminidad son adquiridas y eso independientemente del sexo anatómico. De este modo no es por ser anatómicamente del sexo femenino que el niño se posicionará necesariamente como niña, identificándose “naturalmente” con las prerrogativas femeninas (CECCARELLI, 1999).

### **Características y atributos comportamentales según el sexo**

En esta categoría agrupamos las concepciones que abordan el femenino y la feminidad y el masculino y la masculinidad como conjunto de estereotipos que definen la mujer y el hombre en términos de papeles sociales y atributos. Las participantes definieron la delicadeza, la sensibilidad, la maternidad, la capacidad de hacer muchas actividades al mismo tiempo, la atención y al cuidado de sí y del próximo, como atributos propios de la mujer. Como podemos ver en los relatos:

*El femenino es aquel que logra hacer muchas cosas al mismo tiempo, es lo que tiene una gracia en eso todo, además de eso, la concepción del femenino tiene mucho que ver con la maternidad, con el hecho de cuidar, con el cuidado. (P2)<sup>6</sup>*

*Lo que yo puedo hablar de femenino es la sensibilidad, una persona así que se ve con mucha emoción. (P5)<sup>7</sup>*

Para Rohden (2001), las características femeninas reflejan la misión pasiva que la naturaliza reservada de la mujer, además de una predisposición a la maternidad. En el siglo

---

<sup>6</sup> O feminino é aquele que consegue fazer várias coisas ao mesmo tempo, é que tem uma graça nisto tudo, além disso, a concepção de feminino tem muito a ver com a maternagem, com o cuidar, o cuidado. (P2)

<sup>7</sup> O que eu posso falar de feminino é mais sensibilidade, uma pessoa assim que a gente vê muito mais emoção. (P5).

XIX, la mujer empieza a adquirir mayor importancia médico-social, sobretudo en función de los problemas relacionados a la maternidad, a la lactación, a la masturbación (ROHDEN, 2001).

El masculino es visto como papeles que respectan a los hombres y como objetividad, fuerza y rigidez. Como se puede analizar en los relatos:

*La masculinidad no es algo ríspido, pero no tan delicado cuanto al femenino. Sería más un instinto proveedor, de lo que el femenino. (P1)<sup>8</sup>*

*El masculino, desde el punto de vista cultural, yo creo que él caracteriza fuerza, pilar. El masculino es un poco más objetivo, un poco más focal es algunas cosas, quizás un poco más racional. (P2)<sup>9</sup>*

*El hombre tiene un poco más de workaholic de lo que el trabajo, relacionado al masculino, que dice tener que sustentar la familia.(P2)<sup>10</sup>*

Entonces sería el masculino y la masculinidad un conjunto de estereotipos que definen el hombre. Muchos autores describen que históricamente el cuerpo masculino fue concebido en el campo de la ciencia y del sentido común como superior al femenino (ROHDEN, 2001) y, según Connell (1995), la masculinidad puede ser comprendida como una configuración de práctica alrededor de la posición de los hombres en la estructura de las relaciones de género. Aún para este autor, la dominación masculina y la subordinación femenina constituyen el principal eje de poder en el orden de género en las sociedades occidentales. Socialmente el hombre es visto como autoridad en el lar, autónomo y libre frente a otros hombres, es fuerte y corajoso, no pudiendo expresar emociones, es el proveedor del lar, y es heterosexual. Aunque en el campo de las relaciones concretas el hombre no presente tales atributos, hay un modelo hegemónico de masculinidad tenido como parámetro y actúa como nivelador de lo que se define como masculino y masculinidad. Aunque su realidad no sea esta, el hombre que ocupa posiciones subalternas y subordinadas de masculinidad se esfuerza al máximo para lograr y ratificar la masculinidad hegemónica, reproduciendo tales patrones en sus interacciones con la sociedad (FIGUEIREDO, 2008; CONNELL, 1995).

Para Lamas (2007), las diferencias anatómicas son una simbolización cultural que se forman en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones culturales que

<sup>8</sup> A masculinidade não é uma coisa ríspida, mas não tão delicado quanto ao feminino. Seria mais um instinto provedor, do que o feminino. (P1)

<sup>9</sup> O masculino, do ponto de vista cultural, eu acho que ele caracteriza força, pilar. O masculino ele um pouco é mais objetivo, um pouco mais focal em algumas coisas, talvez um pouco mais racional. (P2)

<sup>10</sup> O homem tem um pouco mais de workaholic do que é aquela coisa do trabalho e tal, relacionado ao masculino, que diz ter que sustentar a família. (P2)

influncian y determinan el comportamiento. Aun para Lamas (2007), hombres y mujeres son iguales como seres humanos, y hay solo dos áreas donde hay una diferenciación, la de la sexualidad y de la procreación, y para él el cuerpo, es la única evidencia incontestable de la diferencia entre el hombre y la mujer.

### **Contextos productores y reproductores de los atributos de masculinidades y feminidades**

Esta categoría se refiere a los contextos sociales que desde el punto de vista de las entrevistas construyen formas y expresiones de lo que es ser hombre o mujer. Cuando cuestionadas sobre los factores que produjeron estos diferentes atributos, las participantes señalaron la cultura como un factor decisivo para su aprendizaje y manutención. La condición cultural se refiere a la manera que el femenino es visto culturalmente, como sensibilidad, fragilidad y belleza.

*Está muy implicado a una condición cultural, yo podría decir que el femenino caracteriza la sensibilidad, belleza, pero sinceramente, personalmente, no creo que tiene nada de eso en femenino, yo atribuyera características como multifacético. (P2)<sup>11</sup>*

*Además de las cuestiones biológicas de órgano, de órganos sexuales, es, creo que representa todo el papel social que es del femenino, ah, es la cuestión que se aprende, los papeles [...] El tema que se aprende desde las cosas que a las niñas les gustan, desde los papeles dentro de la familia. (P3)<sup>12</sup>*

Para ellas los atributos son construidos socialmente, desde el niño hasta el adulto, tanto hombre como mujer. Como condición cultural, tenemos los factores socioculturales que promueven el aprendizaje de ser hombre y ser mujer. Según Negreiros y Feres-Carneiros (2004), no hay un contenido universal para los papeles de género, ya que son construcciones históricas, sociales y culturales. En los días actuales, es importante, tanto para el hombre cuanto para la mujer, mantener su status, para que su identidad sea probada socialmente.

Dentro de esta categoría, encontramos las características sociales del masculino y del femenino. Costa-Junior (2010) subraya la percepción de profesionales de salud sobre la represión social que impone normas comportamentales en función del género. Bandura

---

<sup>11</sup>Está muito implicado à uma condição cultural, eu poderia dizer que o feminino caracteriza a sensibilidade, fragilidade, beleza, mas sinceramente, pessoalmente, não acho que tem nada disso em feminino, eu atribuiria características como multifacetado. (P2)

<sup>12</sup> Além das questões biológicas de órgão, de órgãos sexuais, é, acho que representa todo papel social que é do feminino, ah, é a questão que a gente aprende, os papéis [...] A questão que a gente aprende desde as coisas que a menina gosta, desde os papéis dentro da família. (P3)

(1971), Biaggio (1976) y Kohlberg (1966) estudiaron aspectos variados cuanto al aprendizaje de papeles masculino y femenino, y para ellos las diferencias psicosociales entre niños y niñas son de cierto modo aprehendidas desde temprana edad. Agentes socializadores influyen, por medio de diferentes interacciones, las disposiciones, actitudes y comportamientos típicos para cada sexo, enseñando una noción de lo que es ser hombre o ser mujer, y de lo que se espera, permite, consiente y excluye para tal.

Los relatos traen concepciones de atributos de género como producto de las historias de socialización y esto nos parece un avance en la forma cómo se comprende lo que es género y sus constituyentes culturales, cuando comparado a las concepciones naturalizadoras de otros profesionales de salud, tal como señala la investigación de Costa-Junior (2010).

### **Diferencias de hombres y mujeres en los cuidados con la salud**

Para Colom y Zaro (2007) es posible comprender la heterogeneidad de los comportamientos de los hombres y mujeres frente a la salud y la enfermedad, incorporándose en ella los factores psicológicos, culturales, sociales y económicos. A partir de los relatos fue posible captar las concepciones relacionadas a las especificidades que hay en las formas de cuidado y los posibles condicionantes que producen formas de cuidado distintas según el género. Los resultados presentaron que, para todas las participantes, las mujeres cuidan más de la salud, buscan más especialistas buscando la prevención, mientras que los hombres solo buscaron profesionales de salud cuando la enfermedad ya se ha manifestado. Como relata la entrevistada P1 contestando quien cuida más de la salud:

*ellos toman más cuidado, que ellas van más al médico, principalmente en términos de prevención. El hombre es más cuando el problema ya está instalado y ellos corren detrás del perjuicio. (P1)<sup>13</sup>*

Estos datos corroboran con investigaciones anteriores que investigaron las concepciones de profesionales de salud sobre la influencia del género en los cuidados de sí. Costa-Junio y Maia (2009) y Figueiredo y Schraiber (2008) relatan que el cuidado con la salud no es valorado como una cuestión importante en el contexto masculino y señalan que para las profesionales de la Psicología de salud las diferencias de cuidados también son notadas en sus actividades profesionales. Caracterizando como patrón de salud, el cuerpo masculino permanece afuera de la mirada de las ciencias de la salud, lo que quizás haya

---

<sup>13</sup> elas tomam mais cuidado, que elas vão mais ao médico, principalmente em termos de prevenção. O homem é mais quando o problema já está instalado e eles correm atrás do prejuízo. (P1)

contribuido para que la exposición del propio cuerpo y el cuidado con su salud sea más difícil para los hombres. Culturalmente el cuerpo masculino todavía se ve como un cuerpo designado al trabajo y a la promoción del desarrollo social. La idea de cuerpo fuerte, viril y resistente, permea la concepción de masculino en la sociedad actual y resulta en la poca presencia de los hombres en los servicios de atención primaria (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Autores como Macintyre, Ford y Hunt (1999) y Verbrugge (1989) sugieren que los hombres son menos propensos a reportar problemas de salud a su grupo de apoyo y a los profesionales de la salud mientras hay una gran busca femenina a los servicios de salud. En el campo de la salud, se atribuye al femenino una predisposición a disturbios orgánicos y psicológicos y, mientras tanto, al masculino, la noción de resistencia y de responsabilidad sobre la manutención social y económica (GOMES, 2003; KORIN, 2001; ROHDEN, 2003).

### **Prevención y enfermedad según el sexo**

Según las entrevistadas las mujeres se enferman menos y se prevén más. En los relatos hay la percepción de que las mujeres se preocuparían más con la enfermedad. Podemos citar los relatos:

*(...) Nosotras vemos que las mujeres se preocupan mucho, mucho más que los hombres, generalmente cuando ellos vienen es porque es una situación que no aguantan. (P5)<sup>14</sup>*

La cuestión de la diferencia de la enfermedad física y psicológica con relación al género emerge en los relatos, subrayando la idea que la enfermedad psicológica es mayor entre las mujeres, y los hombres tendrían, a su vez, más enfermedad física.

*Las mujeres se enferman más quizás psicológicamente. El hombre exactamente por tener esta dificultad de mirar para sí y de cuidar de sí, yo veo que él tiene más predisposición quizás para desarrollar patologías más físicas. (P3)<sup>15</sup>*

Tal concepción posiblemente sucede por el hecho de la mujer tener un espacio social resguardado para sus quejas subjetivas, fragilidad emocional y otras demandas psicológicas. Esta enfermedad psicológica puede ser resultado de cómo el género y la educación sexista

<sup>14</sup> (...) A gente vê que as mulheres se preocupam bastante, muito mais que os homens, geralmente quando eles vêm é porque é uma situação que não aguentam. (P5)

<sup>15</sup> As mulheres adoecem mais de repente psicologicamente. O homem exatamente por ele ter essa dificuldade de repente de olhar pra si e de cuidar de si, eu vejo que ele tem mais predisposição de repente pra desenvolver patologias mais físicas. (P3)

produce diferentes manifestaciones tratándose de hombre o mujer, una vez que es socialmente esperado y reconocida la queja subjetiva de las mujeres. Miranda y Lobato (2011) relatan que en la última década fue posible verificar un incremento en las investigaciones que señalan la multiplicidad de papeles desempeñados por la mujer en la sociedad y cómo eso puede afectar directamente su salud de modo general, sin embargo históricamente fue construida la noción de vulnerabilidad asociada al cuerpo de la mujer, enseñándoles a ser más receptiva a las terapéuticas biomédicas – sujetos moralmente responsables por el cuidado de sí, siéndoles esperada la manifestación de quejas relativas a vulnerabilidades y al sufrimiento.

Rohden (2001) señala que no hay referencias sobre la andrología, la asignatura que hubiera constituido para tratar de la sexualidad y reproducción del hombre.

La ginecología es toda la producción alrededor de sexualidad y reproducción en la mujer y se constituyó como un conocimiento elaborado con base en la percepción de cómo las mujeres son distintas de los hombres (ROHDEN, 2001, p. 38)<sup>16</sup>

Rohden (2001) afirma que el andamio de la vida femenina, en sus varias fases, desde la pubertad hasta la menopausia, se percibe como propicio a perturbaciones y desordenes, exigiendo un cuidado constante; la ginecología se constituye sobre esta lógica. En esta dirección se destaca la reflexión de una de las participantes cuando ella misma se cuestiona si las mujeres se cuidan más o si cuidense más porque se enferman más:

*Eso es bastante relativo. Nosotros ganamos una gran población de mujeres, es en búsqueda de servicios de salud, en búsqueda de prevención de salud, de cuidados preventivos [...] pero te pregunto, ¿puede que porque las mujeres busquen más la salud en una cuestión preventiva es porque ellas se cuidan más o porque somatizan y realmente se enferman más? Las mujeres generalmente, aunque nosotros entendamos el femenino como algo que sea más frágil, ellas tienen mucho más mecanismos adaptativos de enfrentamiento a internación, la enfermedad del hombre. No sé si las mujeres se cuidan más o se enferman más. (P2)<sup>17</sup>*

El relato de la participante parece representar cuestionamientos relevantes para la comprensión del género como un determinante en la forma como los individuos cuidan de la

<sup>16</sup> A ginecologia é toda a produção em torno da sexualidade e reprodução na mulher e se constituiu como um conhecimento elaborado com base na percepção de como as mulheres são diferentes dos homens (ROHDEN, 2001 p. 38).

<sup>17</sup> *Isto é bastante relativo. Nós ganhamos uma grande população de mulheres, é em busca de serviços de saúde, em busca de prevenção de saúde, de cuidados preventivos [...]. mas aí eu pergunto, será que porque as mulheres procuram mais a saúde numa questão preventiva é porque elas se cuidam mais ou porque elas somatizam e realmente adoecem mais? As mulheres geralmente, embora a gente entenda o feminino como aquela que seja mais frágil, elas têm muito mais mecanismos adaptativos de enfrentamento a internação, a doença do que o homem. Não sei se as mulheres se cuidam mais ou se adoecem mais. (P2)*

salud. Tal concepción sobretodo nos alerta que, en el campo de la Psicología de la salud, las relaciones de género todavía no se basaron como premisas para comprender las particularidades de los individuos a partir de una visión histórica y cultural. La queja relatada puede no ser sinónimo de enfermedad, sino de un espacio social para hablar sobre cuestiones subjetivas y privadas, y la mayor visibilidad de las enfermedades femenina está en la relación con la invisibilidad de las enfermedades masculinas y la menor atención en salud prestada al hombre. Por lo tanto tales manifestaciones de vulnerabilidad y enfermedad parecen no terminar en el sujeto como ser aislado, en el cual ocurren mayor o menor manifestación de enfermedad o cuidado, sino en un contexto social e histórico más amplio y multideterminado.

*La mujer está más inclinara para la cuestión del cuidado, nosotros aprendemos, culturalmente diciendo, que nosotras cuidamos, nosotras cuidamos de la casa, nosotras cuidamos de la familia, del marido, de los hijos, creo que la mujer es más precavida con relación a eso. (P3)<sup>18</sup>*

Actualmente sabemos que las mujeres consumen más medicinas que los hombres, pues son influenciadas y orientadas a tal conducta en el intuito de una prevención secundaria. Vieira (2002) contextualiza la medicalización del cuerpo femenino relacionando con el análisis hecho por Foucault (1982) de que la naturaleza política de la medicina en la sociedad capitalista es una estrategia de control social que empieza con el control del cuerpo. Según Colom y Zaro (2007), los especialistas reconocen que las mujeres enfrentan una situación particular de estrese, que, muchas veces, explica por qué razón utilizan más los servicios de salud con relación a los hombres. Acorde con Miranda y Lobato (2011), muchos de los sufrimientos vividos por la mujer se configuran por la realización de una necesidad, en la diversidad de papeles que debe desempeñar: cuando saludable busca la satisfacción de tales necesidades, pero la insatisfacción la hace enfermar. Según las mismas autoras, mujeres involucradas en multiplicidad de papeles sociales son frecuentemente confrontadas con muchos fenómenos estreses, fomentando manifestaciones como disminución del auto-concepto, del autocontrol y de la autoestima. Acorde con Martin y Angelo (1996), culturalmente todavía hay una división de papeles entre los padres, cabiendo a la mujer la responsabilidad de educar, socializar y cuidar de los hijos, y al hombre, el sustento de la familia.

---

<sup>18</sup> A mulher está mais voltada para a questão do cuidado, a gente aprende, culturalmente falando, que nós cuidamos, nós cuidamos da casa, nós cuidamos da família, do marido, dos filhos, acho que a mulher é mais precavida com relação a isso. (P3)

Además de eso, las mujeres tienen más espacios para manifestar sus quejas que los hombres lo tienen. Estos estudios parecen presentar una noción todavía parcial sobre los multideterminantes de las condiciones de enfermedad de la mujer y sobremanera todavía no presentan una lectura relacional respaldada en la premisa de que hombre y mujeres son vulnerables acorde con las dimensiones sociales y biológicas que les afectan diferencialmente.

### **Hombres y mujeres presentan repertorios de enfrentamiento diferentes cuando enfermos**

Para las participantes, las mujeres presentan más repertorios de enfrentamiento cuando enfermas, pues, según sus relatos, cuando internado el hombre necesita mucho más atención psicológica que las mujeres. De lo contrario de los modelos hegemónicos de masculinidad, los hombres, según las participantes son mucho más frágiles que ellas. Acorde con Gomes *et al.*, (2007), muchos estudios revelan que los hombres padecen más en condiciones severas y crónicas que las mujeres. Tal padecimiento está relacionado a poca prevención primaria de los hombres, pero no significa que él realmente necesite más cuidado cuando internado, pues el hecho del hombre ser socializado a partir de las premisas de fuerza e invulnerabilidad, al enfermarse, no tiene repertorios personales para reaccionar a esta nueva condición, de tener que ser cuidado, de estar dependiente y vulnerable.

*La psicología aun es un punto ahí, el hombre cuando viene al hospital y es acometido a una patología, es impresionante como se desestabiliza, muchos hombres desestabilizan. Mujeres tienen un mecanismo más reforzado de enfrentamiento. (P2)<sup>19</sup>*

Un estudio realizado por Costa-Junior y Maia (2009) señaló que los hombres entrevistados afirmaron que las mujeres tendrían condiciones ventajosas para lidiar con el tratamiento de una enfermedad, una vez que, frente a la ocurrencia de enfermarse, serían más optimistas y corajosas y también serían más prácticas, cuidadosas y responsables en la adhesión al tratamiento. Para ellos, las mujeres serían más optimistas cuanto a la cura de la enfermedad y tendrían mejores condiciones de adherir al tratamiento clínico que los hombres. (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009). Acorde con el estudio de Costa-Junior (2010), desde el punto de vista de médicos/as y enfermeros/as, cuando enfermas las mujeres tienen mejores

---

<sup>19</sup> A psicologia mesmo é um ponto aí, o homem quando ele vem para o hospital e é acometido de uma patologia, é impressionante como ele desestabiliza, muitos homens desestabilizam. Mulheres têm um mecanismo mais reforçado de enfrentamento. (P2)

condiciones emocionales de aceptar el diagnóstico y adherir al tratamiento, y tal comportamiento es aprendido desde la niñez. Ya los hombres tienen mayor dificultad en aceptar y adherir al tratamiento debido a una dificultad de aceptar la vulnerabilidad del cuerpo y la dependencia con relación a ser cuidado. Para Schraiber *et al.* (2005) la participación del hombre en las acciones de salud es un reto, por diferentes razones. Una de ellas se refiere al hecho de, en general, el cuidar de sí y la valoración del cuerpo en el sentido de la salud, también en lo que respecta al cuidar de los demás, no ser cuestiones puestas en la socialización de los hombres. Schraiber *et al.* (2005) subraya que el enfoque de género representaría una contribución importante en el entendimiento de las barreras culturales de los hombres, mientras que subsidiaría la formulación de programas y mejores campañas para la salud masculina.

La adhesión del tratamiento y de los resultados es algo muy relativo, pues las participantes señalaron que las mujeres adhieren más a la intervención psicológica y que los resultados dependen de la adhesión y no del género, pero, si quien adhiere más son las mujeres, los resultados son positivos frente a eso. Aún en el ámbito del enfrentamiento del proceso de enfermedad, tanto los hombres como las mujeres presentan los mismos resultados cuando adhieren al tratamiento, pero, los hombres adhieren menos o poseen más dificultad para aceptar la intervención. Acorde con Barbosa (2010), el alcance de los servicios de salud direccionado para las masculinidades debe pautarse: en la comprensión de los hombres en la calidad de sujetos confrontados con diferentes dimensiones de la vida; por lo tanto como sujetos históricos; la organización de los servicios y la forma cómo estos son direccionados a sus usuarios, respetándose las delimitaciones de género, para atender los usuarios considerando sus subjetividades y por último, los vínculos establecidos entre los hombres con los servicios y la institución de la cual participan, acorde con el papel y posición que allí están representados. Según Connell (1995), los modelos de masculinidad muestran como los hombres muchas veces asumen conductas consideradas poco saludables. Tales conductas están relacionadas a un modelo de masculinidad idealizada, la masculinidad hegemónica (CONNELL, 1995). Barbosa (2010), afirma que las nociones de invulnerabilidad, de comportamiento de riesgo hacen parte de los valores de la cultura masculina. Para las entrevistadas,

*Mujeres adhieren. Ellas tienen más facilidad de hablar de sí misma, de sus malezas. (P2)<sup>20</sup>*

*Las mujeres, mucho más. Pero, cuando nosotras logramos acercarnos del hombre, del género masculino, usted nota que el contenido es mucho más rico. Pero para que usted llegue yo creo que están un poco igualados también, porque la hora que él dispone usted ve que el contenido es muy rico también, para trabajar, muchos detalles. (P5)<sup>21</sup>*

Para Aquino (2005), fue necesario quitar la mujer de la esfera única de la reproducción para dar visibilidad a inúmeras necesidades de salud, descuidada hasta un cierto período por la biomedicina. En Brasil tal cambio generó la PAISM – Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer. Frente a tales programas la mujer se siente acogida en el campo de salud y adhiere más al tratamiento, diferente de los hombres, que hasta el año 2009 no poseían programas de atención integral direccionados a salud. Según Aquino (2005), actualmente en el área de salud se ha buscado demostrar cómo la “masculinidad hegemónica” genera conductas dañosas a la salud, aclarando la importancia de los hombres y de la salud estar pautados en la Salud Colectiva, y como la feminidad hegemónica ha contribuido para la medicalización excesiva del cuerpo de la mujer.

### **Género e interacción profesional-paciente**

Esta categoría presenta significativo contraste entre concepciones sobre el género y la interacción profesional, o sea, la actuación profesional en el contacto con hombres o mujeres. Este contraste ocurre por el hecho de que inicialmente las participantes reconocen la existencia de formas distintas para lidiar con la salud y de vincular con atención prestada cuando se trata de hombre y mujeres, sin embargo estas diferencias no son comprendidas cuando se trata de la intervención en Psicología. Los relatos sugieren que en el campo de la atención psicológica las relaciones de género son poco comprendidas como variables que diferencian los sujetos en sus interacciones personales y en la relación con las diferentes instituciones. Para las participantes, el hecho de ser hombre o mujer no influencia en las actitudes de sus pacientes. Solo una comprende que la edad puede ser un factor influyente, y

---

<sup>20</sup> Mulheres aderem. Elas têm mais facilidade de falar de si mesma, de suas mazelas. (P2)

<sup>21</sup> As mulheres, muito mais. Mas assim, quando a gente consegue aproximar do homem, do gênero masculino, você vê assim que o conteúdo é muito mais rico. Mas pra você chegar eu acho que eles estão meio que igualados também, porque a hora que ele dispõe você vê que o conteúdo é muito rico também, pra você trabalhar, muitos detalhes. (P5)

según P2, al depararse con una psicóloga joven, algunos se asustan y se sienten avergonzados de hablar de determinados temas.

*El hecho de ser mujer u hombre no, yo no veo como una influencia, yo veo como una influencia la edad quizás para algunos pacientes. Quizás para hablar sobre algunas condiciones específicas, entonces casos muy específicos, el hombre tiene dificultad, por ejemplo, pacientes que nosotros atendemos que tienen cáncer de próstata pasaron por el urólogo, entonces ellos tienen mucha dificultad para iniciar una conversación sobre erección, por ejemplo. Cuando vamos a trabajar en la cuestión más íntima del sujeto el paciente tiene un poco más de tato, pero de un modo general, en el hospital general, creo que no. (P2)<sup>22</sup>*

*Yo veo aquí como un proceso salud/enfermedad, a veces algunas enfermedades más graves, algunos procedimientos más invasivos, entonces yo suelo pensar más en esta cuestión, qué tipo de tratamiento que él hace, o es una quimioterapia, o es una cirugía, una ortopédica, lo que eso conlleva, y yo intento direccionarme para ver como yo voy a llegar, como que se va abordar (P5)<sup>23</sup>*

Además, las participantes afirman no asumir una postura o práctica diferenciada cuando atienden a un hombre o una mujer. Sin embargo, los relatos presentan una contradicción cuando afirman que al depararse con un hombre, y especialmente con quejas relacionadas al campo de la sexualidad y del cuerpo sexual, la forma de abordar, o de sugerir la intervención se modifica, ella actúa con más “tato” – cuidado, cautela, preocupación. La participante P4 relata que cuando se trata de un paciente hombre, la postura profesional ocurre de forma más reservada y más cautela para abordar el paciente.

*Vamos a tener que mantener la postura, se sabe que cuando vamos hablar con el señor o con una señora nuestra postura tiene que ser diferenciada que con un más joven. Creo que para mí no hay diferencia. Pero al atender un hombre yo soy más reservada. No que yo tenga tanta diferenciación con una mujer, pero uno siempre mantiene una postura más reservada, porque puede ocurrir de él querer invadir nuestro espacio, salir del foco. (P4)<sup>24</sup>*

<sup>22</sup> O fato de ser mulher ou homem não, eu não vejo como uma influência, eu vejo como uma influência a idade talvez para alguns pacientes. Talvez para conversar sobre algumas condições específicas, então casos bastante específicos, o homem ele tem dificuldade, por exemplo, pacientes que nós atendemos que tem câncer de próstata passaram pelo urologista, então eles têm muita dificuldade para iniciar uma conversa sobre ereção, por exemplo. Quando a gente vai trabalhar na questão mais íntima do sujeito o paciente ele tem um pouco mais de tato, mas de um modo geral, no hospital geral, creio que não. (P2)

<sup>23</sup> Eu vejo aqui como um processo saúde/doença, às vezes algumas doenças mais graves, alguns procedimentos mais invasivos, então eu costumo pensar mais nessa questão, que tipo de tratamento que ele está fazendo, ou é uma quimioterapia, ou é uma cirurgia, uma ortopédica, o que isso acarreta, e eu tento trabalhar dessa maneira, acho que não é uma coisa assim, eu tento me direcionar pra ver como eu vou chegar, como que se vai abordar (P5)

<sup>24</sup> a gente tem que manter a postura, a gente sabe que quando a gente vai conversar com o senhor ou com uma senhora nossa postura tem que ser diferenciada do que com um mais novinho. Acho que pra mim não tem diferença. Mas ao atender um homem eu sou mais reservada. Não que eu tenha tanta diferenciação com uma

*Mi cribo en realidad es el estilo del paciente, no el género, la forma cómo cuando yo abordo la respuesta inmediata que este paciente me da, pero el hecho de ser hombre no interfiere en mi abordaje. (P2)<sup>25</sup>*

Según P3, conociendo la resistencia masculina, ella tendría una postura de no diferenciar o considerar las cuestiones de género para que esto supuestamente no perjudicara la interacción.

*Yo no tengo ninguna dificultad, puede ser hombre o mujer, no, ni por edad, tiene algunas cosas, tiene el tono de voz, el modo de conversar. Yo creo que la cautela ahí es la actitud. Y ahí si yo perciba que de pronto hay eso, yo intento tocar lo menos posible en esta cuestión de género, hombre, mujer. Yo intento ser lo empática posible y le muestro a él, así, que es indiferente ser hombre o mujer (P3)<sup>26</sup>*

*Yo creo que no hay esta diferencia no ser hombre o mujer. Lo que me parece que dificulta más, es uno no ser tan accesible, no es tan abierto, eso dificulta. Pero hay tanto hombre como mujeres que son de esta manera, entonces no está relacionado al género. Porque hasta ahora los casos que yo atendí no dependieron de eso, de ser hombre o de ser mujer (P1)<sup>27</sup>*

Nos parece que la cuestión de la posibilidad de acoso, de la diferencia sexual entre paciente y profesional y el reconocimiento de la profesional con relación a su sexo, son particularidades que permean la diferencia en la forma con que se trata los/las pacientes con relación al sexo. Y los relatos parecen reproducir los estereotipos de género, una vez que manifiestan concepciones sexistas cuanto al hombre ser lo que irá ultrapasar los límites de la relación profesional. Este relato flexibiliza la cuestión del género al describir que otros factores pueden interferir en la relación con el paciente y que según ella no estaría directamente relacionados al género.

---

mulher, mas a gente sempre mantém uma postura mais reservada, porque pode acontecer de ele querer invadir o nosso espaço, sair do foco. (P4)

<sup>25</sup> O meu crivo na verdade é o estilo do paciente, não o gênero, a forma como quando eu abordo a resposta imediata que esse paciente me dá, mas o fato de ser homem não interfere na minha abordagem. (P2)

<sup>26</sup> Eu não tenho nenhuma dificuldade, pode ser homem ou mulher assim, não, nem por idade, tem algumas coisas, tem o tom de voz, o modo de conversar. Eu acho que a cautela aí é a atitude. E aí se eu perceber que de repente existe isso, eu tento tocar o menos possível nessa questão de gênero, homem, mulher. Eu tento ser o mais empática possível e mostro para ele, assim, que é indiferente de ser homem ou mulher (P3)

<sup>27</sup> Eu acho que não existe essa diferença não de ser homem ou mulher. O que eu acho que dificulta mais, é uma pessoa que não é tão acessível, não é tão aberto, isso dificulta. Mas existe tanto homens quanto mulheres que são desse jeito, então isso não está ligado ao gênero. Porque até agora os casos que eu atendí não dependeram disso, de ser homem ou de ser mulher (P1).

## Formación en psicología y cuestiones de género

La última categoría de análisis se refiere a la discusión y reflexión sobre las relaciones de género en la formación en Psicología. Según las participantes, ellas no se acuerdan o reconocieron existencia de estudios específicos durante la graduación sobre las cuestiones de género

*No, cuestión del género en sí no, nunca estudié esta cuestión. (P2)<sup>28</sup>*

*No profundizado, pero se estudia eso en aquella cuestión, en las asignaturas de desarrollo, de la cuestión de personalidad, yo creo que entra mucho también en la cuestión social, porque se plantea mucho esta cuestión de cultura mucho, de grupo y ahí pensando en grupo y sociedad, nosotros tenemos los papeles muy bien distribuidos, yo creo que eso influencia mucho en la cuestión de la personalidad en el modo de ser, entonces lo que yo más vi de género fue en este tiempo de graduación referente a estas asignaturas. (P3)<sup>29</sup>*

*No me acuerdo. Me parece importante. Hay algunas cuestiones como las que usted me trajo hoy que nosotros no nos deparamos tanto en nuestra rutina, en nuestro día a día, pero es muy importante. (P4)<sup>30</sup>*

*Me parece que yo tuve no una diferenciación. Y creo que sería importante estudiar eso (P5)<sup>31</sup>*

De conformidad con Nuernberg (2005), la categoría género se ha construido a partir de reflexiones originalmente desencadenadas en los movimientos sociales. Según Nuernberg (2005), el estudio de género en la Psicología empezó en el ámbito de la Psicología Social brasileña. El autor señala que la Psicología Social contribuyera especialmente con los estudios sobre la atribución, adquisición y desempeño de los papeles sexuales, haciendo algunas veces el uso de escalas e instrumentos de evaluación de estos aspectos psicológicos. Nuernberg (2005), al analizar los estudios brasileños en el área de la Psicología y del género, afirma que si por un lado se ponía la ceguera de la Psicología con relación a las cuestiones asociadas al sexo/género, por otro, era en este campo del conocimiento (Psicología Social) que se buscaban argumentos y métodos para algunas investigaciones sobre la mujer. Los conceptos de la Psicología social clásica como estereotipos, actitudes, prejuicio, fueron la base de las

<sup>28</sup> Não, questão do gênero em si não, nunca parei pra estudar essa questão. (P2)

<sup>29</sup> Não aprofundado, mas a gente estuda isso naquela questão, nas disciplinas de desenvolvimento, da questão de personalidade, eu acho que entra muito também na questão social, porque a gente traz essa questão de cultura muito, de grupo e ai pensando em grupo e sociedade, a gente tem os papéis muito bem distribuídos, eu acho que isso influencia muito na questão da personalidade no modo de ser, então o que eu mais vi de gênero foi nesse tempo assim de graduação referente a essas disciplinas. (P3)

<sup>30</sup> Não me recordo. Eu acho importante. Tem algumas questões como as que você me trouxe hoje que a gente não se depara tanto na nossa rotina, no nosso dia-a-dia, mas ela é muito importante. (P4)

<sup>31</sup> Eu acho que eu tive não uma diferenciação. E acho que seria importante estudar isso (P5).

primeras reflexiones feministas que dialogaban con la Psicología, sin embargo tales reflexiones partieron de un movimiento social legítimo y ni siempre vinculado al contexto universitario. Por eso las reflexiones parecen todavía no se haber insertado de manera consistente en los cursos de formación, de modo a basar una mirada profesional sobre las cuestiones de género en la salud y en la atención prestada en Psicología. Machado *et al.* (2013) explican que la Plataforma de Acción de Pequín señaló la importancia de integrar el tema género en los currículos escolares y propone que instituciones académicas integren tal tema en sus investigaciones, objetivando el estímulo de la igualdad.

A pesar del género ser discutido en la Psicología Social, él no está en los currículos de formación en Psicología de modo general, dificultando así la actuación profesional, principalmente en el área de salud, ya que los profesionales no son invitados, durante el grado, a pensar y reflexionar sobre las cuestiones de género y como eso puede influenciar en la actividad profesional futura. Machado *et al.* (2013, p. 68) afirmaron que la implementación de las discusiones de género y sexualidad no ocurre sin entrabes. En el grado, las barreras impuestas por otros procesos sociales son refrendadas por un conjunto de dificultades específicas. Se puede decir que tales discusiones pueden ser citadas, pero no profundizadas adecuadamente, impidiendo la preparación del profesional tras la graduación, teniendo en cuenta que él podrá depararse con estas cuestiones, y como explicado por las participantes, tener dificultad de lidiar con este tema. Book (2003), citado por Machado *et al.* (2013, p. 69), explica que el abordaje de tales contenidos depende ampliamente del involucramiento de cada profesor con esta cuestión, así como de su conducta social y percepción de su actuación como lócus (o no) de transformación social. Con estos datos es posible confirmar que, en lo que respecta a las influencias del género, el objetivo principal de la investigación en Psicología de la salud debe ser lo de identificar cuáles son los mediadores psicológicos de la influencia del género en la salud, ya que todas las participantes afirmaron que no estudiaron las cuestiones de género relacionándolo a las enfermedades o a la salud psíquica durante el grado.

### Consideraciones finales

A partir de los relatos es posible percibir una relación entre las cuestiones de género y el cuidado con la salud de hombres y mujeres, señalando las mujeres en cuanto al cuidado y a la prevención de enfermedades, adhesión al tratamiento y facilidad para el dialogo referente al diagnóstico. Con relación a la postura adoptada por las profesionales hay una contradicción,

pues al mismo tiempo en que afirman no hacer distinciones al comprender un hombre o una mujer, relatan que al atender el hombre es necesario tener un poco más de cuidado, cambiar la forma de abordar e intervenir, y destacan la importancia de respetar la singularidad y la subjetividad de cada uno, independiente del género. A partir de los análisis de este estudio podemos percibir que las diferencias de género son comprendidas por las psicólogas a partir de las experiencias diarias de la profesión. Esta percepción es a veces dada por características físicas, comportamentales y sociales, especialmente influenciadas por la educación y socialización, a veces vista con una mirada de la sexualidad y a veces como una definición de papeles y atributos impuestos por la sociedad. Sin embargo, nos pareció que en el ámbito de las prácticas está ausente la comprensión de la categoría género como una construcción histórica de cuño político y social que define e irá ser definida por lo que se entiende como hombre y mujer, como cuerpo masculino y cuerpo femenino.

La formación académica fue reconocida por las psicólogas como superficial para discutir las cuestiones de género y su relación en la práctica profesional y con su enfermedad. Cabe señalar que la formación académica promocionada actualmente por las instituciones de enseñanza superior no han articulado el género y la intersección dentro de sus temas de modo a tejer posibles relaciones con la salud física y mental, y también para pensar sobre las ofertas de servicios a la población. Aunque ya reconocida por las Ciencias Sociales y por la Antropología, la categoría género todavía es poco pautada puramente en el sesgo biológico o de desarrollo.

Se concluye que es necesario invertir en la formación académica de estos profesionales, incluyendo una discusión profunda sobre sexualidad, educación sexual y género, una vez que estas cuestiones hacen parte del cotidiano profesional y coadunan con otros factores para producir procesos de salud-enfermedad. A pesar de la Psicología Social haber tenido grandes avances en las áreas referentes a la cuestión de género, la formación de modo general todavía no incorporó la perspectiva del género en sus espacios de discusión.

## REFERENCIAS

AFONSO, J. de A. **Masculino e feminino: alguns aspectos da perspectiva psicanalítica.** Scielo.com, 2007.

AQUINO, E. M. L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, p. 18-34, 2005.

BANDURA, A. **Psychological Modeling: conflicting theories**. Chicago: Aldine-Atherton Publ. Co., 1971.

BARBOSA, R. T. de O. **Um olhar no tema de homens e masculinidades sobre a saúde do trabalhador**. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, p. 7, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BENITES, A. P. O.; BARBARINI, N. **Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero**. Scielo, 2009.

BIAGGIO, A. **Psicologia do Desenvolvimento**. Petrópolis: Vozes, 1976.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-140, 2005.

CAMPOS, L. F. L. **Métodos e Técnicas de pesquisa em Psicologia**. Campinas, Editora Alínea, 2000.

CECCARELLI, P. R. **Diferenças sexuais? Quantas existem?** Ceccarelli.psc.br, 1999.

COLOM, R.; ZARO, M. J. **Psicologia: das diferenças de sexo**. São Paulo, 1. ed., Vetor Editora, 2007.

CONNELL, R. W. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

COSTA-JUNIOR, F. M. **Concepções de médicos/as e enfermeiros/as sobre questões de gênero na saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2010.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 23, p. 97-117, 2016.

COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009

COSTA, T.; *et al.* Naturalization and medicalization of the female body: social control through reproduction. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 363-80, jul./dez., 2006.

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

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, out., 2012.

DOYAL, L. Sex, Gender, and health: the need for a new approach. **British Medical Journal**, v. 323, p. 1061-1063. 2001.

FAGUNDES, A. L. M.; ALMEIDA, A. S.; ANDRADE, D.; MIRANDA, H. Gênero e Psicologia: Um debate em construção no CRP- 03. *In*: XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO, 15, Maceió, **Anais ABRAPSO**, Maceió: p. 1-10, 2009.

FERNANDES, L.; CARVALHO, M. C.; Por onde anda o que se oculta: os acessos a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball. **Revista Toxicodependências**, v. 6, n. 3, p. 17-28, 2000.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2017.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidades e cuidado**: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B.; Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina; **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, Supl. 1, p. 935-944, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, 3. ed., Graal, 1982

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 556-574, 2007.

INSTITUTO DE SAÚDE. **Saúde do homem no SUS**. São Paulo, v. 14, 2012.

KOFES, S. **Categorias analítica e empíricas**: gênero e mulher. Ufsc.br, 1992.

KOHLBERG, L. A Cognitive-Developmental Analysis of Children's Sex-role Concepts and Attitudes. *In*: Maccoby, E. **The Development of Sex Differences**. Califórnia: Stanford Univ. Press, p. 67-78, 1966.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de gênero en salud. **Adolescência Latinoamericana**, v. 2, n. 2, p. 67-79. 2001.

KRIEGER, N.; FEE, E. Man-made medicine and women's health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. **International Journal of Health Services**, v. 24, n. 2, p. 265-283, 1994.

LAMAS, M. O Gênero é cultura? *In: V Campus euroamericano de cooperação cultural*, Almada, 2007.

MACHADO, I. V.; BARRETO, L. C.; GROSSI, M. P. Processos de ensino e aprendizado de gênero e sexualidades em contexto interdisciplinares. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 47, n. 1, p. 67-80, abr., 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2013v47n1p67/26177>. Acesso em: 25 ago. 2015.

MACINTYRE, S.; FORD, G. E.; HUNT, K. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. **Social Science & Medicine**, v. 48, p. 89-98, 1999.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. *In: Anais do Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos*, 2, 2004, Bauru. A Pesquisa qualitativa em Debate. Bauru: USC, 2004.

MARTIN, V.B.; ANGELO, M. **O significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social**. São Paulo, 1996.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo (SP), Hucitec, 2006.

MIRANDA, D. S.; LOBATO, S. M. R. **Processos de adoecimento ligados ao gênero: uma história de (des)valorização dos múltiplos papéis femininos**. Belém – PA, 2011.

NEGREIROS, T. C. de G. M.; FERES-CARNEIRO, T.; Masculino e feminino na família contemporânea. **Estud. Pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun., 2004.

NUERNBERG, A. H. **Gênero no contexto da produção científica brasileira em psicologia**. 2005. 342f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, 2005.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horiz. Antropol.** Porto Alegre, v. 8, n. 17, 2002.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 201-212, 2003.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados.** Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2005.

SCOTT, J. W., **Gender and the politics of history**, Columbia University Press, New York, 1988.

TEIXEIRA, J. A. C.; CORREIA, A. R. Fragilidade Social e Psicologia da Saúde- Um exemplo de influencias do contexto sobre a saúde. **Análise Psicológica**, Lisboa, 2002.

VERBRUGGE, L. M. The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 30, p. 282-304, 1989.

VIEIRA, E. M.; **Medicalização do corpo feminino.** Editora Fio Cruz; 2002.

### **Cómo referenciar este artículo**

COSTA-JUNIOR, F. M. da.; ALMEIDA, B. dos S.; CORRER, R. Concepções sobre gênero e formação no campo da psicologia da saúde. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 14, n. esp. 2, p. 1441-1464, jul., 2019. E-ISSN: 1982-5587. DOI: 10.21723/riaee.v14iesp.2.12610

**Remetido en:** 05/10/2019

**Revisiones requeridas:** 26/10/2019

**Aprobado en:** 02/02/2019

**Publicado en:** 26/06/2019