

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

BIANCA DE MOURA PELOSO CARVALHO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA SEGUNDO
HOMENS EM ATENDIMENTO ONCOLÓGICO**

Alfenas/MG

2020

BIANCA DE MOURA PELOSO CARVALHO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA SEGUNDO
HOMENS EM ATENDIMENTO ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas nível mestrado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pela Universidade Federal de Alfenas-MG
Área de concentração: Enfermagem
Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem
Orientador: Prof.^a Dr.^a. Silvana Maria Coelho Leite Fava
Coorientador: Prof. Dr. Murilo César do Nascimento

Alfenas/MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

Carvalho, Bianca de Moura Peloso

C331r Representações sociais sobre o câncer de próstata segundo homens em atendimento oncológico / Bianca de Moura Peloso Carvalho. – Alfenas, MG, 2020.
178 f.: il. –

Orientadora: Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, 2020.
Bibliografia.

1. Saúde do Homem. 2. Neoplasias da próstata. 3. Enfermagem.
4. Enfermagem Oncológica. 5. Psicologia Social. I. Fava, Silvana Maria Coelho Leite. II. Título.

CDD- 610.73

BIANCA DE MOURA PELOSO CARVALHO
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA SEGUNDO
HOMENS EM ATENDIMENTO ONCOLÓGICO

A Banca examinadora abaixo-assinada, aprova a Dissertação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 27 de novembro de 2020

Prof.^a Dr.^a Silvana Maria Coelho Leite Fava
Universidade Federal de Alfenas-MG

Prof. Dr. Rogério Silva Lima
Universidade Federal de Alfenas-MG

Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio
Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Silvana Maria Coelho Leite Fava, Professor do Magistério Superior**, em 27/11/2020, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rogério Silva Lima, Professor do Magistério Superior**, em 27/11/2020, às 10:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliza Maria Rezende Dázio, Presidente**, em 27/11/2020, às 10:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0405435** e o código CRC **395CD823**.

Dedico este trabalho ao meu pai,
José Lúcio Peloso.

AGRADECIMENTOS

No meu percurso acadêmico, aprendi que a vida arquiteta alguns obstáculos que nos desafiam, nos tornando mais fortes e seguros. Na pós-graduação, a pandemia por COVID-19 exigiu que nos adaptássemos ao ensino remoto e às orientações a distância, entre outros vividos. Mediante a isto, quero destacar o enorme empenho de todos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas em manter o compromisso com o aprendizado de qualidade e o apoio e a compreensão dedicado aos alunos perante as dificuldades advindas deste período. Pois, independente dos percalços, com ajuda de companheiros de caminhada, não fomos impedidos de prosseguir. Neste ínterim, agradeço a Deus, pela proteção e pelas bençãos que recebi.

Agradeço a todos familiares, de maneira especial, a minha mãe Olympia, pelo amor, incentivo e exemplo de força e coragem. E ao meu pai José Lúcio, pelo amor, que chega a mim, ultrapassando as barreiras do tempo e espaço.

Ao meu marido Matheus e minhas filhas, Clara e Letícia, pelo amor, carinho, companheirismo, apoio e força, em todos os momentos.

Aos meus irmãos, Nina e Lúcio, pela amizade verdadeira, apoio e incentivo.

Aos colegas de mestrado, pela amizade e disposição constante em ajudar, seja com apoio, com conhecimentos, ou até mesmo com boas risadas, de forma presencial ou à distância!

À orientadora Prof.^a Silvana, pelos valiosos ensinamentos, pelo encorajamento, pela confiança, disponibilidade, atenção, compreensão e, sobretudo, pela amizade, muita gratidão!

Ao Coorientador Prof. Murilo, pela disponibilidade, paciência, ensinamentos e direcionamento no referencial teórico metodológico. Eu não poderia ser apresentada a Serge Moscovici de melhor maneira, obrigada!

A todos professores do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Alfenas, por me ensinarem com tanta competência e compromisso, os caminhos da Ciência da Enfermagem.

A toda equipe do serviço de Oncologia da Santa Casa de Alfenas, pela disponibilidade e receptividade.

E, sobretudo, aos homens com câncer de próstata que, além de colaborarem imensamente com seus relatos, contribuíram para meu amadurecimento como

profissional e ser humano, pois me despertaram enorme admiração, pelos exemplos de fé, força e coragem.

Agradeço o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 para a realização do presente trabalho.

“O campo da saúde é um espaço privilegiado das relações entre saberes.”

(JODELET, 2015, p. 64)

RESUMO

O câncer de próstata é um dos agravos mais incidentes, com altas taxas de morbimortalidade, devido ao diagnóstico tardio e ao tratamento em estágio avançado da doença. A construção histórico cultural dos ideais da masculinidade hegemônica, o estigma da doença e dos exames preventivos e os efeitos adversos do tratamento tem corroborado para esse panorama, o que torna essencial compreender a percepção do homem acerca do câncer de próstata. Estudo com o objetivo de compreender as representações sociais sobre o câncer de próstata, segundo homens em atendimento oncológico. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa de Representação Social, ancorada no referencial teórico-metodológico das Representações Sociais e do Discurso do Sujeito Coletivo, realizada em um ambulatório de alta complexidade oncológica no Sul de Minas Gerais, com 30 homens, com diagnóstico de câncer de próstata em atendimento oncológico. Coleta de dados por meio de entrevistas e de prontuários. Dados quantitativos analisados pela estatística descritiva e os qualitativos pelo Discurso do Sujeito Coletivo. Constatou-se o predomínio de homens com idade entre 70-79 anos (46,67%), cor de pele parda (43,33%), casados (60%), ensino fundamental incompleto (60%), católicos (70%), praticantes (73,33%), residentes na zona urbana (90%), morando com companheira (33,33%), três filhos vivos (23,33%), sem acompanhamento de cuidador (86,67%), aposentados (80%), renda mensal de um a três salários mínimos (83,33%), que negavam etilismo (63,33%) e o hábito de fumar (50%), câncer primário localizado na próstata (96,67%), tempo de diagnóstico há mais de 12 meses (80%), sem metástase (76,67%), extensão local (70%), que se submeteram a radioterapia (86,66%). Construiu-se da análise dos dados o modelo das representações sociais a partir dos significados do câncer de próstata para o sujeito coletivo: Percepções, Sensações, Experiências/ Vivências; Sentimentos; Conhecimentos; Comportamentos, Atitudes e reações e as respectivas ideias centrais e frequência absoluta: “Coisa que não dói” (5), “Nada, Algo normal” (9), “Atrapalhou o sexo” (9), “Isso não tem cura” (4), “Uma doença curável”(8), “Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza”(8), “Aprendizado para a vida”(7), “Surpresa e Susto”(6), “Algo ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata”(11), “Vergonha”(2), “Doencinha que não abalou, foi encarada sem medo”(10). As representações sociais que emergiram sobre o câncer de próstata

possibilitaram a compreensão de que se trata de um fenômeno coletivo que influencia na elaboração individual de conceitos, valores, crenças e no comportamento diante ao processo de adoecimento. A linguagem socializada permitiu aos homens atribuírem ao câncer de próstata representações que denotaram experiências difíceis no enfrentamento da doença e do tratamento. Compreender essas representações sociais e se apropriar da identificação das diversas funções emergidas, associadas ao saber científico, podem permitir o desenvolvimento de uma filosofia de cuidado para atender as demandas complexas dos homens direcionadas às ações de educação em saúde e gestão da clínica, numa perspectiva contextualizada e integrada.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Neoplasias da próstata. Enfermagem. Enfermagem Oncológica. Psicologia Social.

ABSTRACT

Prostate cancer is one of the most frequent diseases, with high rates of morbidity and mortality, due to diagnosis and treatment in the advanced stage of the disease. The cultural historical construction of the ideals of masculinity, the stigma of the disease and preventive tests and the adverse effects of treatment have corroborated this panorama, which makes it essential to understand the perception of man about prostate cancer. This study aimed to understand the social representations about prostate cancer according to men undergoing oncological treatment and/or follow-up. This is a field research, with a qualitative approach, of the type Social Representation research, anchored in the theoretical-methodological framework of the Social Representations and the Discourse of the Collective Subject. It was carried out in an outpatient clinic of high oncologic complexity in the South of Minas Gerais, with 30 men, diagnosed with prostate cancer, undergoing treatment and/or follow-up. Data collection through interviews and medical records. Quantitative data analyzed by descriptive and qualitative statistics by collective subject discourse. There was a predominance of men aged 70-79 years (46.67%), brown skin color (43.33%), married (60%), with incomplete elementary education (60%), Catholics (70%), practitioners (73.33%), living in the urban area (90%), who lived with a partner (33.33%), with three living children (23.33%), without caregiver's monitoring (86.67%), retired (80%), with monthly income of one to three minimum wages (83.33%), who denied alcohol consumption (63.33%) , and smoking (50%), with primary cancer located in the prostate (96.67%), with time of diagnosis for more than 12 months (80%), without metastasis (76.67%), with local extension (70%), who underwent radiotherapy (86.66%). Data analysis was constructed of the model of social representations from the meanings of prostate cancer for the collective subject: Perceptions, Sensations, Experiences; Feelings; Knowledge; Behaviors, Attitudes and reactions and their central ideas and absolute frequency: "Thing that does not hurt" (5), "Nothing, something normal" (9), "Disturbed sex" (9), "This has no cure" (4), "A curable disease"(8), "Worry, fear, annoyance and sadness"(8), "Learning for life"(7), "Surprise and Scare"(6), "Something bad, difficult, serious, intense, dangerous, which ends life and kills"(11), "Shame"(2), "Disease that did not shake, it was faced without fear"(10). The social representations that emerged about prostate cancer allowed the understanding that it is a collective phenomenon that influences

the individual elaboration of concepts, values, beliefs and behavior before the disease process. Socialized language allowed men to attribute to prostate cancer representations that denoted difficult experiences in coping with the disease and treatment. Understanding these social representations and appropriating the identification of the various emerged functions that, associated with scientific knowledge, allows developing a philosophy of care to meet the complex demands of men for health education actions and clinical management, in a contextualized and integrated perspective.

Keywords: Men's health. Prostate neoplasms. Nursing. Oncology Nursing. Social Psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Principais pontos de atenção para o diagnóstico precoce do câncer de próstata.....	24
Figura 2-	O sujeito que representa os “muitos” sujeitos.....	44
Figura 3-	Modelo das representações sociais sobre o câncer de próstata a partir das significações do sujeito coletivo dos homens abordados.....	72
Figura 4-	Imagem síntese relacionada ao agrupamento Percepções, Sensações, Experiências/Vivências.....	84
Figura 5-	Imagem síntese relacionada ao agrupamento Sentimentos.....	88
Figura 6-	Imagem síntese relacionada ao agrupamento Conhecimentos.....	94
Figura 7-	Imagem síntese relacionada ao agrupamento Comportamentos, Atitudes e Reações.....	98
Tabela 1-	Caracterização Sociodemográfica dos atores sociais. Alfenas, MG,2020.....	54
Tabela 2-	Caracterização clínica dos atores sociais. Alfenas, MG, 2020.....	58
Quadro 1-	Agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares do tema: “Significados do Câncer de Próstata” ..	60
Quadro 2-	Significados do Câncer de Próstata, conforme Ideias Centrais, participantes do estudo e frequência.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
SUS	Sistema Único de Saúde
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
TRS	Teoria da Representações Sociais
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
RS	Representações Sociais
IAD1	Instrumento de Análise do Discurso 1
IAD2	Instrumento de Análise do Discurso 2

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	19
2.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	21
2.3	SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS PELO HOMEM AO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	26
2.4	O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA.....	28
3	JUSTIFICATIVA.....	33
4	OBJETIVOS.....	35
4.1	OBJETIVO GERAL.....	35
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
5	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	36
5.1	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS).....	36
5.2	O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC).....	43
6	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	47
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	47
6.2	PROBLEMA E PERGUNTA DA PESQUISA.....	47
6.3	ATORES, CAMPO SOCIAL E LUGAR DO ESTUDO.....	48
6.4	COLETA DE DADOS.....	48
6.5	ORGANIZAÇÃO, EXPLORAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	51
6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
7	RESULTADOS.....	53
7.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS ATORES SOCIAIS.....	53
7.2	TEMAS ESTUDADOS, AGRUPAMENTOS, IDEIAS CENTRAIS E OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO.....	59
7.3	SIGNIFICADOS DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	60
8	DISCUSSÃO.....	73
8.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS ATORES	

	SOCIAIS.....	73
8.2	SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	76
8.2.1	Percepções, Sensações, Experiências/Vivências.....	77
8.2.1.1	Coisa que não dói.....	77
8.2.1.2	Nada, algo normal/comum.....	79
8.2.1.3	Perda/Comprometimento do sexo.....	80
8.2.1.4	Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata (Percepções, Sensações, Experiências/Vivências) ...	82
8.2.1.5	Outros Significados (Percepções, Sensações, Experiências/Vivências).....	83
8.2.2	Sentimentos.....	84
8.2.2.1	Vergonha.....	85
8.2.2.2	Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza.....	86
8.2.2.3	Surpresa e Susto.....	87
8.2.3	Conhecimentos.....	88
8.2.3.1	Isso não tem cura.....	88
8.2.3.2	Uma doença Curável.....	89
8.2.3.3	Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata (Conhecimentos).....	92
8.2.3.4	Outros Significados (Conhecimentos).....	92
8.2.4	Comportamentos, Atitudes e Reações.....	94
8.2.4.1	Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo.....	94
8.2.4.2	Aprendizado para a vida.....	95
8.2.4.3	Outros Significados (Comportamentos, Atitudes e Reações).....	97
9	CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM.....	99
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
	REFERÊNCIAS.....	102
	APÊNDICES.....	120
	ANEXOS.....	177

1 INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos, principalmente aqueles que pertencem às ciências humanas, utilizam o termo “homem” para se reportarem ao ser humano de uma maneira geral, atribuindo-lhe uma gama de concepções de mundo e de vida, das mais variadas esferas que possam ser abordadas. No entanto, quando se diz respeito ao “homem do sexo masculino”, enquanto sujeito individual com suas percepções e singularidades, este termo perde parte de sua força científica e conceitual, em vista do recente olhar dos pesquisadores para esse objeto de estudo (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Reconhecendo o contexto e os desafios com o propósito de reconhecer o homem como ser singular e com necessidades específicas de cuidados, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Entre outras diretrizes, ela preconiza a necessidade de os profissionais de saúde observarem a população masculina por meio de lentes contemporâneas de pensamento, a fim de se desconstruir aquele ideal de homem com “H maiúsculo”, invulnerável e “super” em força e poder. A hegemonia deste tipo de entendimento contribui para a crença de que o homem não necessita de apoio nem de cuidados (COELHO *et al.*, 2018; SCHWARZ; MACHADO, 2012).

Estudos com o objetivo de compreender a percepção do homem passível de adoecimento, com comprometimento das suas dimensões biopsicossocioculturais, com necessidades de apoio e de cuidados e que desmistificam a imagem ultrapassada e nociva de homem invulnerável, têm corroborado para fomentar políticas e ações dos profissionais de saúde. Contudo, os dados no âmbito nacional de saúde apontam ainda para a disparidade em relação à saúde das mulheres, quando se observa que homens de 20 a 59 anos adoecem e morrem mais que mulheres desta mesma faixa etária (COELHO *et al.*, 2018).

Um dos agravos mais incidentes responsáveis pela morbimortalidade dos homens é o câncer de próstata (BRASIL, 2018a). Ele acarreta ao homem prejuízos no seu contexto biopsicossocial, econômico, cultural e espiritual, além de causar estigmas que recaem sobre sua masculinidade, afetando profundamente a sua vida e o seu cotidiano, demonstrando as diversas demandas de saúde e de cuidado desta população (APPLETON *et al.*, 2015; MENEZES *et al.*, 2018; PORTO *et al.*, 2016; SEEMANN *et al.*, 2018).

A enfermagem, enquanto ciência direcionada aos cuidados, possui neste cenário um papel fundamental e um enorme potencial para o avanço nesta área de conhecimento. Tendo como base do conhecimento a Ciência da Saúde, ela se apropria da interdisciplinaridade das Ciências Humanas e Exatas para o entendimento de suas questões de pesquisa (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), 2019), o que contribui para elucidar as demandas de saúde e de cuidados dos homens, a partir de suas perspectivas, e, por conseguinte, para o avanço das políticas públicas direcionadas à esta população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta Revisão de Literatura se propõe a discorrer sobre aspectos relativos à Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, à contextualização do câncer de próstata, aos significados que os homens atribuem a esta doença e ao cuidado de enfermagem neste contexto.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

O perfil nacional de morbimortalidade de homens, de acordo com o Ministério da Saúde, está relacionado à violência, ao uso de álcool e drogas, a exposição à acidentes de trânsito e de trabalho, à pouca procura pelos serviços de saúde, ao não seguimento dos tratamentos recomendados, ao medo de descobrir doenças, à susceptibilidade as infecções por doenças sexualmente transmissíveis, à alimentação inadequada e à irregularidade na prática de exercícios físicos (BRASIL, 2018a).

No Brasil, quando comparado aos outros países, há muito a ser desenvolvido nesta questão, como pode ser evidenciado no resultado de estudo no qual os homens de 20 a 59 anos, comparados com as mulheres da mesma faixa etária, têm maior morbimortalidade, principalmente por causas externas (BRASIL, 2018a). Nos países do continente americano, três causas de morte demonstraram uma enorme diferença entre os sexos, como a violência interpessoal, traumatismos decorrentes de acidentes no trânsito e cirrose hepática pelo consumo do álcool (OPS, 2019).

Este perfil de morbimortalidade pode estar associado às construções relativas aos modelos de gênero, nas quais a representação da masculinidade se opõe a representação da feminilidade, desta forma, autores apontam que os homens têm mais dificuldades na busca por assistência em saúde, por associarem essa prática ao universo feminino (MACHIN *et al.*, 2011; MOURA *et al.*, 2014).

Desse modo, a maioria dos homens chega ao sistema de saúde por meio da atenção especializada, com queixas de intercorrências graves ou quando esta intercorrência é causa de impedimento ao trabalho, o que acarreta agravos em suas morbidades pela demora na procura dos serviços nos estágios iniciais da doença, demonstrando uma fraca relação com os serviços de prevenção e promoção de

saúde (BRASIL, 2008; KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012; SCHRAIBER *et al.*, 2010).

De maneira paradoxal, as mulheres precisaram se empoderar, se politizar e lutar para que iniciassem um maior protagonismo de seus cuidados, ao passo que os homens, para que conquistem esse protagonismo, devem primeiramente assumir as suas fragilidades e vulnerabilidades e aprender a falar sobre as suas demandas de cuidados, processo que tem apresentado avanços na sociedade contemporânea (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, MUSZKAT, 2018; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2019).

Neste contexto tem-se buscado cada vez mais sensibilizar o homem em relação às suas necessidades, bem como os profissionais de saúde, para que reconheçam as demandas em saúde da população masculina. Nesse sentido, foi decretada, em 27 de agosto de 2009, a PNAISH (BRASIL, 2009; SCHWARZ; MACHADO, 2012).

A PNAISH tem como objetivo promover ações em saúde para homens entre 20 e 59 anos de idade, com garantia de integralidade, equidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2009). Suas diretrizes utilizam a mesma lógica empregada para o atendimento de outros grupos populacionais, mas sua criação lança o olhar para um segmento que era reconhecido como menos suscetível à agravos em saúde do que outros, assim, a atenção ao homem ficava muito aquém daquela oferecida às mulheres, às crianças e às pessoas idosas (BRASIL, 2009; COELHO *et al.*, 2018).

Essa política é desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos: acesso e acolhimento, que objetiva reorganizar as ações de saúde por meio de uma proposta mais inclusiva; saúde sexual e saúde reprodutiva, que busca o reconhecimento dos homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos; paternidade e cuidado, que tem como foco a conscientização sobre os benefícios do envolvimento dos homens em todas nas fases da gestação, do parto e de cuidados; doenças prevalentes na população masculina, que busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, com foco na qualidade da assistência e prevenção de violências e acidentes (BRASIL, 2018b).

Para que as demandas assistenciais masculinas sejam atendidas, faz-se necessário compreender a saúde do homem nos diferentes níveis de atenção, com prioridade na Atenção Básica. As práticas em saúde devem ter como eixos os

princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e recomenda-se introduzir temas relacionados à atenção integral à saúde do homem na educação permanente dos trabalhadores em saúde e reorientar os serviços de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, de forma que os homens considerem os serviços de saúde como espaços também masculinos (COELHO *et al*, 2018).

É preciso compreender a heterogeneidade das possibilidades de ser homem, pois, considera-se que as masculinidades são históricas, sociais e culturalmente construídas em um processo contínuo, de forma que as representações sociais sobre a masculinidades vigentes podem comprometer o acesso à atenção integral, bem como podem aumentar a vulnerabilidade e risco à saúde (BRASIL, 2008; OPS, 2019).

Neste sentido, compreender esse universo é fundamental para que se promova a equidade na atenção a esta população, atentando-se às diferenças de idade e étnico-raciais; às condições socioeconômicas, ao local de moradia urbana ou rural; à situação carcerária, às deficiências físicas e/ou mentais e às identidades de gênero, como gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Dentre as morbidades, o câncer de próstata é o que mais acomete o homem e este contexto multicultural e heterogêneo de masculinidades deve ser entendido como parte de um todo, tomando-se o cuidado de não reduzir a saúde do homem somente aos aspectos ligados ao câncer de próstata (MEDRADO; LYRA; AZEVEDO, 2011), mas sim considerá-lo com um grave problema de saúde que deve ser visto imerso em um contexto amplo de cuidados.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Para discorrer sobre o câncer de próstata, fundamentou-se nas publicações recentes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), da Sociedade Brasileira de Urologia, e nos consensos internacionais sobre a temática.

De acordo com INCA (2019a), o câncer já pode ser considerado como o principal problema de saúde pública do mundo e está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. Estimativas mundiais revelaram que no ano de 2018 ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos (BRAY *et al.*, 2018).

O câncer de próstata é o quarto tipo de câncer mais incidente no mundo, com 1,3 milhões de casos em 2018, e o segundo tipo de câncer entre homens (13,5%) (BRAY *et al.*, 2018). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata ocupa a primeira posição no país em todas as regiões brasileiras, com um risco estimado de 72,35/100 mil na região nordeste; de 65,29/100 mil na região centro-oeste; de 63,94/100 mil na região sudeste; de 62,00/100 mil na região sul; e de 29,39/100 mil na região norte (INCA, 2019a).

No Brasil, estimam-se 65.840 casos novos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022, correspondendo a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2019a).

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata é a idade, de maneira que sua incidência aumenta de forma significativa após os 50 anos (INCA, 2019b). Outros fatores de riscos associados são a história familiar, fatores genéticos hereditários (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019), tabagismo e excesso de gordura corporal (MAULE; MERLETTI, 2012) e exposições a aminas aromáticas, arsênio e produtos de petróleo (INCA, 2019b).

O câncer de próstata é um adenocarcinoma dependente de androgênio com crescimento lento, com potencial metastático (BRASIL, 2016). De acordo com a extensão acometida, é classificado como câncer de próstata localizado, no qual a doença é assintomática; câncer de próstata localmente avançado, em que o homem já pode apresentar queixas urinárias, dor pélvica e uretero-hidronefrose e o câncer de próstata avançado ou metastático, em que pode haver presença de dor, anemia, caquexia, fraturas patológicas, entre outros (BRASIL, 2016; NARDOZZA JÚNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

Dada a sua gravidade, o câncer de próstata deve ser diagnosticado precocemente, porque aumenta a possibilidade de cura e diminui o risco de progressão e óbito pela doença (NARDOZZA JÚNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

Braga *et al.* (2017) constataram que o diagnóstico tardio do tumor, tratamentos não curativos e condição clínica comprometida estavam relacionados à pior sobrevida e ao maior risco de óbito de pessoas com câncer próstata no Brasil.

A campanha realizada em novembro denominada “Novembro Azul”, inspirada em movimentos difundidos em vários países, tem sido realizada com os objetivos de levantar questões sobre a saúde do homem, de incentivar a realização de exames preventivos do câncer de próstata, bem como de conscientizar a população da sua

importância. No entanto, ainda não há um consenso de como se deve delinear a prevenção do câncer de próstata (MODESTO *et al.*, 2018).

As estratégias para a detecção precoce do câncer de próstata envolvem o diagnóstico precoce, no qual se buscam pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença, como alteração na frequência e padrões urinários; hematúria visível e disfunção erétil, e o rastreamento, que de acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia em consonância com as diretrizes da Associação Europeia de Urologia, deve ser realizado por homens a partir dos 50 anos e a partir dos 45 anos para aqueles que têm história de câncer da próstata na família ou sejam de descendência afro-americana (EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU), 2020).

Os exames mais utilizados para a detecção precoce do câncer de próstata são o toque retal e a mensuração do antígeno prostático específico (PSA) no sangue. O exame do toque retal avalia o tamanho, a forma e a textura da próstata e tem por objetivo detectar alterações nesta glândula. Já o PSA é uma proteína produzida pela próstata, responsável pela liquefação do sêmen, e níveis elevados desta proteína no sangue podem estar associados às doenças benignas ou malignas da próstata (INCA, 2014).

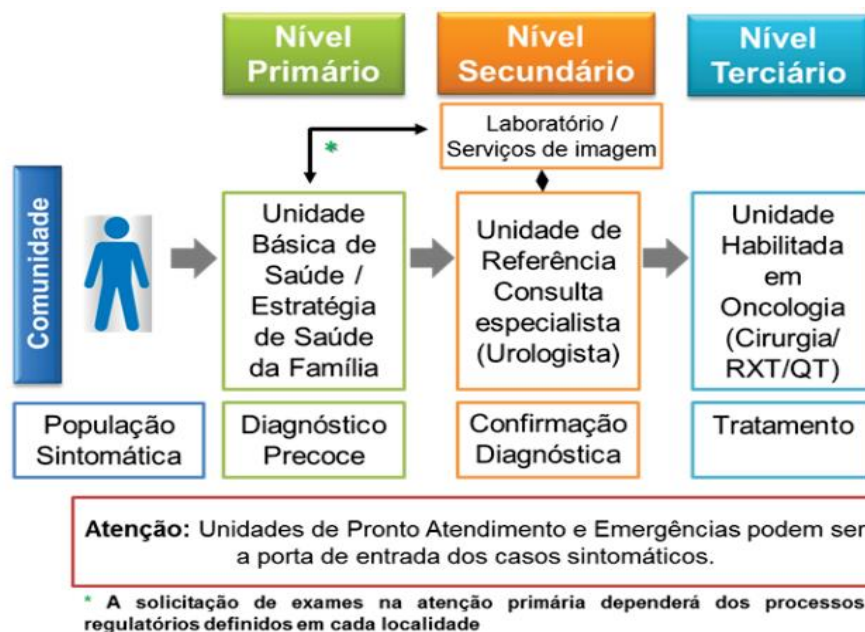
Porém, nenhum dos exames mencionados apresentam a especificidade necessária para o diagnóstico e a estratificação de possíveis neoplasias. Para tanto, são imprescindíveis outros exames, como a ultrassonografia pélvica ou prostática transretal, de forma que o resultado da ultrassonografia pode indicar se há necessidade de se realizar a biópsia prostática transretal. O diagnóstico conclusivo do câncer de próstata é realizado por meio de biópsia para análise histopatológica do tecido prostático (INCA, 2019b).

Estudos demonstraram que a detecção precoce corrobora para a diminuição do estágio de apresentação do câncer de próstata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Para tanto, deve-se despertar nos homens, na população e nos profissionais de saúde a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas, a fim de se facilitar o acesso dos homens aos serviços de saúde de promoção e prevenção (INCA, 2019b), uma vez que a maioria dos homens ainda chega ao sistema de saúde por meio da atenção especializada (BRASIL, 2008; KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012; SCHRAIBER *et al.*, 2010).

O informativo Detecção Precoce de 2017, elaborado em conjunto, pelo INCA

e o Ministério da Saúde, apresentam um fluxograma com os principais pontos de atenção relacionados ao diagnóstico precoce do câncer de próstata no Brasil, conforme apresentado na figura 1.

Figura 1- Principais pontos de atenção para o diagnóstico precoce do câncer de próstata.



Fonte: INCA, 2017

A detecção precoce e o rastreamento têm demonstrado os seus benefícios na redução da mortalidade, melhor prognóstico da doença e tratamento mais efetivo. Contudo, os riscos incluem resultados falso-positivos, que geram ansiedade e excesso de exames; resultados falso-negativos, que geram falsa tranquilidade para o paciente e a identificação de tumores de comportamento indolente, diagnosticados e tratados de maneira desnecessária (INCA, 2014).

Os exames são importantes não apenas para o diagnóstico precoce, mas também, para o estadiamento da doença e para direcionar a conduta terapêutica. Desse modo, o toque retal pode contribuir para o diagnóstico e estadiamento clínico, de maneira que a ausência do tumor é classificada como T1 e a presença de nódulo palpável é classificada como tumor no estágio T2; quando a delimitação da próstata não está nítida ou a glândula não apresenta mobilidade ao toque, o estadiamento será T3 e a presença de massa extensa, endurecida e fixa pode sugerir um tumor T4 (MAGNABOSCO, 2014).

A Sociedade Brasileira de Urologia também se respalda no sistema de estadiamento da 7ª edição da “Union Internationale Contre le Cancer” (UICC) (2009)

segundo a classificação de Tumor, Nódulo, Metástase (TNM), obtida por meio de resultados anatomopatológicos, de imagem e exames laboratoriais (HEIDENREICH *et al.*, 2012).

Outra medida de avaliação utilizada é o Escore de Gleason, que consiste em uma análise anatomopatológica, a partir de tecido da próstata obtido por cirurgia ou biópsia, que pontua o câncer de próstata de um a cinco, baseando-se em sua aparência microscópica, considerando que os maiores escores indicam piores prognósticos (NELSON *et al.*, 2008).

A conduta terapêutica depende do estadiamento da doença, da idade e do estado geral de saúde do homem, devendo cada caso ser analisado individualmente (INCA, 2019b).

O INCA (2019b) estabelece as modalidades de tratamento, descritas a seguir. A vigilância ativa, que consiste no monitoramento periódico do caso, e é aplicada às pessoas classificadas como baixo risco, sendo desnecessário o tratamento imediato. Ela envolve a periodicidade na realização dos exames de PSA e toque retal, além da realização de biópsias. Na modalidade cirúrgica, a mais utilizada é a prostatovesicuclectomia radical, que consiste na ressecção total da próstata, vesículas seminais ou outras estruturas pélvicas. Os efeitos colaterais mais comuns são a incontinência urinária e a disfunção erétil. A cirurgia robótica apresenta maior precisão, recuperação mais rápida e menor risco de efeitos colaterais. No entanto, está pouco difundida entre as instituições públicas, devido seu elevado custo de implantação, alto nível de treinamento e experiência.

A terapia com utilização de radiação ionizante pode envolver a teleterapia ou a braquiterapia. No primeiro caso, a radioterapia é realizada várias vezes por semana e os efeitos colaterais mais comuns são diarreia, micção frequente, ardor ao urinar, sensação de bexiga cheia e hematuria, com a vantagem de apresentar um risco menor para incontinência e dificuldades de ereção comparado à cirurgia. A braquiterapia, por sua vez, consiste na aplicação temporária ou permanente de sementes radioativas na próstata (INCA, 2019b).

A hormonioterapia tem como alvo a inibição dos hormônios androgênicos que estimulam o crescimento do câncer. Associada à radioterapia, pode reduzir o volume tumoral e pode ser indicada nos casos de metástase ou recidiva. Essa privação hormonal pode ser obtida por meio da castração cirúrgica (orquiectomia bilateral ou castração química), sendo esta modalidade mais aceita pelos homens. Os efeitos

colaterais, em ambos os casos, são a perda da libido, ondas de calor, ginecomastia, osteoporose, fraqueza, perda de massa muscular, depressão, aumento do peso e risco de doenças cardiovasculares.

Também pode ser indicado o uso de drogas que bloqueiam a ação dos hormônios androgênicos, como a abiraterona e a enzalutamida, e são recomendadas quando há resistência às terapias de privação androgênica.

A quimioterapia é utilizada nos casos em que a hormonioterapia não é capaz de conter a doença. Os efeitos colaterais mais comuns são náuseas, vômitos, alopecia, anemia e mucosite, além de risco maior de infecções.

Em caráter paliativo para o alívio dos sintomas, pode-se indicar a ressecção transuretral da próstata e os medicamentos, como corticosteroides e bisfosfonatos, utilizados para alívio das dores ósseas, nos casos de metástase.

2.3 SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS PELO HOMEM AO CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata, os exames diagnósticos e as suas modalidades terapêuticas trazem uma série de implicações à vida do homem, afetando as dimensões física, social, psicológica, cultural e espiritual e, como consequência, o comprometimento da sua qualidade de vida em diversos aspectos.

Neste contexto, na medida que o homem se constrói, numa sociedade em que ainda se prevalece os ideais hegemônicos de masculinidade, ele pode ser influenciado pelo significado da doença câncer e pelo estigma do rastreamento do câncer de próstata, e, desta forma, se sentir incomodado, inibido, com medo e vergonha de se submeter aos exames preventivos (ARAÚJO *et al.*, 2013; BELINELO *et al.*, 2014), o que pode levar à dor, à tristeza, às dificuldades de inclusão social e, sobretudo, a aumentar os seus riscos à saúde (BELINELO *et al.*, 2014).

Estudos que buscam pela compreensão do homem com câncer de próstata são escassos, principalmente no âmbito nacional. Constatou-se nos estudos de Coutinho, Costa Filho e Oliveira (2018); Gilbert *et al.* (2013) e de Ussher *et al.* (2017) que o câncer de próstata produz alterações na sexualidade com repercussões importantes sobre a identidade masculina, configurada pelos ideais de masculinidade, representando seus corpos como frágeis, doentes e debilitados (MARTINS; NASCIMENTO, 2017).

Lima e Hahn (2016); Moynihan *et al.* (2017); Porto, Carvalho, Fernandes e

Ferreira (2016), perceberam que o câncer de próstata traz como consequência sentimentos negativos manifestos por sensação de tristeza, medo, baixa autoestima, isolamento social e morte.

Diante das práticas empreendidas para a prevenção do câncer de próstata, o toque retal foi percebido pelos homens como uma violação da condição masculina, relacionada a uma prática homoerótica, o que colabora para a resistência na realização do exame (ALMEIDA; SOUZAS; DOS-SANTOS, 2020).

Alexis e Worsley (2017) concluíram em sua revisão sistemática que o senso de masculinidade dos homens foi diminuído no pós-tratamento do câncer de próstata, uma vez que eles não mais podiam exercer sua virilidade em decorrência dos efeitos adversos do tratamento.

Araújo *et al.* (2013) constataram que as representações sociais atribuídas ao câncer de próstata foram reconhecidas como problema que os impede de ter uma vida normal e a próstata como representação da masculinidade, uma vez que lhe atribuíram como responsável pelo desejo e prazer sexual, pela reprodução e pela ereção.

Martins e Nascimento (2017) corroboram com os autores ao constatarem que o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico são fenômenos complexos e fortemente relacionados aos modos de vida dos homens, permeados pelos significados socialmente construídos e atribuídos às masculinidades, sendo, portanto, uma experiência sociocultural (ARAÚJO *et al.*, 2013).

As normas sociais que valorizam as práticas masculinizantes e a estreita relação entre o modelo culturalmente construído de masculinidade e a sua influência na concepção da doença e do tratamento, comprometem a procura por cuidados médicos, a realização de exames de rastreio e a adesão a tratamentos convencionais da doença (ARAÚJO; NASCIMENTO; ZAGO, 2019).

Estudo com objetivo de analisar a percepção de homens e de suas companheiras acerca dos desafios pós prostatectomia, evidenciou relatos de dificuldades relativas ao diálogo, ao distanciamento do casal e ao sentimento recorrente de que eram rejeitados por suas esposas (AZEVEDO *et al.*, 2018).

Em busca de evidenciar o impacto das terapêuticas sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, foram considerados como fatores, a prostatectomia (IZIDORO *et al.*, 2019), a hormonioterapia (ORÁÁ-TABERNERO; CRUZADO, 2019; CHAVES *et al.*, 2019) e a hormonioterapia associada à radioterapia (QUIJADA; FERNANDES;

RAMOS; SANTOS, 2017).

Autores observaram que os tratamentos sistêmicos, como a hormonioterapia e a quimioterapia implicaram em pior qualidade de vida relacionada a saúde do que terapêuticas locais, como a prostatectomia e radioterapia em homens com câncer de próstata (ORAÁ-TABERNERO; CRUZADO, 2019). Quijada, Fernandes, Ramos e Santos (2017) apontaram que tanto a hormonioterapia, como a quimioterapia apresentaram significativo impacto na qualidade de vida, afetando principalmente a função sexual dos homens.

Compreender a percepção dos homens sobre a doença, os exames diagnósticos e a terapêutica, contribuem para que os enfermeiros e os outros profissionais de saúde possam lidar melhor com os homens adoecidos pelo câncer de próstata (ARAÚJO; NASCIMENTO; ZAGO, 2019) e ofertar cuidados congruentes às suas necessidades e as suas singularidades.

2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA

A partir da confirmação do diagnóstico de câncer, inúmeras mudanças são vivenciadas pelo homem e seus familiares, com importante comprometimento da qualidade de vida. Em vista do tratamento prolongado, que pode chegar aos cuidados paliativos, o câncer exige dos envolvidos uma luta por suas vidas, processo permeado por angústia e incertezas (VARGAS, 2013).

Neste caminho de dúvidas, dificuldades e limitações, as pessoas com câncer necessitam ser acompanhadas durante todo este percurso por uma equipe multidisciplinar, de forma que o enfermeiro é apontado como um profissional habilitado e disponível para atuar de forma efetiva no atendimento destas demandas (PRETTYMAN, 2019; VARGAS, 2013).

Evidências que colocam em perspectiva os cuidados de enfermagem aos homens com câncer de próstata, corroboram com autores (BELUN-VIEIRA; MCLNNESS; SHERIFF, 2016; CARVALHO; CRISTÃO, 2012; CHAMBERS *et al.*, 2018; VARGAS, 2013).

Os cuidados de enfermagem devem ser realizados em diferentes contextos, na atenção básica, na clínica hospitalar, no centro cirúrgico, no serviço de quimioterapia e de radiologia e na condição paliativa, por meio do desenvolvimento de ações para a promoção em saúde, prevenção de agravos, procedimentos

diagnósticos, tratamento, remissão, reabilitação, recidiva e para a terminalidade (SILVA; CRUZ, 2011; VARGAS, 2013).

Estas ações devem ter como eixos norteadores as diretrizes nacionais preconizadas pelo Humaniza SUS, os princípios do acolhimento, do vínculo e da responsabilização (BRASIL, 2015; RENNÓ; CAMPOS, 2013; VARGAS, 2013).

Barros, Lima e Santos (2015) ao caracterizarem as dissertações e teses que abordaram os cuidados de enfermagem em oncologia, constataram que os maiores enfoques dos estudos foram atribuídos à humanização do cuidado, ao cuidado, a avaliação da assistência de enfermagem e saúde/segurança do paciente.

No âmbito da atenção básica, deve-se favorecer o acesso dos homens às unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com horários estendidos que atendam às suas necessidades e a equipe multiprofissional deve estar sensível à estas demandas (BIONDO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2012).

Para tanto, é importante estabelecer uma relação dialógica com os homens, com o intuito de conhecer o que para eles tornaria o atendimento das ESF mais acessível e resolutivo.

Nesse contexto, a enfermagem desempenha um papel relevante na promoção e na prevenção do câncer de próstata, na medida em que a educação em saúde, por meio de estratégias inovadoras, tem contribuído para desmistificar o ideal de invulnerabilidade masculina e para a redução do preconceito do homem em relação ao exame preventivo, realizado por meio de toque retal, favorecendo a aproximação do homem aos serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2008) e possibilitado a discussão dos fatores de risco para o câncer de próstata. Essas ações devem ter o caráter longitudinal, e não somente em campanhas restritas ao mês de novembro (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Em relação às ações educativas sobre os fatores de risco para o câncer de próstata, deve-se priorizar a importância da alimentação saudável com restrição aos alimentos processados, a prática de atividade física, a manutenção do peso corporal, a cessação do tabagismo e do consumo de bebidas alcóolicas, bem como, a ampla divulgação dos principais sintomas, o que favorece o diagnóstico precoce da doença (BIONDO *et al.*, 2020; INCA, 2017).

No processo do tratamento, da recuperação e da transição hospital-domicílio, os cuidados referem-se à gestão dos efeitos do câncer e do tratamento, incluindo o controle dos sintomas físicos, psicológicos, emocionais e os efeitos colaterais,

durante o percurso da doença e do pós-tratamento (MULTINATIONAL ASSOCIATION OF SUPPORTIVE CARE IN CANCER-MASCC, 2020). Estudos têm ressaltado o papel da enfermagem no atendimento destas necessidades de suporte de cuidados de homens com câncer de próstata (ALLCHORNE; GREEN, 2016; ANDERSON, 2017).

Para Anderson (2017), o momento de “dar a notícia” de que o homem apresenta o câncer de próstata é delicado, pois, a maioria teme recebê-la. Nessa etapa, o enfermeiro, inserido em uma equipe multidisciplinar, é essencial, tendo em vista a sua visão holística, sua capacidade de comunicação e de avaliação dos componentes físicos, emocionais, psicossociais, espirituais e culturais, constituindo o suporte necessário para que os homens possam enfrentar esse processo com menos sofrimento.

Para tanto, a comunicação deve ser efetiva, e não se limitar a realização de consultas e a distribuição de folhetos. Deve-se implementar instrumentos e estratégias que avaliem questões específicas do câncer para o melhor planejamento dos cuidados de enfermagem e consequente melhoria na qualidade de vida (ALLCHORNE; GREEN, 2016; SONG *et al.*, 2015). Moule, Pollard, Armoogum e Messer (2015) constataram benefícios ao utilizarem recursos digitais para essa abordagem.

No cenário nacional, não há evidências científicas da atuação de enfermeiros clínicos que liderem serviços específicos para o atendimento de homens com câncer de próstata. Por outro lado, no âmbito internacional, a atuação desses enfermeiros tem sido considerada de suma importância para a qualidade da assistência (BELUN-VIEIRA; MCLNNESS; SHERIFF, 2016; CADET *et al.*, 2019; JONES *et al.*, 2016; PRETTYMAN *et al.*, 2019).

Em relação ao tratamento, o procedimento cirúrgico da prostatectomia radical é uma das intervenções mais utilizadas, mas, pode causar nos homens, uma série de mudanças físicas e psicológicas, como a diminuição da capacidade física, espasmos dolorosos da bexiga, fadiga, infecção do trato urinário e da incisão cirúrgica, constipação, impotência sexual, incontinência urinária, ansiedade e depressão (ILIC, 2017; KONG; DEATRICK; BRADWAY, 2017; MATA *et al.*, 2015).

Neste contexto, a enfermagem deve-se atentar para os cuidados em todas as etapas do período perioperatório, que envolvem a avaliação pré-operatória, o estado geral de saúde, o suporte, o restabelecimento da função renal e garantia de boa

recuperação pós-operatória (HUNTER; MOORE; GLAZENER, 2007) e para as demais dimensões da pessoa.

Estudo que avaliou os cuidados de enfermagem prestados nesse período, identificou fragilidades, principalmente quanto ao ensino para o cuidado domiciliar (MATA; FERREIRA; CARVALHO, 2013). Neste sentido, salienta-se a relevância do profissional de enfermagem no planejamento para alta, a fim de se assegurar a compreensão das orientações dos cuidados pós-prostatectomia (SALDANHA *et al.*, 2014). Nesta direção, Mata *et al.* (2019) ao realizarem um programa de ensino com orientações verbais e escritas e o acompanhamento telefônico pós alta, demonstraram que a intervenção foi efetiva e contribuiu para melhoria do conhecimento dos cuidados em domicílio e do vínculo entre os envolvidos, o que impactou positivamente no aumento da satisfação.

Em relação a radioterapia, ela pode ocasionar reações adversas, como a fadiga, a perda de apetite e reações na pele (VARGAS, 2013), considerando que essas reações são vistas como parte inevitável do tratamento. O enfermeiro é o profissional indicado para intervir neste contexto, com objetivo de abrandar os sinais e sintomas e atuar nas ações educativas e preventivas, como forma de minimizar as toxicidades das radiações (ARAÚJO; ROSAS, 2008; INCA, 2008). Também, como parte do cuidado, o enfermeiro exerce ações administrativas e gerenciais, tais como o controle de insumos e o planejamento da assistência de enfermagem, ressaltando a importância da capacitação profissional para lidar com as exigências do tratamento e a individualidade de cada homem (SOUZA *et al.*, 2017).

Em relação à quimioterapia para o câncer de próstata ela é mais indicada para o tratamento da doença metastática avançada e refratária à hormonioterapia (BRASIL, 2016; CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY, 2015). Estudos evidenciaram o papel da enfermagem na identificação dos efeitos adversos decorrentes dos medicamentos quimioterápicos e no planejamento de ações de prevenção, detecção, avaliação e tratamento imediato de quaisquer efeitos colaterais, além de educação e suporte contínuos durante todo o tratamento (DOYLE-LINDRUD, 2012; HARDWICK, 2012).

Na hormonioterapia, esperam-se queixas de fadiga, dor óssea devido à osteoporose, ginecomastia, ondas de calor e impotência (CHAVES *et al.*, 2019; CHERRIER; AUBIN; HIGANO, 2009; MARCHETTI; EGGNER, 2011).

O estudo de Araújo, Barbosa e Barichello (2014) constatou que homens em

tratamento hormonal apresentavam distúrbios do sono, e que a enfermagem, ao se apropriar de instrumentos que possibilitaram investigar distúrbios do sono e impacto na qualidade de vida, implementaram um melhor atendimento.

A doença em estágio avançado pode evoluir para a condição de impossibilidade de cura, com presença de sinais e sintomas pouco controláveis, como dor, náuseas, vômitos, anorexia, fadiga, depressão, ansiedade, constipação, entre outros, causando um forte impacto na vida das pessoas. Assim, os cuidados prestados deixam de ser curativos e passam a ser paliativos (FREIRE *et al.*, 2018; LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2016; PIACENTINI; MENEZES, 2013).

As intervenções neste contexto têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sendo que os profissionais de saúde devem atuar no alívio da dor e de outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (INCA, 2018). Neste cenário, este estudo ressalta a importância de uma comunicação efetiva das pessoas em cuidados paliativos e familiares com os profissionais de enfermagem, uma vez que os pacientes podem expressar melhor suas necessidades e o enfermeiro pode auxiliar de maneira mais eficaz no controle de seus sintomas e no aporte emocional (ANDRADE *et al.*, 2019).

Em síntese, a literatura aponta para a relevância da atuação da enfermagem nos diferentes contextos e na trajetória dos homens com câncer de próstata em busca do tratamento e da cura.

2 JUSTIFICATIVA

Enquanto acadêmica e profissional integrante de projetos de extensão que tem como propósito os cuidados às pessoas com condições crônicas, pude observar o impacto da cronicidade na vida das pessoas e a importância de receberem acompanhamento contínuo e integral por uma equipe multidisciplinar que as olhassem de forma abrangente e sensível, oferecendo cuidados individualizados e coerentes com a sua realidade social.

O interesse pela saúde do homem e pelo câncer de próstata surgiu de uma vivência que me trouxe muitas inquietações. Essa experiência se tratou de uma ação voltada para a educação em Diabetes e Hipertensão oferecida por solicitação de uma empresa que tem homens na quase totalidade dos seus trabalhadores.

Nós, integrantes do projeto, aferimos a pressão arterial dos homens e realizamos seminários sobre o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, mas, quando abrimos para a discussão, a temática de maior interesse para o debate foi o câncer de próstata.

Porém, os homens que se arriscaram a fazer perguntas foram muitas vezes ridicularizados pelos colegas de trabalho, que prontamente fizeram algumas “piadinhas” sobre os seus questionamentos. Esse clima de humor se encerrou e todos se atentaram quando a professora responsável pela ação começou a falar de forma aberta sobre o câncer de próstata, trazendo informações claras sobre os exames, sobre os sinais indicativos e sobre os cuidados. Desta forma, demonstrou-se qual era a verdadeira demanda por conhecimento que eles apresentavam.

Essa passagem me despertou reflexões de como nós, enquanto graduandos, não estávamos preparados para essa abordagem, visto que no âmbito acadêmico os conteúdos didáticos voltados para a saúde do homem não trouxeram elementos que nos possibilitassem a compreensão do homem enquanto sujeito, ao passo que havia disciplinas exclusivas para saúde da mulher e da criança que apresentavam uma visão muito ampla sobre seus conteúdos.

Reconhece-se a importância desta compreensão na medida que se entende que os significados atribuídos pelas pessoas aos objetos e aos fenômenos direcionam as suas ações. Os profissionais de saúde, ao compreenderem os significados que os homens atribuíam à próstata e ao câncer de próstata, podem planejar e implementar ações de cuidados mais coerentes e contextualizadas, de

forma a atender as suas demandas.

Desse modo, as ações educativas corroboram para as mudanças de comportamento dos homens e, portanto, para a ressignificação do cuidado em direção às ações preventivas, o que contribui para redução das taxas de incidência e mortalidade do câncer de próstata.

Acrescenta-se para a sua relevância a escassez de estudos que buscam pela compreensão dos significados do câncer de próstata fundamentados no referencial das Representações Sociais.

4 OBJETIVOS

Este estudo apresenta os seguintes objetivos:

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as representações sociais sobre o câncer de próstata segundo homens em atendimento oncológico.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil das pessoas com câncer de próstata abordadas segundo aspectos sociodemográficos, clínico-assistenciais e do estado geral de saúde;
- b) Analisar os significados do câncer de próstata segundo o sujeito coletivo de homens atendidos em um hospital sul mineiro.

5 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) configuram o referencial teórico-metodológico do presente trabalho. Esses referenciais se mostraram aplicáveis às diversas áreas das ciências da saúde e, na enfermagem, estão sendo utilizados em vários âmbitos, como na atenção básica, nos cuidados paliativos, na saúde da mulher e no gerenciamento hospitalar (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009; GOULART, 2018; LIMA, 2013; MINAME, 2017; NASCIMENTO, 2016; PAIXÃO, 2013). Neste sentido, considerando-se a aplicabilidade e viabilidade destes referenciais em trazer luz às subjetividades dos sujeitos envolvidos, justifica-se seu emprego como ponte para o alcance do objetivo proposto.

5.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

Oliveira e Werba (2012) apontaram que não é fácil discorrer sobre o fenômeno das representações sociais (RS). Para tais autores, na medida em que o estudioso se aproxima da sua compreensão conceitual, o conceito se expande, tornando essa busca contínua, fazendo com que sua delimitação seja quase uma “utopia”. Moscovici (1978, p.41) já compreendia essa amplitude conceitual, ao dizer que é fácil se apreender a realidade das RS, o que não ocorre, com o seu conceito, que pode ser delineado em meio a uma “encruzilhada” de princípios sociológicos e psicológicos.

Diversos autores se empreenderam nesta “encruzilhada”, de maneira a contribuir para o acesso e entendimento da TRS. Contudo, para o presente estudo, resgatou-se o conceito de RS delineado por Serge Moscovici no fim da década de 1950 e início da década de 1960, bem como sua abordagem na esfera da psicologia social. Essa escolha se justifica, pois, tal referencial será norteador para tecer as considerações e aplicações ora trabalhadas ao nível dos significados relacionados ao processo saúde-doença, em especial, os que emergem sobre o câncer de próstata.

O precursor da TRS foi Émile Durkheim (1858-1917) sociólogo, psicólogo social e filósofo francês. Possui este mérito, por seus apontamentos sobre as Representações Coletivas (SANTOS; DIAS, 2015; QUINTANEIRO, 2002). Para ele,

as representações coletivas “traduzem a maneira como os grupos se pensam nas suas relações com os objetos que os afetam”, de forma, que podem ser consideradas como uma expressão do fato social, definido como uma poderosa força dotada de algum interesse social que é transmitida ao indivíduo no seu processo de educação, influenciando-o em sua maneira de agir, de pensar e de sentir (DURKHEIM, 2004, p 26-37; QUINTANEIRO, 2002; SANTOS; DIAS, 2015).

Nesta visão, o indivíduo se submete de forma passiva ao poder exercido pelo interesse coletivo, o qual determina seu modo de pensar e de se relacionar. Assim, a influência dessa “força coletiva” sobre o indivíduo pode ser revelada pelas representações coletivas. Segundo essa perspectiva, as representações individuais são insignificantes perante as coletivas, pois, além de serem a minoria, logo que identificadas pelo coletivo, são condenadas, e os sujeitos que as expressam ficam a margem da sociedade, que pode se voltar contra eles, despertando neles o sentimento de não pertencimento (DURKHEIM, 2004, p 3-40; SANTOS; DIAS, 2015).

Sob o prisma apresentado por Durkheim, deveria haver dissociação no estudo das representações, de modo que a sociologia investigasse as representações coletivas e a psicologia e a biologia, as individuais, por estas se tratarem de exceções sem muita influência no imaginário coletivo e pouco estáveis quando comparadas às coletivas (DURKHEIM, 2004, p 37; QUINTANEIRO, 2002).

Esta verticalização unilateral do social sobre o individual proposta por Durkheim foi uns dos principais pontos de divergência com Moscovici (1978, p.42) que, apesar de concordar que a vida social é uma condição para que o pensamento individual se organize, considerava que faltava clareza nos pressupostos de Durkheim sobre a descrição dos modos de organização do pensamento, mesmo que todos fossem originados pela sociedade.

Moscovici (1925-2014) psicólogo romeno radicado na França, sob influência de Durkheim, Piaget, Vygotsky e Levy-Bruhl, aprofunda-se nesta temática e avança na tentativa de compreender as Representações para além da sua definição, com o objetivo de desvelar seus mecanismos (CASTRO, 2002).

Desta forma, Moscovici desenvolve, amplia e avança na compreensão das Representações Coletivas de Durkheim. Não dissociando a sociologia da psicologia, nem o individual do coletivo, em 1961, na sua tese, *La Psychanalyse: son image et son public*, ele passa a tratar estes fenômenos como representações sociais

(CASTRO, 2002).

Em seu livro intitulado, *A Representação Social da Psicanálise*, Moscovici compreende as RS como:

[...] Entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados. Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica (MOSCOVICI, 1978, p.41).

Neste trecho inicial, Moscovici já deixa claro a dinamicidade e a presença das RS nas diversas interações sociais, bem como a capacidade de interação entre as dimensões individuais e coletivas. Para ele, as pessoas e grupos não são receptores passivos, isto é, podem gerar suas próprias e específicas representações, apreendendo-as por meio dos acontecimentos, das ciências e das ideologias, que lhes fornecem apenas “alimento para o pensamento” (MOSCOVICI, 2015, p.45).

Sob este prisma, as RS agregam, incorporam, abrangem e traduzem os significados apreendidos por meio de contextos sociais históricos, cristalizados ou incorporados recentemente ao senso comum, que são influenciados pelas produções culturais, pelas visões de mundo de determinada época histórica, pela pertença aos grupos e pelas inovações científicas. Dessa forma, as RS podem revelar concepções de mundo estáveis ou diversas e contraditórias ao discurso social (SPINK, 1993).

Assim, as RS são maneiras de compreensão e de comunicação, ocupando posição entre as percepções apreendidas pelo cotidiano e os significados atribuídos pelas pessoas, de maneira que estas passam a reproduzir o mundo de uma forma que lhes faça sentido (MOSCOVICI, 2015, p.46). Essa perspectiva moscoviciana atrelada à concepção da teia de significados que sustenta o cotidiano e sem a qual as sociedades não existem (SPINK, 1993) é que compõem o arcabouço teórico do presente estudo. Para a abordagem pesquisada, apresentada e discutida, prevê-se natural indissociação entre as concepções de representações sociais e significados. Assume-se, dessa forma que, ao se perguntar o que representa algo para um sujeito coletivo, as ideias centrais das respostas obtidas não se diferirão dos significados acessados por meio da análise do discurso.

Para Moscovici, as RS possuem duas faces: uma icônica (atribuída ao que se

conhece) e outra simbólica (atribuída ao significado que se dá ao que se conhece) (MOSCOVICI, 2015, p.46). A título de exemplo, se um homem que se encontra em uma recepção de uma Estratégia de Saúde da Família lê um cartaz da campanha novembro azul e esse cartaz diz: “O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer que mais mata homens no Brasil” (face icônica), este homem pode dar diversos significados a esta informação. Se ele fala: “o exame diagnóstico não é coisa de homem” ou “eu trabalho muito não tenho tempo para ficar doente” (face simbólica), ele pode agir não marcando consulta, mas se ele exprime “eu não quero morrer, tenho ainda que sustentar minha família” (face simbólica), ele pode agir marcando consulta. Desta forma, compreende-se que a mesma informação produz formas diferentes de pensar e agir.

Ainda de acordo com Silva¹ (2012 *apud* NASCIMENTO, 2016, p.35), as RS podem ser formadas e estruturadas por meio do simbolismo e da figuração. De maneira que a atribuição de significados por meio da figuração ocorre pela intensa aproximação do sujeito com o fenômeno de interesse e, neste olhar, os sujeitos apresentam uma descrição profunda, complexa e rica em sentimentos e percepções assimiladas pelos sentidos. Enquanto, ao simbolizarem, os indivíduos apresentam um contato menos intenso com o objeto, elaboram significados por meio do contato com imagens e símbolos associados, apreendidos pelo cotidiano sem terem experiências próximas com o evento de interesse.

Em relação ao lugar ocupado pelas RS em uma sociedade, Moscovici (2015, p.49-53) propõe a existência dos universos consensual e reificado. Para ele, no universo consensual, a sociedade é constituída por seres humanos que agem e reagem de acordo com sentidos e finalidades, em seu aspecto visível e contínuo. Neste lugar, o ser humano é a medida dele mesmo. Enquanto que, no universo reificado, a sociedade é percebida como um sistema de entidades fixas, indiferentes ao individual, sendo que neste sistema se segrega o que é verdadeiro do que não o é, de forma que as coisas são neste caso a medida do ser humano.

Neste contexto, as ideias expressas sob a percepção consensual podem ser proferidas com uma certa uniformidade, pois os sujeitos neste contexto são pertencentes à sociedade como iguais, com as mesmas competências, de maneira

¹ SILVA, J. V. da. Os significados de espiritualidade e religiosidade: as representações sociais de segmentos populacionais de cidades sul-mineiras. 2012. 310 f. Tese (Pós-Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

que esse conhecimento é adquirido nas conversas informais, na vida cotidiana e pelos grupos de iguais (MOSCOVICI, 2015, p. 49-50; ARRUDA, 2002, p.130; REIS; BELLINI, 2011).

Já no universo reificado, os membros pertencem às classes diferentes e, portanto, assumem papéis distintos, de acordo com sua competência e com seu mérito, de maneira que o sujeito fala por sua classe e as representações são construídas por especialistas (ARRUDA, 2002, p.130; MOSCOVICI, 2015, p. 49-50; REIS; BELLINI, 2011).

As RS, enquanto dimensões dos grupos sociais, são constituídas por proposições, reações e avaliações emitidas pelo “coro” coletivo, organizadas segundo as classes, as culturas e os grupos, constituindo-se em universos de opiniões que, de acordo com o autor, apresentam três dimensões, a atitude, a informação e o campo de representação (MOSCOVICI, 1978, p. 67).

A informação está associada à forma como um grupo organiza seus conhecimentos a respeito de um objeto social; a atitude refere-se à orientação avaliativa do grupo em relação ao objeto das RS e o campo de representação, à ideia que o grupo possui da imagem perante seu conteúdo concreto, preciso e limitado do objeto da representação (CASTRO, 2002; MOSCOVICI, 1978, p.67-71).

Outro alicerce ao qual Moscovici se apoia na defesa das RS é o porquê as pessoas criam as RS e como se explicam suas propriedades cognitivas. Para isso, ele estabeleceu três hipóteses gerais, a saber: a pessoa ou um grupo pode procurar criar imagens que irão tanto revelar ou ocultar suas intenções, respondendo às suas necessidades, também podem criá-las a fim de solucionar tensões psíquicas ou emocionais, restaurando-lhes, assim, um grau de estabilidade interna, ou, com o objetivo de exercer controle sobre um determinado comportamento individual (MOSCOVICI, 2015, p. 53-54).

No entanto, mesmo que este autor considere estas hipóteses verdadeiras, ele as classifica também como genéricas, e sintetiza que “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não-familiar ou até a própria não-familiaridade” (MOSCOVICI, 2015, p. 54). Nesta direção, para que esse processo de “familiarização” ocorra, ou seja, para a elaboração das RS, dois processos são fundamentais: a ancoragem e a objetivação (MOSCOVICI, 2015, p. 60-61).

A ancoragem corresponde ao processo que possibilita que algo considerado estranho, que cause inquietação em uma pessoa ou grupo, seja atribuído a um

paradigma considerado apropriado. Ancorar, em síntese, é dar nome a alguma coisa que não tinha nome, de maneira que, ao classificá-la, pode-se aproximar-se dela (MOSCOVICI, 2015, p.61-62).

Como exemplo do processo de ancoragem, um grupo de homens com mais de 70 anos, moradores de alguma cidade pequena, com pouco acesso às tecnologias de informação, que olhasse para um grupo de homens jovens, usando camisetas cor de rosa, calças justas, com sobancelhas feitas, cabelo e barba estilizados poderia imprimir sobre este grupo o comentário: “olhem aqueles homossexuais”. Demonstrariam assim, o desconhecimento dos novos conceitos de beleza e de vaidade assumidas pelo homem contemporâneo, atribuindo a este grupo o conceito apreendido no passado de como um homem heterossexual devesse se vestir.

Por outro lado, a objetivação faz uma ponte entre a não-familiaridade e a percepção da realidade, transformando noções abstratas em algo concreto, quase que tangíveis (MOSCOVICI, 2015, p. 71). Este processo de objetivação passa por três etapas:

“[...] a descontextualização da informação por meio de critérios normativos e culturais; a formação de uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e a naturalização, ou seja, a transformação destas imagens em elementos da realidade” (SPINK, 1993, p.[306]).

Ao se apropriar de temáticas relacionadas à saúde do homem para exemplificar os conceitos trazidos por Moscovici, tem-se o seguinte exemplo de objetivação: se um grupo de homens idosos observasse um pai cuidando de seu bebê com amor e zelo, eles poderiam lançar o seguinte comentário: “Parabéns! Você cuida de seu bebê como uma mãe!” Desta forma, ao desconhecerem essa forma cuidadosa de paternidade, eles atribuem um conceito concreto apreendido de cuidado maternal àquilo que não lhe é familiar, para que, assim, se gere um sentido mais plausível para seu processo de significação.

Jovchelovitch (2004) explica que a produção de saberes sociais pelos indivíduos e grupos sociais é formada pela inserção cultural destes nas tramas sociais a que pertencem. Desta forma, também ocorre o contrário, na medida que a sociedade recebe essas construções e a preserva. Considera-se então, que todos são corresponsáveis pela produção de saberes (REIS; BELLINI, 2011).

Ao aplicar esse entendimento à temática do estudo, verifica-se que o

enfermeiro atua na divulgação de informações para os homens com câncer de próstata, de modo a contribuir para formar atitudes positivas em direção a prevenção e a promoção à saúde. A relação recíproca se estabelece com a realização deste trabalho, isto é, ao procurar compreender os significados que os homens atribuem ao câncer de próstata, as suas percepções são ressignificadas pelos pesquisadores em um fluxo contínuo de trocas de saberes.

Segundo Abric² (2000, p.28), as RS apresentam funções que podem orientar as dinâmicas relacionais e as práticas sociais, a saber:

- Função de Saber: as RS favorecem a compreensão da realidade, pelos atores sociais, favorecendo a assimilação dos saberes práticos do senso comum, coerentes com suas capacidades cognitivas e com seus valores, baseados em suas crenças;
- Função Identitária: neste caso, as RS definem a identificação com os grupos, situando os indivíduos e os grupos no campo social, levando a elaboração de uma identidade social gratificante, condizente com os valores determinados pelo contexto histórico/social.
- Função de Orientação: as RS são capazes de guiar os comportamentos e práticas dos sujeitos, de maneira que as RS contribuem para definir o que é aceito, tolerável ou inaceitável em um contexto social emergido.
- Função Justificadora: Nesta função, as RS permitem se justificar as posições adotadas, bem como os comportamentos. Aqui, as RS procuram por preservar e justificar a diferenciação social, estereotipando as características entre grupos, contribuindo para o distanciamento social entre eles (*apud* REIS; BELLINI, 2011, p. 152).

Ao apropriar-se do embasamento teórico da TRS, o Discurso do Sujeito Coletivo se mostra como um método capaz de se fazer emergir as RS, bem como de dar voz àqueles que nem sabiam que a possuíam, a fim de se estabelecer práticas de saúde que vão ao encontro do contexto de cuidados desta população (CARVALHO, 2018).

² ABRIC, J. C. A. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p.27-37.

5.2 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

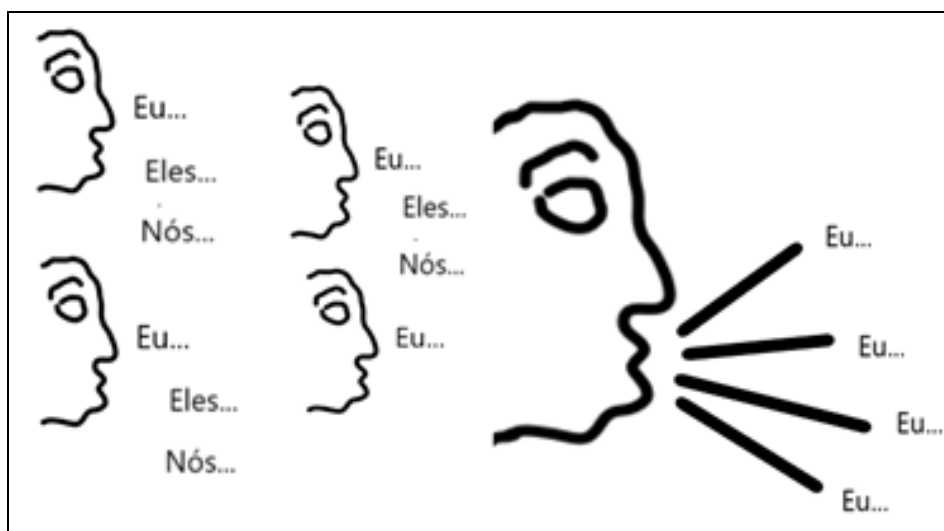
O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) consiste em uma técnica de tabulação e de organização de dados qualitativos, em desenvolvimento na Universidade de São Paulo desde a década de 1990, que permite ao pesquisador, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados, conhecer os significados, os pensamentos, as opiniões, as representações, as crenças e os valores de uma coletividade sobre determinado tema (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013; LEFEVRE; LEFEVRE, 2003; NASCIMENTO, 2016)

O DSC resgata as RS obtidas de pesquisas empíricas, nas quais as opiniões ou expressões individuais que apresentem significados semelhantes são agrupadas em categorias semânticas, o que ocorre frequentemente em pesquisas que contam com perguntas abertas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

No entanto, este método se diferencia por associar, em cada categoria, os conteúdos das opiniões de significado semelhante presentes em diferentes depoimentos, de maneira a formar com tais conteúdos em depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo, o DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

O intuito desta abordagem é produzir no receptor o efeito de uma opinião coletiva, expressada como fato empírico pela boca de um só sujeito (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006). Com o propósito de demonstrar de forma figurativa a compreensão na qual as representações de vários sujeitos são “faladas” de forma simbólica e figurativa pela boca de um só sujeito coletivo, desenvolveu-se a figura ilustrativa apresentada a seguir:

Figura 2 - O sujeito que representa os “muitos” sujeitos



Fonte: Da autora

Lefevre; Lefevre (2014) defendem que os DSCs, enquanto depoimentos socialmente compartilhados, podem concretizar as abstrações obtidas pelo movimento dialético das opiniões individuais e demonstrar como as RS são “metabolizadas” por uma sociedade, um grupo e uma cultura determinados.

Estes autores denominam o pesquisador como um “parteiro” das RS, na medida em que ele “dá à luz” a opinião coletiva transformando-as em produtos cientificamente tratados, por meio de operações de abstração e conceituação, como forma de se manterem as características espontâneas da fala cotidiana (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014; LEFEVRE; LEFEVRE, 2006).

Desta maneira, para que se construa os DSC, o pesquisador deve trabalhar com operadores ou figuras metodológicas, a saber:

- 1) Expressões Chave (E-Ch): são trechos contínuos ou descontínuos do discurso, que correspondem às respostas referentes à pergunta norteadora. Esses segmentos devem ser selecionados pelo pesquisador, de maneira a constituírem a matéria prima a ser trabalhada (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.75);
- 2) Ideias-Centrais (ICs): são as expressões que descrevem de maneira mais sintética e sucinta o sentido ou os sentidos das E-Ch dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de E-Ch, de modo que estes conjuntos recebem o nome de categoria (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.76). Segundo autores, enquanto as E-Ch são mais descritivas, afetivas e

abundantes, as ICs são conceituais, sintéticas e delimitadas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.77).

- 3) Anclagens (ACs): São preposições que se remetem às teorias ou ideologias que o autor do discurso profere como se fosse uma afirmação qualquer, de modo que as E-Ch podem estar relacionadas não somente às ICs, mas também às ACs (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.78).
- 4) Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é a junção das E-Ch relacionadas às ICs ou as ACs que possuem o mesmo sentido, ou seja, que estão enquadradas em uma mesma categoria. Essas E-Ch devem ser reunidas, editadas e redigidas na primeira pessoa do singular para que se configure o DSC, de maneira que para cada categoria é construído um DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.78-81).

O DSC enquanto método de análise qualitativa, possui atributos quantitativos, que contribuem para a compreensão do objeto de estudo, uma vez que demonstram como as representações estão distribuídas e difundidas no contexto pesquisado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.81-85).

Esses marcadores quantitativos são a intensidade e a amplitude, de maneira que a intensidade se refere ao número ou percentual de indivíduos que contribuiu com suas E-Ch para a formação de cada DSC e a amplitude se relaciona a distribuição das representações no campo pesquisado e pode evidenciar o quanto “aquela ideia” está difundida e veiculada entre os atores da pesquisa.

Em relação à tabulação dos dados, as entrevistas gravadas devem inicialmente serem transcritas, de maneira que, dependendo do número de questões, deve-se analisar todas as questões de número um de todos sujeitos, para depois todas questões de número dois e assim sucessivamente (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, p.48).

Após concluída esta etapa, optou-se por utilizar o método proposto por Lefevre; Lefevre (2012, p.89-90), conforme já exitosamente trabalhado por Silva (2012) e também citado por Nascimento (2016, p. 40). Segundo esses autores, são seis os passos a serem seguidos para proceder com a tabulação, a saber:

- Passo 1: Transferir cópia na íntegra de todas as respostas para o Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1), na coluna E-Ch do quadro de apresentação;
- Passo 2: Identificar e destacar, com auxílio de recurso gráfico as E- Ch e ACs das IC no conteúdo das respostas;

- Passo 3: A partir das E-Ch identificar as IC e, quando houver, as AC, colocando-as nas caselas específicas do quadro construído;
- Passo 4: Identificar as IC e as AC de mesmo sentido ou sentido equivalente ou complementar. Deve atribuir um “carimbo” para cada grupo: como A, B, C e assim por diante;
- Passo 5: Nomear cada agrupamento e criar uma ideia central ou ancoragem síntese que expressam todas as ICs e ACs de mesmo sentido;
- Passo 6: Construir o DSC, utilizando o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2). Deve-se elaborar um DSC para cada agrupamento identificado no passo 5.

Desta forma, se reconhece o rigor metodológico que expressa a cientificidade do método/técnica para acesso sistematizado às RS. Foi por meio do DSC, teoricamente alicerçado na TRS, que procurou-se dar voz para o “eu coletivo”, constituído pelos homens com câncer de próstata abordados, representar o “que o câncer de próstata é/significou para ele”.

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A seguir apresentam-se as etapas pertinentes à trajetória metodológica do presente estudo.

6.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa de Representação Social.

Para Creswell (2010, p.26-27) a pesquisa qualitativa explora e compreende o significado que as pessoas ou grupos atribuem a um problema social ou humano, de maneira que as análises são construídas, a partir das particularidades para os temas definidos, por meio dos relatos e dados obtidos, que são compreendidos pela ótica do pesquisador.

As pesquisas de Representação Social se propõem a investigar depoimentos, com objetivo de se captar a interpretação dos próprios participantes, da realidade que se almeja pesquisar (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012; SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

6.2 PROBLEMA E PERGUNTA DA PESQUISA

O câncer de próstata, dentre os outros tipos de câncer, é um dos mais incidentes, com comprometimento da pluridimensionalidade do homem e com importantes mudanças nas relações masculinas decorrentes da experiência da doença e do tratamento. Este estudo parte das inquietações a respeito da relação do homem com o câncer de próstata, com o propósito de dar respostas à seguinte indagação: Que significados os homens em atendimento oncológico para câncer de próstata atribuem à tal doença? Neste trabalho, considerou-se a interpretação proposta por Spink (1993) da teia de significados, em que as RS são também compreendidas como significados, de maneira que, ao se a perguntar “o que significou”, os participantes podem estar mais familiarizados com o verbo significar e por meio dele, representar o objeto do estudo com maior aproximação do imaginário social. Entende-se que as RS são produto e processo da construção do homem, cujo objeto da representação está localizado na teia de significados, o que implica

dizer que as representações nascem dentro de uma determinada cultura. A cultura, em que o sujeito se insere, torna-se intrinsecamente necessária para entender o sentido das representações sociais elaboradas sobre um determinado objeto ou fenômeno.

6.3 ATORES, CAMPO SOCIAL E LUGAR DO ESTUDO

Os atores/agentes deste estudo foram homens com o diagnóstico de câncer de próstata em atendimento ambulatorial em um centro de referência de alta complexidade em oncologia do Sul de Minas Gerais de um hospital geral.

Trata-se de um hospital filantrópico localizado em um município do Sul do Estado de Minas Gerais, com população de 73.774, que atende a 26 municípios pertencentes à Macrorregião e Microrregião (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

De acordo com dados disponíveis em Informações do Registro Hospitalar de Câncer (2020), este hospital atendeu, nos últimos três anos registrados, 104 homens com câncer de próstata em 2016, 98 em 2017 e 135 em 2018, o que corresponde a uma média anual de aproximadamente 112 homens atendidos por ano.

O estudo foi realizado em salas reservadas do ambulatório do Centro de oncologia.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão homens maiores de 18 anos, com diagnóstico confirmado de câncer de próstata, independentemente do estadiamento, em tratamento e/ou acompanhamento na instituição. Foram excluídos os homens que apresentaram alguma dificuldade na compreensão da pesquisa e/ ou na participação no estudo, sendo avaliadas pelas seguintes questões: dia da semana, data de nascimento e endereço.

6.4 COLETA DE DADOS

Pelo fato desta pesquisa fazer parte de um projeto maior, a coleta de dados transcorreu em três etapas sequenciais. A primeira etapa tratou da coleta dos dados sociodemográficos; a segunda, dos dados referentes à questão norteadora e a terceira, do levantamento dos dados clínicos em prontuários.

A primeira e a terceira etapas foram coletadas por meio de entrevistas e acesso aos prontuários, sendo realizadas pela pesquisadora deste estudo, por duas discentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e duas do Curso de Graduação em Enfermagem, enquanto a segunda etapa foi coletada somente pela pesquisadora principal. Todas as pesquisadoras receberam treinamento com os orientadores do estudo e a psicóloga do centro de oncologia, para que se apresentassem de maneira profissional, ética, empática e compreensiva.

A coleta de dados da primeira e terceira etapas foi realizada por meio de entrevistas individuais, em sala reservada no ambulatório, que se situava próxima aos consultórios e à sala de espera. E a coleta de dados dos prontuários foi realizada na sala da secretaria, mediante a disponibilidade dos prontuários selecionados pela chefia dos arquivos.

Para as entrevistas, os homens eram abordados pelas pesquisadoras na sala de espera e convidados para participar do estudo. Somente durante a entrevista em ambiente privativo eram avaliadas as condições cognitivas para participação do estudo, explicados os objetivos das pesquisas, aplicado o TCLE, realizada a coleta de dados sociodemográficos comum para todas as pesquisas que compunham o projeto maior. Neste momento era identificado o tipo de câncer para direcionar os participantes para os projetos específicos. Esse foi o primeiro contato das pesquisadoras com os participantes.

É importante destacar que, em algumas situações, os acompanhantes conduziam os participantes até a porta de entrada da sala e aguardavam pelo término da coleta de dados na sala de espera.

Em relação à dinâmica do serviço, as consultas ou encaminhamentos para a radiologia e quimioterapia ocorriam nas duas primeiras horas de atendimento. Assim, a depender da necessidade da pessoa de conversar, a entrevista durava cerca de 60 minutos ou mais, o que dificultava a coleta de dados com muitos participantes no mesmo dia. Somando-se a isto, não havia um dia específico para o atendimento aos homens com câncer de próstata. O transporte público era realizado com horário pré-determinado, o que inviabilizou a participação de muitos homens na pesquisa, enquanto outros participaram apenas da primeira etapa. Assim, a dinâmica do serviço e a disponibilidade de transporte para o município de origem constituíram dificultadores na coleta.

Desta forma, em um período de seis meses, participaram da primeira etapa 55 homens, dos quais dois se recusaram a participar da segunda etapa e 23 não puderam permanecer para a entrevista qualitativa, totalizando um total de 30 homens que fizeram parte deste estudo. Destes 30 participantes, 25 foram abordados somente pela pesquisadora principal em todas as etapas, e cinco foram abordados somente na segunda etapa, referente à questão norteadora.

Lefevre, Lefevre (2012, p.41-48), quando discorrem sobre como se definem o número de sujeitos da pesquisa, afirmam que o tamanho da população não precisa ser limitado e o critério de saturação não é indicado para o método do DSC.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica (APÊNDICE A) e questão norteadora (APÊNDICE B). Os instrumentos foram adaptados para a versão do formulário eletrônico pelo *Google forms*^R e as respostas registradas no computador e/ou aparelho celular.

As questões abordadas na caracterização sociodemográfica e clínica foram divididas em blocos e estão descritas a seguir:

- a) BLOCO A: Identificação e caracterização sociodemográfica: constituído pelos seguintes dados: nome, endereço, tipo de domicílio, idade/data de nascimento, sexo, estado civil, raça, crença religiosa, renda mensal, ocupação anterior e atual, trabalho, alfabetização, escolaridade, número de filhos, arranjo domiciliar e presença de cuidador;
- b) BLOCO B: Características clínicas-assistenciais da pessoa com câncer: constituído de histórico familiar de câncer; diagnóstico e tratamento anterior; origem do encaminhamento; localização primária do tumor; tipo histológico; ocorrência de mais de um tumor; lateralidade; estadiamento; tratamento recebido; tempo de tratamento; razão para não tratar; estado final da doença;
- c) BLOCO C: Estado Geral de Saúde: Autorrelato de doenças crônicas diagnosticadas por médico; uso de medicamentos; hábitos de vida (tabagismo e consumo de bebida alcóolica); avaliação subjetiva de saúde global.

As questões relacionadas ao bloco A e C foram respondidas pelos participantes, enquanto as informações do bloco B, foram coletados por meio de acesso aos prontuários.

Os dados relacionados aos blocos A e C foram submetidos ao processo de validação com três participantes, sendo realizadas as alterações necessárias para facilitar a compreensão.

Convém lembrar que, por ocasião da elaboração do enunciado referente à pergunta norteadora do estudo, teve-se em mente a proposital indissociação entre as representações sociais de Moscovici (1978) e a teia de significados abordada por Spink (1993). Assume-se, dessa forma que, perguntar “o que representa para você” converge em sentido para a indagação do que significa para você algo. Para além da fundamentação teórica, acredita-se que as expressões “o que é” e “o que significou” sejam mais compreensíveis ao senso comum dos homens abordados. Por conseguinte, esperava-se que o sujeito coletivo de interesse tivesse oportunidade e condições propícias para melhor representar o objeto do estudo conforme uma maior aproximação do seu imaginário social. Dessa forma, a questão norteadora da pesquisa foi assim estruturada:

- Se numa conversa com alguém que o senhor conhecesse bem, essa pessoa lhe perguntasse “o que é, ou o que significou o câncer de próstata para você?” O que o senhor responderia?

Os depoimentos foram registrados em gravador digital e aparelho celular de forma simultânea, os relatos foram transcritos na íntegra, obedecendo a oralidade e expressões utilizadas pelos participantes, gerando 166 páginas digitadas, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento simples.

Em relação ao tempo de duração das entrevistas, cada teve duração média de 27 minutos e resultaram em um total aproximado de 13 horas e 30 minutos de gravação.

6.5 ORGANIZAÇÃO, EXPLORAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica foram tabulados no programa *Microsoft Excel* e submetidos à frequência simples.

Já os dados qualitativos foram explorados por meio de extensa e rigorosa leitura vertical e horizontal dos discursos individuais. Na sequência, adotou-se como ferramentas de apoio à análise textual os instrumentos IAD1 e o IAD2 (SILVA, 2012, *apud* NASCIMENTO, 2016), conforme (ANEXO 1 e 2).

A análise foi processada de forma colaborativa por três pesquisadores.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte de um projeto maior de pesquisa intitulado: Vigilância em Saúde na Alta Complexidade Oncológica: Condições de Vida e Processo Saúde-Doença.

O presente trabalho teve início mediante aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG, com o nº do Parecer 2.397.931 e CAAE: 78017717.9.0000.5142 (APÊNDICE C).

O início da investigação ocorreu por meio do convite aos possíveis participantes da pesquisa pela pesquisadora. Foi-lhes explicado o objetivo do estudo e oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) que continha informações claras e concisas sobre a pesquisa, objetivos, procedimentos, possíveis benefícios e riscos, além dos aspectos éticos aplicados à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12.

Após a sua anuência em participar do estudo, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE em duas vias, para leitura e assinatura. Após a assinatura do TCLE, foi-lhes entregue uma via e a outra ficou sob a responsabilidade do pesquisador.

A identidade do participante foi preservada e os nomes pessoais foram substituídos por códigos com a inicial E de entrevistado, seguido do número na sequência que os participantes foram abordados pela pesquisadora, como: E1, E2, E3, sucessivamente.

7 RESULTADOS

A seguir estão apresentados os resultados da caracterização sociodemográfica e clínica dos atores sociais; dos temas estudados, agrupamentos, ideias centrais e os discursos do sujeito coletivo e dos significados do câncer de próstata.

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS ATORES SOCIAIS

Os atores sociais que compuseram a população do estudo foram 30 homens com diagnóstico de câncer de próstata em atendimento em um centro de referência de alta complexidade em oncologia do Sul de Minas Gerais.

Em relação à idade, o intervalo foi de 53 a 87 anos, a média foi de 69,5 anos e a maior parte tinha idade entre 70 a 79 anos 46,67% (n=14).

A maior parte autodeclarou cor de pele parda 43,33% (n=13), ser casado 60% (n=18), ter ensino fundamental incompleto 60% (n=18), ser da religião católica 70% (n=21) e ser praticante de sua religião 73,33% (n=22).

Quanto à situação de moradia, a maioria residia na zona urbana 90% (n=27), em casa própria 90% (n=27), há mais de cinco anos no mesmo endereço 86,67% (n=26), morava com esposa ou companheira 33,33% (n=10), vive em casa com uma pessoa 43,33% (n=13), declararam ter três filhos vivos 23,33% (n=7), ter ótima relação com os familiares 53,33% (n=16) e não receber acompanhamento de cuidador 86,67% (n=26).

Constatou-se o predomínio de participantes aposentados 80% (n=24), com dependência da aposentadoria 83,33% (n=25), ter renda mensal de um a três salários mínimos 83,33% (n=25), duas 36,67% (n=11) pessoas dependiam dessa renda para o atendimento das necessidades e consideravam sua situação financeira no momento boa 46,66% (n=14) e 46,66% (n=14) regular.

Quanto aos hábitos de vida, 63,33% (n=19) negavam etilismo e 36,67% (n=11) negavam nunca terem tido o hábito de fumar, entretanto, 15 (50%) eram ex tabagistas.

Os dados referentes às características sociodemográficas dos atores sociais do estudo estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos atores sociais. Alfenas, MG, 2020
(n=30) (continua)

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
50- 59 anos	4	13,33
60- 69 anos	10	33,33
70- 79 anos	14	46,67
80- 89 anos	2	6,67
Cor da pele declarada		
Branca	10	33,33
Parda	13	43,33
Negra	5	16,67
Amarela	2	6,67
Estado Civil		
Solteiro	4	13,33
Casado	18	60
União consensual	1	3,33
Viúvo	3	10
Separado /Divorciado	4	13,33
Grau de Escolaridade		
Não escolarizado	4	13,33
Ensino fundamental incompleto	18	60
Ensino fundamental completo	3	10
Ensino médio completo	4	13,33
Ensino superior incompleto	0	0
Ensino superior completo	1	3,33
Pós-graduação incompleta	0	0
Pós-graduação completa	0	0
Religião		
Católico	21	70
Evangélico	8	26,67
Não possui	1	3,33
Praticante		
Sim	22	73,33
Não	8	26,67
Residência		
Zona Urbana	27	90
Zona Rural	3	10

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos atores sociais. Alfenas, MG, 2020
(n=30) (continua)

Variáveis	n	%
Situação de Moradia		
Casa própria	27	90
Casa alugada	3	10
Há quanto tempo mora no atual endereço		
Menos de 1 ano	1	3,33
De 01 a 02 anos	1	3,33
De 03 a 05 anos	2	6,67
Mais de 5 anos	26	86,67
Com quem mora		
Mora sozinho	7	23,33
Mora com a esposa ou companheiro	10	33,33
Mora com os filhos	2	6,67
Mora com outro familiar	3	10
Mora com cônjuge e filho (s)	7	23,33
Mora com outras pessoas não familiares	1	3,33
Com quantas pessoas vive na mesma casa		
Nenhuma pessoa	7	23,33
Uma pessoa	13	43,33
Duas pessoas	5	16,67
Três pessoas	4	13,33
Quatro pessoas	0	0
Cinco pessoas	1	3,33
Número de filhos vivos		
Nenhum filho	5	16,67
Um filho	1	3,33
Dois filhos	4	13,33
Três filhos	7	23,33
Quatro filhos	5	16,67
Cinco filhos	2	6,67
Seis filhos	4	13,33
Sete filhos	0	0
Oito filhos	2	6,66

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos atores sociais. Alfenas, MG, 2020
(n=30) (continua)

Variáveis	n	%
Relação com os familiares		
Ótima	16	53,33
Boa	12	40
Regular	2	6,67
Ruim	0	0
Péssima	0	0
Recebe acompanhamento de cuidador		
Sim	4	13,33
Não	26	86,67
Ocupação		
Empregado	1	3,33
Desempregado	1	3,33
Aposentado	24	80
Autônomo	2	6,67
Licença Saúde	1	3,33
Renda Mensal Aproximada		
Menos de um salário	5	16,66
De um a três salários	22	73,33
De quatro a cinco salários	2	6,66
Mais que 5 salários	1	3,33
Fonte de Renda		
Não tem fonte de renda	1	3,33
Trabalho	3	6,66
Aposentadoria	25	83,33
Outros	1	3,33
Número de pessoas que dependem da renda		
01 pessoa	8	26,67
02 pessoas	11	36,67
03 pessoas	7	23,33
04 pessoas	3	10
De 05 a mais pessoas	1	3,33

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos atores sociais. Alfenas, MG, 2020
(n=30) (conclusão)

Variáveis	n	%
Para o atendimento das suas necessidades e da sua família sua situação financeira no momento é		
Muito boa	2	6,67
Boa	14	46,67
Regular	14	46,67
Ruim	0	0
Péssima	0	0
Etilismo		
Sim	2	6,67
Não	19	63,33
Não, mas já foi etilista	9	30
Hábito de Fumar		
Sim	4	13,33
Não	11	36,67
Não, mas já foi tabagista	15	50

Fonte: Da Autora (2020)

Quanto à caracterização clínica, verificou-se que a origem do encaminhamento da maioria foi o Sistema Único de Saúde 86,67% (n=26), não tinham histórico familiar de câncer 43,33% (n=13) ou não constava essa informação no prontuário 43,33% (n=13); o primeiro tumor estava localizado na próstata 96,67% (n= 29), com tempo de diagnóstico há mais de 12 meses 80% (n= 24), sem metástase 76,67 (n= 23) e com extensão local 70% (n=21).

Em relação ao tratamento, a maioria 50% (n=15) se submeteu à radioterapia em 31 ou mais sessões e realizaram a quimioterapia 66,67% (n=20).

Em relação à avaliação de sua saúde, 50% (n=15) avaliaram sua saúde no momento atual como regular, 43,33 (n=13) como melhor em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade e 50% (n=15) avaliaram como melhor em comparação a como era um ano atrás.

Os dados referentes às características clínicas dos participantes do estudo estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização clínica dos atores sociais. Alfenas, MG, 2020 (n=30)

(continua)

Variáveis	n	%
Origem do encaminhamento		
SUS	26	86,67
Não SUS	3	10
Sem informação	1	3,33
Histórico familiar de câncer		
Sim	4	13,33
Não	13	43,33
Sem informação	13	43,33
Localização do primeiro tumor		
Próstata	29	96,67
Outros	1	3,33
Tempo de diagnóstico		
Menos de 6 meses	3	10
De 6 a 12 meses	2	6,67
Mais de 12 meses	24	80
Sem informação	1	3,33
Extensão da doença		
Tumor local	21	70
Disseminação distante	8	26,67
Sem informação	1	3,33
Metástase		
Sim	7	23,33
Não	23	76,67
Radioterapia		
Não realizou	4	13,33
Até 10 sessões	1	3,33
De 11 a 20 sessões	0	0
De 21 a 30 sessões	4	13,33
Acima de 31 sessões	15	50
Sem informações	6	20
Quimioterapia		
Sim	20	66,67
Não	10	33,33

Tabela 2 - Caracterização clínica dos atores sociais. Alfenas, MG, 2020 (n=30)

Variáveis	n	(conclusão)
		%
Avaliação da saúde no momento atual		
Muito ruim	0	0
Ruim	2	6,67
Regular	15	50
Boa	9	30
Muito boa	4	13,33
Avaliação da saúde em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade		
Muito pior	0	0
Pior	1	3,33
Igual	12	40
Melhor	13	43,33
Muito melhor	4	13,33
Avaliação da saúde hoje em comparação com a de 1 ano atrás		
Muito pior	0	0
Pior	6	20
Igual	8	26,67
Melhor	15	50
Muito melhor	1	3,33

Fonte: Da autora (2020)

7.2 TEMAS ESTUDADOS, AGRUPAMENTOS, IDEIAS CENTRAIS E OS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Após a análise dos dados textuais, por meio de leituras repetidas e exaustivas dos depoimentos individuais, de forma vertical e horizontal, deu-se sequência com o agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares; listagem dos significados emergentes e descrição dos participantes que contribuíram com cada representação; e, por fim, a elaboração dos DSC.

Os instrumentos IAD1 E IAD2 com os resultados podem ser acessados, a fim de contribuir para algum esclarecimento metodológico (APÊNDICE G) e (APÊNDICE H).

7.3 SIGNIFICADOS DO CÂNCER DE PRÓSTATA

No Quadro 1, é apresentado o processo de obtenção dos Significados do Câncer de Próstata a partir do agrupamento de ideias centrais, que no presente trabalho correspondem às representações sociais emergidas, conforme a perspectiva dos homens.

Quadro 1 - Agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares do tema: “Significados do Câncer de Próstata”. (continua)

Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares	IC agrupadas
Era para doer (E01) Não dói não (E01) Ele não dói (E02) Quando dói é porque já está muito adiantado (E02) Uma coisa que não dói (E14) Esse negócio até que não deu dor (E17) Eu nunca senti dor, nunca senti nada (E24)	A – Coisa que não dói
Pra mim não foi nada (E02) Normal, deu uma vez e voltou (E03) Tava começando, não teve problema nenhum (E11) É a mesma coisa de não ter nada (E14) Não deu nada (E17) É uma doença comum entre os homens (E19) Pra mim não mudou muita coisa não (E27) Hoje é muito normal (E27) É normal (E27) Não me ofendeu em nada (E27) Isso é um negócio normal (E27) Não é problema nenhum (E27) Isso aí não é nada (E27)	B – Nada, algo normal/comum

Quadro 1 - Agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares do tema: "Significados do Câncer de Próstata". (continua)

Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares	IC agrupadas
<p>Foi normal (E28)</p> <p>Eu esperava isso, na minha família quase todos sentiram o câncer (E28)</p> <p>Todos nós temos ele, só que em uns desenvolve mais rápido (E30)</p>	<p>B – Nada, algo normal/comum</p>
<p>Foi ele que determinou a parte sexual (E02)</p> <p>Devagar vai tirando naquela parte sexual (E02)</p> <p>Na relação senti diferença (E04)</p> <p>Atrapalhou muito o sexo (E05)</p> <p>Não tem aquela ejaculada igual (E06)</p> <p>Se operar da próstata você perde a potência (E11)</p> <p>Homem com saúde perder a potência é a mesma coisa que perder a vida (E11)</p> <p>Na parte sexual a gente fica assim meio pra baixo (E18)</p> <p>A gente como homem, a gente abate (E18)</p> <p>É terrível, muito terrível pro homem (E19)</p> <p>Tinha uma vida sexual bem ativa, e foi cortada 100% (E19)</p> <p>Os médicos tão operando e não estão muito preocupados com a vida sexual do homem (E19)</p> <p>É muito difícil pro homem quando ele tá novo (E19)</p> <p>O resto nem tento mais (E25)</p> <p>Caparam eu de uma vez só (E25)</p> <p>Acabou muita coisa que eu não quero falar (E29)</p> <p>Um homem que tem câncer de próstata ele não é homem mais (E29)</p>	<p>C – Perda/Comprometimento do sexo</p>
<p>Não tem cura (E03)</p> <p>Isso não tem cura não, só se nascer de novo (E03)</p> <p>Não tem remédio (E04)</p> <p>Todo mundo que dá isso daí a maior parte morre, uns poucos que sara (E17)</p> <p>O câncer não tem cura (E29)</p>	<p>D – Isso não tem cura</p>

Quadro 1 - Agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares do tema: "Significados do Câncer de Próstata". (continua)

Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares	IC agrupadas
<p>Se tomar o remédio certinho não precisa de cirurgia (E04)</p> <p>Quando essa doença descobre do início tem cura (E08)</p> <p>Deus cura, mas deu os médicos (E10)</p> <p>Deus deu a doença, Deus cura (E10)</p> <p>Tem a cura do câncer (E11)</p> <p>O de próstata cura (E15)</p> <p>Se a gente achar no começo, tem cura (E21)</p> <p>É um dos mais fácil de curar (E24)</p> <p>Bebo aquele remédio com fé, aí cura (E29)</p>	<p>E- Uma doença curável</p>
<p>Os remédios e aquela preocupação de todo mês tá no médico (E02)</p> <p>Muito aborrecimento, tristeza (E05)</p> <p>Foi muito triste (E07)</p> <p>Essa doença é muito triste (E11)</p> <p>É uma coisa, perde o chão (E15)</p> <p>Deu preocupação (E24)</p> <p>Significou medo (E24)</p> <p>Tenho muito medo é de sofrer (E25)</p> <p>Muito triste (E26)</p>	<p>F- Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza</p>
<p>Um amadurecimento (E06)</p> <p>É uma coisa que muda completamente o teu jeitão de pensar (E06)</p> <p>Um aprendizado pra vida da gente (E06)</p> <p>Cheguei mais perto de Deus com essa doença (E08)</p> <p>Eu acho que a gente reflete o que que é a vida (E09)</p> <p>Você dá mais valor na vida (E09)</p> <p>Uma lição de vida pra gente (E10)</p> <p>Depois que começou a morrer tanta gente por causa do câncer de próstata, a pessoa vai mudando (E10)</p>	<p>G – Aprendizado para a vida</p>

Quadro 1 - Agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares do tema: “Significados do Câncer de Próstata”. (continua)

Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares	IC agrupadas
<p>Foi uma lição de vida que eu peguei (E13)</p> <p>Ensinou pra mim a conviver com gente mais ruim do que eu (E13)</p> <p>Eu vi como é a vida (E13)</p> <p>É um alerta pra mim (E18)</p> <p>Um aprendizado pra vida (E21)</p> <p>Já aprendi muito com as coisas, problema assim, se cuidar (E21)</p>	<p>G – Aprendizado para a vida</p>
<p>Pegou eu de surpresa (E07)</p> <p>Susto a gente levou (E08)</p> <p>Uma surpresa (E12)</p> <p>Não esperava passar por aquilo (E12)</p> <p>É um troço que ninguém espera (E20)</p> <p>Não seria coisa que eu já esperava (E27)</p> <p>Veio sem mais nem menos (E28)</p>	<p>H- Surpresa e susto</p>
<p>Foi muito difícil (E07)</p> <p>A doença foi terrível (E07)</p> <p>A doença derruba demais a gente, eu queria me matar (E07)</p> <p>Foi intenso (E08)</p> <p>É uma doença muito séria (E11)</p> <p>Não pode brincar, essa doença mata mesmo (E11)</p> <p>O câncer mata muito (E11)</p> <p>Achei bom, não! (E12)</p> <p>A pior doença que existe até agora (E15)</p> <p>É difícil (E15)</p> <p>Falei: vou morrer cedo (E17)</p> <p>A gente fica achando ruim (E17)</p> <p>Isso é perigoso (E17)</p> <p>Foi difícil (E18)</p>	<p>I- Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata</p>

Quadro 1 - Agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares do tema: "Significados do Câncer de Próstata". (continua)

Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares	IC agrupadas
<p>É um câncer dos bravo! (E24)</p> <p>Que é fácil vencer ela, não é não (E24)</p> <p>Péssimo (E25)</p> <p>Não é fácil não (E26)</p> <p>O câncer tá matando muito (E26)</p> <p>É bem difícil (E26)</p> <p>É duro (E26)</p> <p>Complica a vida da gente (E26)</p> <p>Muito custoso (E29)</p> <p>Corre que nem vento (E29)</p> <p>Uma doença que não é boa (E29)</p> <p>Pra mim só significou ruindade (E29)</p>	<p>I- Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata</p>
<p>Passei a maior vergonha do mundo pra fazer o toque com a biópsia (E10)</p> <p>A parte íntima do homem não pode ser tocada (E10)</p> <p>A biópsia foi que eu passei vergonha (E24)</p>	<p>J - Vergonha</p>
<p>Não foi muito triste não (E08)</p> <p>Tranquilo, sereno (E09)</p> <p>Eu não fiquei assim tão abalado, não (E12)</p> <p>Não apavorei (E12)</p> <p>A coisa mais simples que tem (E14)</p> <p>Uma doencinha (E14)</p> <p>Coisinha à toa (E14)</p> <p>O de próstata é bem mais fácil (E15)</p> <p>Eu não me desesperei tanto (E15)</p> <p>Esse é mais suave um pouco (E15)</p> <p>Tô tranquilo (E16)</p> <p>Foi uma coisa que encarei de frente (E18)</p>	<p>K - Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>

Quadro 1 - Agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares do tema: "Significados do Câncer de Próstata". (conclusão)

Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares	IC agrupadas
<p>A pessoa acha que já está muito ruim e que vai morrer amanhã, eu não fiquei assim não (E21)</p> <p>Encarei de frente, com dureza, com firmeza, sem ter medo hora alguma (E22)</p> <p>Não foi coisa que me assustou (E27)</p> <p>Eu não me senti constrangido, aborrecido (E27)</p> <p>Eu sinto até encorajado de tá aqui pra poder vencer (E27)</p> <p>Eu não tenho medo (E27)</p> <p>Isso pra mim é uma doencinha (E27)</p>	<p>K - Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>
<p>Senti urinar (E04)</p> <p>Nessa parte sexual tá seguro (E06)</p> <p>Deus quis assim e esperar que ele resolva (E12)</p> <p>Não era pra eu ter ficado doente, se eu tivesse me tratado (E16)</p> <p>Me deu é muita sede (E17)</p>	<p>L - Outros significados</p>

Fonte: Autora (2020).

Os agrupamentos de Ideias Centrais que resultaram nos Significados do Câncer de Próstata são apresentados juntamente com a descrição dos participantes que contribuíram com cada significação, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Significados do Câncer de Próstata, conforme Ideias Centrais, participantes do estudo e frequência. (continua)

Significados	Participantes	Frequência
A – Coisa que não dói	E01, E02, E14, E17 e E24	05
B – Nada, algo normal/comum	E02, E03, E11, E14, E17, E19, E27, E28 e E30	09
C – Perda/Comprometimento do sexo	E02, E04, E05, E06, E11, E18, E19, E25 e E29	09

Quadro 2 - Significados do Câncer de Próstata, conforme Ideias Centrais, participantes do estudo e frequência. (conclusão)

Significados	Participantes	Frequência
D – Isso não tem cura	E03, E04, E17 e E29	04
E – Uma doença curável	E04, E08, E10, E11, E15, E21, E24 e E29	08
F – Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza	E02, E05, E07, E11, E15, E24, E25 e E26	08
G – Aprendizado para a vida	E06, E08, E09, E10, E13, E18 e E21	07
H – Surpresa e Susto	E07, E08, E12, E20, E27 e E28	06
I – Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata	E07, E08, E11, E12, E15, E17, E18, E24, E25, E26 e E29	11
J – Vergonha	E10 e E24	02
K – Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo	E08, E09, E12, E14, E15, E16, E18, E21, E22 e E27	10
L – Outros Significados	E04, E06, E12, E16 e E17	05

Fonte: Autora (2020).

Na sequência, apresenta-se o painel com os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) referentes a cada um dos 12 significados emergidos da coletividade estudada.

É o momento do “eu coletivo”, constituído pelos homens abordados, representar o “que o câncer de próstata é/significou para ele”.

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central A:

Coisa que não dói

Eu responderia o seguinte, é uma coisa que não dói. Eu nunca senti dor, nunca senti nada. Agora, eu não sei se é assim mesmo, se não dói, se é assim deste jeito, né? Porque era para doer... O pior dele é isso, quando dói ele já está muito adiantado. E eu não sentia dor, sentia é uma dorzinha atravessada assim na barriga... Para mim era da urina, do rim, mas não pensava... O meu, graças a Deus, melhorei. Louvado seja Deus! Esse negócio até que não deu dor. Não senti nada de dor!

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central B:

Nada, algo normal/comum

Eu acho que isso hoje é muito normal, principalmente nas pessoas de 50 anos pra cima, é uma doença tão comum entre os homens, é igual o câncer de mama da mulher, né, colo do útero, e se puder tratar logo em seguida que descobrir, no meu caso estava começando, então fui no médico, não teve problema nenhum, graças a Deus. Eu esperava isso, na minha família quase todos sentiram o câncer, acho que todos nós temos ele, só que em uns desenvolve mais rápido. Então, é um negócio normal e minha vida praticamente é normal, é a mesma coisa de não ter nada... Até agora não me ofendeu em nada. O que Deus mandar eu estou aqui, não martirizo com nada não. Esse negócio do câncer de próstata não é problema nenhum, é tranquilidade! Não mudou muita coisa não, porque eu não sentia nada. Pra mim não foi nada.

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central C:

Perda/Comprometimento do sexo

Atrapalhou muito o sexo, determinou a parte sexual, foi o que mais pesou, porque a relação sexual é uma coisa que faz bem pra saúde e você perder uma coisa que está acostumado a fazer sempre é terrível! A pessoa não consegue mais ficar com mulher nenhuma, não tem energia, o que a gente fazia, já não pode fazer, a parte principal que o homem precisa, não consegue, então não dá certo, nem tento mais! A gente abate como homem, eu tinha uma vida sexual bem ativa, e foi cortada cem por cento de uma hora pra outra, eu senti bastante... Muita gente fica falando

besteira, falando que quem tem câncer de próstata não é homem mais! É difícil... Não é fácil, é muito terrível para o homem, ele ver a companheira se entregando e ele não conseguir fazer nada... O homem é um reprodutor, até certo ponto é o instinto animal do homem e ele não tem muito controle sobre isso, então isso daí atinge ele de tal maneira... Não tem, por exemplo, aquela ejaculada igual que a pessoa tinha lá atrás... É duro, é muito difícil! Eu acho que um homem com saúde, perder a potência, é a mesma coisa que perder a vida! E os médicos não estão muito preocupados com a vida sexual do homem, o médico falou: o que você tinha que fazer, você já fez e eu falei: não doutor, enquanto estiver funcionando eu acho que não tem idade não! Falei pra ele e ele deu uma risadinha lá e pronto, ele até já receitou um medicamento pra mim, tomei, mas não adiantou nada não, parece que me caparam de uma vez só, foi a mesma coisa que nada, uma coisa morta no corpo. Teria que ter um cirurgião especialista só em operar próstata! Sabe por quê? Para dar uma sobrevida dentro da normalidade para o homem, pensando em mim e na infinidade de homens que vão passar por isso diariamente. Infelizmente os homens sofrem demais com isso! Na parte sexual a gente fica assim meio pra baixo!

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central D:

Isso não tem cura

O câncer não tem cura, todo mundo que dá isso daí a maior parte morre, uns poucos que saram. Quando começou o problema, o médico disse: isso aqui não tem remédio não! Melhorei noventa por cento, mas sarar... Só se nascer de novo! Isso não tem cura não.

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central E:

Uma doença curável

Quando essa doença descobre no início, tem cura! De uns quinze a vinte anos pra cá, qualquer coisinha eu procuro o médico, podem falar que eu sou mole, tem muitos homens que falam: quem procura acha! Eu falo, se a gente achar no começo, tem cura, porque se deixar para procurar o médico quando o negócio já está muito avançado... O doutor falava: se fosse pra eu ter um câncer, eu queria ter o de próstata, que cura, o de próstata é um dos mais fáceis de curar. Eu creio que Deus

cura, mas deu os médicos, Deus abençoa aquele remédio e eu bebo com fé, aí cura. Deus deu a doença, Deus cura! Tem cura sim.

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central F:

Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza

Para quem nunca teve doença, é muito triste, dá preocupação, muito aborrecimento e prejudica... Tem aquela preocupação de todo mês estar no médico, ter aquele tratamento acompanhado. É uma coisa... Uma doença desta abala muito a gente! Perde o chão! Significa medo, eu não quero sofrer, tenho muito medo de sofrer, dois amigos meus sofreram muito, morreram pele e osso por causa do negócio da próstata, eles não morreram logo... Essa doença é muito triste, não é fácil não.

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central G:

Aprendizado para a vida

Isso aí, pra quem passou e pra quem vai passar é um aprendizado para a vida, um amadurecimento, a gente está sempre aprendendo e por mais que seja ruim, é naquele pior momento que você está aprendendo... A gente acha que tem muitos problemas e que o problema da gente é grande, mas tem muita gente que tem problemas piores... Me ensinou a olhar pra eles e falar: eu não tenho nada! É uma coisa que muda completamente o teu jeitão de pensar, até sua mente também dá uma mudada, eu acho que a gente reflete o que é a vida, dá mais valor na vida, é uma lição de vida, porque do jeito que eu fiquei... Se você está aqui nesse chão, você é necessário aqui em cima, eu estou aqui porque tenho confiança em Deus, com essa doença eu cheguei mais perto de Deus! Também aprendi a me cuidar, muitos homens falam: eu não vou cuidar, principalmente aquele exame de toque, eles falam: eu sou homem, não vou mexer com isso não! Isso foi um alerta pra mim de não ter aquela bobeira daquele preconceito de estar fazendo exame. O homem é machista, todos os homens são machistas, o homem tem aquela mania de falar, que a sua parte íntima é intocável, mas o ar está mudando, depois que começou a morrer tanta gente por causa do câncer de próstata e começou a salvar tanta gente, aí a pessoa vai mudando. Isso é um aprendizado pra vida da gente.

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central H:

Surpresa e Susto

Uai, a gente levou um susto! Porque eu não sentia nada da próstata, me pegou de surpresa! De uma hora pra outra apareceu esse negócio do câncer na próstata, fui no urologista, aí ele fez o toque, achou meio aumentada, pediu uma biópsia e aí... Deu o danado do trem! É um troço que ninguém espera, quando eu fiquei sabendo que estava, eu falei: câncer de próstata? Nem sabia o que era próstata! Eu não esperava... Mas como eu fui ficando muito omissa, porque eu não fazia o tratamento de prevenção, na hora que eu tentei acudir, já tinha acontecido. Veio sem mais nem menos, uma surpresa...

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central I:

Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata

O câncer de próstata pra mim só significou ruindade, porque foi muito difícil, foi intenso, foi terrível! É uma doença muito séria, tem que ter cuidado, não pode brincar, essa doença mata mesmo! Não quero que isso aconteça para ninguém, eu fiz a família sofrer demais! Eu queria me matar! Quando eu fiquei sabendo, só ficava chorando, eu preocupava com a fala: "câncer" a pior doença que existe até agora! Então eu ficava com isso aí... O médico falou pra mim: é um câncer dos bravos! Eu conversava com alguém e eles falavam: isso é perigoso! É uma doença grave, morreram seis da minha família, corre que nem vento... Mas não pode desanimar disso aí não! Tem muitos que não aceitam, mas se veio pra nós, tem que tocar, que é bom não é não, é bem difícil, derruba demais a gente!

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central J:

Vergonha

Passei a maior vergonha do mundo pra fazer a biópsia, aquele doutor tirava sarro da gente: Cuidado pra não acostumar, viu? Falei: Doutor, a gente já está morrendo de vergonha e o senhor ainda fala assim? Não vou deixar mais fazer o toque com a biópsia, a parte íntima do homem não pode ser tocada... Passei vergonha!

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central K:

Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo

Isso pra mim é uma doencinha, a coisa mais simples que tem! Eu encarei de frente, com dureza, com firmeza, combati, sem ter medo hora alguma e até hoje, eu não abaixo. Eu não mostro medo hora nenhuma, não foi coisa que me assustou! Também não me senti constrangido, nem aborrecido de eu ter isso não... Não foi muito triste, porque tem muita gente que: Nossa Senhora Aparecida, uma doença, agora estou morto! Eu não, tranquilo e sereno... Não preocupo com nada, não me apavorei. Para que essa bobajada? Se fosse pra eu ter câncer outra vez, eu queria ter o de próstata, que é bem mais fácil, é mais suave um pouco. Deus quis assim, vamos passar por ele, estou tranquilo, eu fui muito consciente, eu fui e falei: eu tenho o problema, mas eu tenho que dar um jeito, então, não me desesperei tanto! Eu não tenho medo, isso não me atinge, essa doencinha aí, isso é uma coisinha a tôa! aí!

DSC da Representação Social/ Significado/ Ideia Central L:

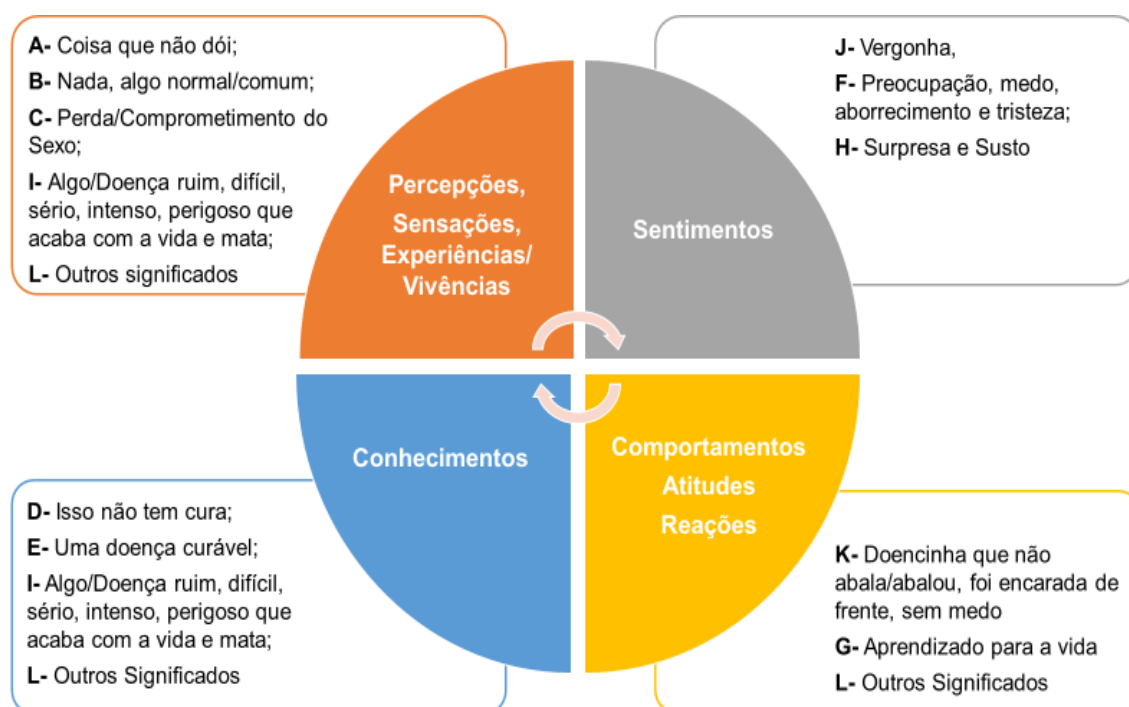
Outros significados

Porque o que aconteceu comigo não era pra ter acontecido, não era pra eu ter ficado doente se eu tivesse me tratado e feito o exame de próstata há mais tempo, mas informações que eu tinha eram informações erradas... Falavam que o médico ia mexer no ânus da pessoa, que era muito degradante, e foi passando o tempo... Quando eu vi, o câncer já tinha tomado conta! Aí começou o problema, eu senti a diferença, me deu muita sede, senti urinar, mas nessa parte sexual está seguro, você tem aquela atividade tua ali, porque a pessoa pensa assim: ah não, esse aí não faz mais nada, vai cair seco! É o que a pessoa pensa, né? Aí a mulher pode falar: Fulano fica brocha, mas não, Fulano, não tem nada a ver uma coisa com a outra! Vamos esperar que Deus resolva, entregar pra Ele e deixar o barco correr... Estou com esperança...

Assim, sobre os significados do câncer de próstata para o sujeito coletivo constituído pelos homens em atendimento oncológico, emergiram as seguintes ideias centrais: “Coisa que não dói”, “Nada, Algo normal/comum”, “Perda/Comprometimento do sexo”, “Isso não tem cura”, “Uma doença curável”,

“Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza”, “Aprendizado para a vida”, “Surpresa e Susto”, “Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata”, “Vergonha”, “Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo” e “Outros Significados”. Tais significados foram agrupados numa ilustração síntese (Figura 3), configurando um modelo que norteará a discussão das representações sociais apresentadas.

Figura 3 - Modelo das representações sociais sobre o câncer de próstata a partir das significações do sujeito coletivo dos homens abordados.



Fonte: Da autora

De acordo com os agrupamentos elencados, elaborou-se as figuras de 1 a 7 que estão apresentadas, após a discussão de cada agrupamento, e que representam os significados/Ideias Centrais/Representações Sociais, emergidos por meio dos DSC.

8 DISCUSSÃO

Na discussão será abordado o perfil sociodemográfico e clínico dos atores sociais e os significados atribuídos ao câncer de próstata.

8.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS ATORES SOCIAIS

Em relação ao perfil sociodemográfico, constatou-se que o câncer de próstata acomete os homens idosos, corroborando com a literatura que considera o câncer de próstata, mais do que outros, como o câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2019b). Em estudo realizado com 2620 homens com câncer de próstata, também se constatou o predomínio de homens nesta faixa etária (ARAÚJO *et al.*, 2015).

Braga *et al.* (2017), em estudo sobre a sobrevida e risco de óbito de homens com câncer de próstata atendidos pelo SUS, constataram, ao pesquisar dados de 16280 homens, que mais de 75%, tinha idade entre 60 e 79 anos no início do tratamento ambulatorial. Observou-se que a probabilidade de sobrevida diminuía à medida que aumentava a idade dos participantes, resultado semelhante encontrado por Luizaga *et al.* (2020).

Os autores concluíram, que o impacto na sobrevida pode ser atribuído ao fato de que o câncer de próstata, ao incidir a população idosa, apresenta concomitância com outras comorbidades, o que intensifica os cuidados e fragiliza a sua condição de saúde (BRAGA *et al.*, 2017).

Nesta direção, os profissionais de saúde, ao elaborar o planejamento da assistência pelas linhas de atenção oncológica, também devem considerar as demandas de cuidados da pessoa idosa, se atentando para suas singularidades e necessidades de acompanhamento contínuo e multidisciplinar, em todos os níveis de atenção.

Constatou-se que a maioria dos participantes autodeclararam se orientar por uma crença religiosa e serem praticantes. Estudos evidenciaram que a espiritualidade/prática religiosa contribuem para o enfrentamento do câncer, pois nelas os sujeitos buscam por conforto, esperança, auxílio e minimização do sofrimento, sendo considerada um dos principais recursos para enfrentar os

sintomas depressivos (CHOUMANOVA *et al.*, 2006; GUERRERO; ZAGO; SAWADA; PINTO, 2011; NELSON, 2009; RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019).

Sob este olhar, o enfermeiro deve conhecer as crenças religiosas/espirituais dos homens com câncer de próstata, pois, esta compreensão pode agregar subsídios para a assistência, uma vez que, ao integrarem espiritualidade e saúde, potencializam os recursos de cuidados disponíveis, contribuindo para a integralidade e melhores resultados (KING-OKOYE; FAITHFULL, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2018).

Os dados deste estudo apontaram que a maioria dos homens vivia com companheira e declararam ter ótima relação com os familiares, o que se configura como um importante apoio social para o enfrentamento da doença e do tratamento.

Evidências reiteram este resultado ao concluírem que os homens com câncer de próstata consideraram que o apoio recebido de suas esposas/companheiras, favoreceu a sua busca por cuidados médicos, uma vez que elas os ajudaram a avaliar seus sintomas e foram compreensivas, oferecendo-lhes apoio psicológico (AZEVEDO *et al.*, 2018; KING-OKOYE; FAITHFULL, 2017; PINTO *et al.*, 2017; PORTO *et al.*, 2016).

Por outro lado, Martins e Nascimento (2017) constataram que os homens inicialmente sentiram desconfiança de suas esposas pelo fato deles estarem apresentando disfunções sexuais e ficaram temerosos de serem traídos, o que foi resolvido por meio de diálogo com suas esposas. Resultado similar foi encontrado no estudo de Noronha *et al.* (2019).

Nesse contexto, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem oferecer atenção às companheiras, pois elas se constituem em um importante recurso de ajuda para os homens (HARJU *et al.*, 2018). Esses profissionais devem, ainda, auxiliar e intermediar o diálogo entre os casais, incentivando e contribuindo para este apoio (HARJU, 2018; MC-CONKEY, 2015).

Em relação a avaliação de sua situação financeira, os homens a consideravam como boa e regular em iguais percentuais, uma vez que a maioria dependia da aposentadoria. Os recursos financeiros, principalmente nesse processo de adoecimento, podem ser escassos para atender às suas necessidades crescentes e, ainda, comprometer a qualidade de vida das pessoas com câncer (SILVA *et al.*, 2018; TONETI *et al.*, 2014).

Essa situação financeira corrobora para a dependência do sistema público de saúde, tendo em vista que o acesso ao serviço de oncologia relatado pela maioria

dos participantes foi por meio de encaminhamento do SUS. Verificou-se ainda, que o sistema de referência para tratamento oncológico tem empreendido esforços para o tratamento precoce, tendo em vista que a maioria apresentava a doença localizada com o tempo de diagnóstico há mais de 12 meses, conforme dados coletados dos prontuários.

Esses resultados divergem de evidências retrospectivas dos anos de 2000 a 2006, que observaram que os homens foram diagnosticados em estágio clínico tardio (estádios III e IV) e, após o diagnóstico, aguardaram cerca de cinco meses para iniciar o tratamento oncológico, que foi preferencialmente a quimioterapia (BRAGA *et al.*, 2017).

De acordo com relatório do INCA (2020), o tempo entre o diagnóstico e o tratamento de homens com câncer de próstata tem apresentado reduções desde o ano de 2013, o que favorece melhores prognósticos e redução de metástases. Esses resultados podem apresentar relação com o prazo máximo de 60 dias, preconizado pelo Ministério Público, entre o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2013).

A radioterapia e a quimioterapia são modalidades terapêuticas que apresentam uma série de efeitos colaterais, como a diarreia, micção frequente, ardor ao urinar, sensação de bexiga cheia, hematúria, náuseas, vômitos, alopecia, anemia e mucosite, além de risco maior de infecções (INCA, 2019b).

No estudo de Quijada *et al.* (2017) os tratamentos como a radioterapia e a hormonioterapia para o câncer de próstata também afetaram as funções urinária, intestinal, hormonal e sexual, contribuindo para impactos na qualidade de vida em saúde de homens.

Portanto, é de suma importância que os profissionais de saúde estejam atentos para a identificação e tratamento destes sintomas, garantindo, desta forma, a integralidade do cuidado e melhor qualidade de vida para os homens submetidos a essas terapêuticas.

O diagnóstico do câncer de próstata, a necessidade de tratamento ou acompanhamento e o enfrentamento aos efeitos adversos da terapêutica levaram os homens a perceberem seu estado de saúde atual, pois a maioria declarou seu estado como regular. No entanto, ao compararem com outras pessoas de mesma idade, atribuíram que sua saúde é melhor. Esta percepção pode interferir nas RS,

pois no âmbito individual se reconhecem com necessidades e demandas, mas no coletivo se percebem como menos vulneráveis.

Esta percepção pode se relacionar aos padrões de masculinidade hegemônica, nos quais os homens apresentam dificuldades em se reconhecer enquanto sujeitos de cuidados e fragilidades, o que pode contribuir para a invisibilidade de suas demandas em saúde e, conseqüente, ao anonimato perante os profissionais de saúde (COELHO *et al.*, 2018).

Os homens com câncer de próstata devem ser vistos como sujeitos de demandas complexas em saúde, cujas dimensões psicosocioculturais e espirituais também podem estar comprometidas. Percebeu-se a importância da religião/espiritualidade e das suas companheiras como apoio para o enfrentamento das dificuldades relacionadas aos efeitos da doença e do tratamento.

8.2 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO CÂNCER DE PRÓSTATA

Observou-se, pelos significados emergidos dos agrupamentos, que os sujeitos deste estudo acessaram os significados atribuídos ao câncer de próstata apreendidos pelas experiências que influenciaram na sua compreensão e na elaboração do que pensavam e reproduziam sobre a doença.

Resgatando-se Moscovici, as RS são formadas por meio da ressignificação que as pessoas fazem das informações que recebem advindas dos grupos que pertencem (MOSCOVICI, 2015, p.86). Compreende-se que as pessoas, ao receberem o diagnóstico, passam a conviver em um contexto social em que o câncer de próstata é algo compartilhado e vivido, seja com pacientes, familiares ou profissionais de saúde. Assim, eles passam a contactar as RS que circulam neste grupo e a compor estas RS, por meio da ressignificação que fazem do “que” apreendem.

De uma maneira geral, nos DSC observou-se a presença dos processos de ancoragem, de objetivação, bem como a presença das faces simbólicas/icônicas e figurativas no processo de elaboração dos significados. Ademais, resgatou-se conexões com as funções das RS, propostas por Abric.

Em relação aos agrupamentos que compuseram as ICs, constatou-se que apresentam alta/grande homogeneidade interna e alta/grande heterogeneidade externa, referentes aos significados/representações emersos. Ou seja, grande

homogeneidade intra agrupamentos de ICs e grande heterogeneidade inter agrupamentos das Ideias Centrais.

As ICs foram agrupadas a partir das significações que o sujeito coletivo dos homens em atendimento oncológico atribuiu ao câncer de próstata e estão apresentadas a seguir, conforme modelo proposto na Figura 3, na sequência em que foram discutidas.

8.2.1 Percepções, Sensações, Experiências/Vivências

Este agrupamento foi composto pelas seguintes ICs: A - Coisa que não dói; B - Nada, algo normal/comum; C- Perda/Comprometimento do Sexo; I - Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata; L - Outros significados.

8.2.1.1 Coisa que não dói

Neste DSC, os homens perceberam o câncer de próstata como um agravo indolor, o que contraria a percepção do senso comum, uma vez que o câncer provoca dor, mutilação e leva ao intenso sofrimento, como eles diziam “[...] *é uma coisa que não dói* “[...] *agora, eu não sei se é assim mesmo, se não dói, se é assim deste jeito, né? Porque era para doer [...]*”.

Percebe-se por meio destas falas que, mesmo havendo grandes diferenças entre os tipos de câncer, a percepção consensual é de que o câncer em si é capaz de causar dor, o que pode contribuir para a dificuldade na identificação e no reconhecimento do acometimento. Pinto *et al.* (2014), em seu estudo, constatou a percepção de que quem tem câncer deve sofrer.

O fato de o câncer de próstata não produzir dor, pelo menos na fase inicial da doença, pode levar ao diagnóstico e tratamento tardios, como apontado nos resultados do estudo Martins e Nascimento (2017). Nesse estudo, a não percepção de sintomas físicos pelos homens com câncer de próstata, principalmente, pelo fato de não interferirem em sua vida diária, contribuiu para a ideia de que a busca por serviços de prevenção e promoção em saúde era desnecessária e irrelevante.

A literatura aponta que o câncer de próstata, quando localizado somente à próstata, é assintomático, e a presença de maior sensibilidade dolorosa é esperada

quando a doença está em estágio avançado ou metastático (BRASIL, 2016). Esta percepção foi observada neste trecho: “[...] *O pior dele é isso, quando dói ele já está muito adiantado [...]*”. Esta fala parece se relacionar com a função do saber, no qual os homens parecem buscar por um maior entendimento da relação do câncer de próstata com a dor.

Corroborando com este resultado o estudo de Olivieri (2015) em que os participantes, ao buscarem o atendimento móvel em ações para a saúde do homem, reconheceram a importância da divulgação do início assintomático do câncer de próstata para que os homens buscassem, de forma mais efetiva, o atendimento para a prevenção.

Alguns participantes do presente estudo alegaram a presença de uma pequena sensibilidade dolorosa: “[...] *E eu não sentia dor, sentia é uma dorzinha atravessada assim na barriga... Para mim era da urina, do rim, mas não pensava [...]*”.

Esta RS pode levar os homens a não correlacionarem “uma dorzinha” a uma doença grave, mas sim, a uma alteração da urina ou dos rins, algo que parece comum entre os homens. Desse modo, a partir da RS estruturadas pela figuração de algo que conhecem, se afastam da percepção de um adoecimento pelo câncer.

Essa percepção masculina também foi observada em estudo em que os homens, antes do diagnóstico do câncer de próstata, disseram que apresentaram desconfortos urinários durante anos e, com o tempo, se acostumaram e achavam que era normal (PINTO *et al.*, 2014).

Os enfermeiros e demais profissionais de saúde devem buscar oferecer informações à população de que o acometimento urinário e os sintomas relacionados, podem estar associados ao câncer de próstata e, até mesmo, indicar que a doença já está em estágio avançado (BRASIL, 2016; NARDOZZA JÚNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

Nestas condições, o nível de atenção indicado já é o especializado e deve ser acessado o mais precoce possível, embora em algumas regiões do país este acesso pode ser difícil pela escassez da oferta de serviços (AQUINO; VILELA, 2014; TESTON *et al.*, 2018).

8.2.1.2 Nada, algo normal/comum

Nesta IC observou-se a percepção da naturalização do câncer de próstata pelos homens, pelo fato de se encontrarem em uma faixa etária que corresponde à alta incidência do câncer e pelos antecedentes familiares com câncer: *“Eu acho que isso hoje é muito normal, principalmente nas pessoas de 50 anos pra cima, [...] eu esperava isso, na minha família quase todos sentiram o câncer, acho que todos nós temos ele, só que em uns desenvolve mais rápido [...]”*.

Esta naturalização, na qual eles ancoram o câncer de próstata ao entendimento de um processo normal, pode indicar representações relacionadas ao pertencimento, nas quais os homens podem buscar se familiarizar com seu “grupo de iguais”. Sob este olhar, apreende-se que a função identitária parece se intercambiar e contribuir para esses significados.

Percepção semelhante foi encontrada em estudos de Oliveira *et al.* (2019) e Almeida; Souza; Dos-Santos (2020) em que os homens relataram que o fato de possuírem histórico familiar de câncer os impulsionaram para a realização de exames preventivos e, ainda, aqueles que não possuíam este histórico mantiveram a concepção de que não precisavam fazer os exames (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Infere-se que o fato de ter antecedentes familiares com câncer constituiu um fator influenciador dos comportamentos masculinos em busca de ações preventivas para o câncer.

Constatou-se que os participantes, ao compararem o câncer de próstata com o câncer de mama e de colo de útero, *“[...] é uma doença tão comum entre os homens, é igual o câncer de mama da mulher, né, colo do útero [...]”*, objetivam conceitos já apreendidos sobre as doenças relacionadas ao aparelho genital feminino, mais abordadas pelos meios de comunicação, buscando, desta forma, representar a existência de tipos de câncer que são particulares às mulheres e aos homens. Ou seja, a mama e o útero acometidos pelo câncer na mulher (órgãos visíveis e/ou palpáveis) mostram-se como qualidade icônica do câncer de próstata no homem como uma forma de reproduzir um conceito em uma imagem.

A função identitária da RS pode ser identificada na maneira como o sujeito coletivo apresenta uma percepção de naturalidade quanto ao câncer de próstata. A partir desse significado, infere-se o sentido de que as mulheres e os homens “devem esperar” por estas doenças particulares a cada sexo, uma vez que fazem parte dos

agravos possíveis de recair sobre os seus grupos de pertença (masculino e feminino).

Percepção semelhante foi encontrada no estudo de Cinsa (2017) no qual os homens disseram que receber a notícia do câncer de próstata é normal, pois todo homem é passível de tê-lo e com a idade ele, já é esperado (CHAMBERS *et al.*, 2018).

Os profissionais de saúde, ao buscarem conhecer as RS que situam os indivíduos em seus meios de pertença, devem averiguar se estas se constituem elementos que estimulam ou desencorajam os cuidados relacionados ao câncer de próstata e, desta forma, devem agregar subsídios ao planejamento das suas ações.

8.2.1.3 Perda/Comprometimento do Sexo

Este discurso demonstrou que, para os homens, o comprometimento ou a perda da capacidade para as atividades sexuais se configura como uma das consequências mais impactantes do câncer de próstata pelo fato de perceberem que a sua identidade enquanto homem foi muito afetada: “[...] *Atrapalhou muito o sexo [...] foi o que mais pesou [...] A gente abate como homem [...] Muita gente fica falando besteira, falando que quem tem câncer de próstata não é homem mais [...]*”.

Compreende-se a influência dos ideais de masculinidade hegemônica nestes relatos, uma vez que, para os homens, o vigor sexual foi percebido como um fator inerente ao homem, e a sua perda fez com que se sentissem “menos homens”, ancorando-se no paradigma de que não são mais homens.

Estudo que buscou compreender a percepção de homens com câncer de órgãos reprodutores observou resultado semelhante, pois os homens relataram que somente são homens de verdade quando seus órgãos reprodutores são funcionais (PEREIRA *et al.*, 2016).

Ademais, observou-se que a capacidade de ereção, considerada inerente ao instinto animal masculino, também está comprometida: “[...] *a parte principal que o homem precisa, não consegue [...] o homem é um reprodutor, até certo ponto é o instinto animal do homem [...]*”.

Estudo que coloca em perspectiva questões relacionadas à masculinidade e ao câncer de próstata evidenciou que a vida sexual pode ser um determinante social de masculinidade hegemônica, pois os sujeitos também perceberam que sua vida

enquanto homem foi abalada, que seus corpos biológicos não respondem mais como gostariam (ARAÚJO; CONCEIÇÃO; ZAGO, 2019), e apresentaram pesar pela perda ou prejuízo sexual (MODENA *et al.*, 2014; CHAMBERS *et al.*, 2018)

Ademais, os homens questionaram a falta de compreensão e de competência dos médicos para lidarem com estas questões e, principalmente, para preservarem a função sexual, o que os levaram a apontarem para uma necessidade de cuidado não atendida: “[...] *E os médicos não estão muito preocupados com a vida sexual do homem, o médico falou: o que você tinha que fazer, você já fez[...] Teria que ter um cirurgião especialista só em operar próstata! Sabe por quê? Para dar uma sobrevida dentro da normalidade para o homem [...]*”.

Estudo que buscou compreender as concepções sobre qualidade de vida de pessoas com câncer constatou que, para os homens com câncer de próstata, a qualidade de vida significava ter uma vida sexual como no passado (SANCHEZ; SIERRA; MARTIN, 2015). Alexis, Worsley (2018) encontraram em estudo de metassíntese que o senso de masculinidade diminui com o tratamento para o câncer de próstata.

Diante das repercussões que a disfunção erétil vivenciada pelos homens com câncer de próstata pode acarretar nas dimensões biológicas, psicoemocionais, culturais e na identidade masculina, torna-se de suma relevância que a equipe multidisciplinar proporcione espaços de dialogicidade para levantar essa demanda de cuidados para intervenções mais coerentes às essas necessidades. E, ainda, que a ciência possa desenvolver terapêuticas para o tratamento do câncer de próstata que possam preservar a função sexual.

Estudo de Ream *et al.* (2009) apontou que os enfermeiros especialistas em urologia foram reconhecidos como essenciais no tratamento dos homens com câncer de próstata por oferecerem cuidados integrais e longitudinais que contemplavam informações genéricas e o atendimento de necessidades específicas, como a disfunção erétil.

Outro estudo apontou que são necessárias mudanças nos cuidados aos homens sobreviventes com câncer de próstata, especialmente após o tratamento, uma vez que estas necessidades, quando não atendidas, podem contribuir para pior qualidade de vida (COCKLE-HEARNE *et al.*, 2013). Estes autores também observam que a enfermagem pode contribuir no suporte de cuidados referentes à disfunção sexual e ao comprometimento psicológico, uma vez que foram as

dimensões mais comprometidas nesse estudo citado.

Os profissionais de saúde, ao compreenderem que a disfunção sexual é o fator que mais abala e afeta a imagem dos homens, podem ajudá-los a enfrentarem essas dificuldades e a ressignificaram o seu papel enquanto homens na sociedade. Estudo aponta o potencial de intervenções em saúde para homens com câncer de próstata que atendam estas demandas por estarem alinhadas ao resgate de valores masculinos, de competição e força física (CORMIE, 2015).

8.2.1.4 Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata (Percepções, Sensações, Experiências/Vivências)

Nesta IC, o câncer de próstata foi representado como algo ruim, que causou sofrimento e ideação suicida: “[...] pra mim só significou ruindade [...] fiz a família sofrer demais! Eu queria me matar [...]”. Percepções negativas semelhantes em relação ao câncer de próstata e a ideação suicida foram encontradas nos estudos de Ferrão, Bettineli e Portela (2017); Moura e Rabelo (2019) e Rivero e Berríos (2016).

Observou-se que os sujeitos, ao atribuírem o termo ruindade ao câncer de próstata, buscaram o recurso da ancoragem para tornar o câncer de próstata mais próximo do que representava para eles. Ademais, a intensidade como experienciaram o adoecimento demonstra estruturar suas RS pela figuração.

Além deste olhar, notou-se a preocupação com o sofrimento dos familiares, em decorrência de seu processo de adoecimento, demonstrando haver demandas de atenção nesta direção que devem ser vistas e consideradas pelos profissionais de saúde. Sales, Matos, Mendonça e Marcon (2010), ao buscarem compreender o impacto no cotidiano de pessoas que cuidam de seus familiares com câncer, constataram o sofrimento dos cuidadores e mudanças em suas rotinas diárias, pois eles demonstraram tristeza ao perceberem que seus familiares estavam sofrendo com os efeitos colaterais, advindos dos tratamentos oncológicos.

Ademais, os homens, em função do intenso sofrimento relatado, significaram o câncer de próstata, como algo tão ruim e destruidor que a vida parece não ter mais sentido, levando-os a apresentarem a RS que orientem ao suicídio.

Estes significados de conotação negativa devem ser investigados pelos enfermeiros, para que possam ofertar apoio social e emocional e encaminharem casos mais complexos para profissionais especializados da equipe, como psicólogos

e médicos psiquiatras, uma vez que os riscos de suicídio entre homens com câncer de próstata são uma realidade e, portanto, devem ser prevenidos. Ademais, os profissionais devem também oferecer cuidados aos seus familiares, a fim de colaborarem para a diminuição de sobrecarga multidimensional dos cuidadores. (CARVALHO, 2008).

8.2.1.5 Outros significados (Percepções, Sensações, Experiências/Vivências)

Neste DSC, o segmento: “[...] eu senti a diferença, me deu muita sede, senti urinar [...]”, demonstrou que, para alguns homens, a percepção da manifestação corporal de que algo não estava normal pode ter contribuído para a busca dos profissionais de saúde, o que corrobora com resultados do estudo de Oliveira *et al.* (2019) ao relataram que os homens, ao constatarem a presença de sintomas urinários, associaram ao câncer de próstata.

O resultado do presente estudo diverge de autores, uma vez que os homens com câncer de próstata atribuíram características assintomáticas à doença (MODENA *et al.*, 2014), e somente descobriram que estavam com o câncer quando se submeteram ao exame de PSA (SALIMENA *et al.*, 2019).

Estes resultados refletem uma questão polêmica sobre qual estratégia preventiva é mais eficaz para o câncer de próstata, tendo em vista que os estudos têm apontado que tanto o rastreamento quanto a detecção precoce possuem riscos e benefícios. O rastreamento para todos os homens pode favorecer para tratamentos precoces e melhor sobrevida. No entanto, estes tratamentos podem ser indicados de maneira indiscriminada e desnecessária para tipos de câncer de próstata que não evoluiriam e que levariam os homens a prejuízos biopsicossocioculturais, espirituais e gastos de saúde pública (INCA, 2014; INCA 2019b).

Nesse sentido, algumas diretrizes têm se orientado para o método preventivo da vigilância ativa, em que os homens, ao reconhecerem os sintomas, busquem as estratégias de saúde para realização de exames e encaminhamentos adequados, e que o rastreamento deve ser realizado somente para aqueles com fatores de risco (INCA, 2014).

Constatou-se que o comprometimento sexual não é comum para todos os homens após o tratamento do câncer de próstata, pois depende do estágio da

doença, da terapêutica e das condições psicoemocionais. Isso contrapõem as representações do comprometimento sexual, como se observou nos relatos: “[...] *nessa parte sexual está seguro, você tem aquela atividade tua ali [...] Aí a mulher pode falar: Fulano fica brocha, mas não Fulano, não tem nada a ver uma coisa com a outra! [...]*”.

Rivero e Berríos (2016) observaram em seu estudo percepções masculinas convergentes, pois alguns homens disseram que suas vidas sexuais eram satisfatórias, e que estavam se adaptando bem a novas maneiras de se relacionar.

Desta maneira, o reconhecimento dos significados dessas experiências, contribui para fundamentar as ações em saúde que vão ao encontro das necessidades do homem com câncer de próstata.

Corroborando o primeiro eixo de discussão, apresenta-se a seguir uma imagem sintetizando os significados representados como Percepções, Sensações, Experiências/Vivências, conforme Figura 4.

Figura 4 - Imagem síntese relacionada ao agrupamento Percepções, Sensações, Experiências/Vivências



Fonte: Imagem autoral criada com auxílio do website wordclouds. Disponível em: <https://www.wordclouds.com/>

8.2.2 Sentimentos

Este agrupamento contém as ICs: J - Vergonha; F - Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza; H - Surpresa e Susto.

8.2.2.1 Vergonha

Para os homens, o câncer significou vergonha, pelo fato de os exames preventivos do câncer de próstata invadirem a privacidade e pela conduta de alguns profissionais de saúde: “[...] *Passei a maior vergonha do mundo pra fazer a biópsia, aquele doutor tirava sarro da gente: Cuidado pra não acostumar, viu? Falei: Doutor, a gente já está morrendo de vergonha e o senhor ainda fala assim? [...]*”.

Appleton *et al.* (2014) evidenciou que os homens perceberam a realização do exame de biópsia prostática como dolorosa e invasiva, e que poderia se constituir como a pior experiência no vivido do câncer de próstata. Ademais, alegaram complicações após o exame, como desconforto, retenção urinária e infecções.

Estudos demonstram que os homens representam o toque retal como um exame que causa constrangimento, humilhação e dor, que toca não somente na próstata, mas também afeta a masculinidade (GOMES *et al.*, 2008), simbolizando uma violação do ser masculino (AMTHAUER, 2016), e compararam como um estupro (ARAÚJO; NASCIMENTO; ZAGO, 2019).

Neste entendimento, apreende-se que os exames diagnósticos, como a biópsia e o toque retal, constituem importantes recursos diagnósticos para direcionar terapêuticas mais assertivas e melhor sobrevida. No entanto, eles afetam sobremaneira as dimensões biopsicossociais de forma relevante (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Ainda que se compreenda que para o senso comum existem significados que demonstram que os homens temem sentir prazer com a realização dos exames diagnósticos (GOMES *et al.*, 2008), e com isso, a diminuição de pertença ao universo masculino hegemônico (MARTINS; NASCIMENTO, 2017), percebeu-se que o comentário de conotação irônica produziu nos homens sentimentos de vergonha.

Nos estudos de Olivieri (2015) e Almeida, Souza e Dos-Santos (2020) os sujeitos relataram que os homens, além de ignorantes, são machistas, pois dizem que quem faz esse exame “vira bixinha”, ou é gay, fazendo desta forma uma alusão à homossexualidade.

Desta maneira, estas percepções podem influenciar na busca pela realização desses exames, pois a vergonha de se expor e o temor de sentirem prazer são percepções ainda vigentes entre os homens com câncer de próstata. Os

profissionais de saúde devem oferecer um atendimento respeitoso e ético, que favoreça o bem-estar das pessoas e a adesão ao tratamento (VARGAS, 2013).

8.2.2.2 Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza

No DSC os homens revelaram sentimentos de preocupação e medo pela necessidade de acompanhamento com os profissionais de saúde e pelo fato de o câncer para o senso comum estar relacionado à dor e ao sofrimento: “[...] *Tem aquela preocupação de todo mês estar no médico, ter aquele tratamento acompanhado [...] Significa medo [...] tenho muito medo de sofrer [...] dois amigos meus sofreram muito, morreram pele e osso por causa do negócio da próstata, eles não morreram logo [...]*”.

As RS se estruturaram por meio da figuração. Desse modo, as experiências negativas daqueles que vivenciaram o câncer de próstata influenciaram a percepção dos homens a manifestarem medo e preocupação.

Corroboram com esses resultados o estudo de Modena *et al.* (2014) tendo em vista que os homens que vivenciaram o câncer de próstata entre familiares também apresentaram sentimentos de medo e preocupação em relação à doença e temor de sofrerem no futuro (CHAMBERS *et al.*, 2018).

A necessidade de acompanhamento regular com os profissionais de saúde também constituiu motivo de preocupação, assim como encontrado no estudo de Simoneti e Zago (2019), no qual os homens consideraram esse acompanhamento um “lado ruim da doença”.

Os sentimentos de tristeza e aborrecimento revelaram os impactos psicoemocionais que este adoecimento pode causar. “[...] *Para quem nunca teve doença, é muito triste [...] muito aborrecimento [...] Essa doença é muito triste [...]*”

Esses sentimentos são próprios daqueles que nunca experienciaram alguma doença, o que coloca em perspectiva a sua vulnerabilidade.

Corroboram com esse resultado alguns estudos como o de Salimena *et al.* (2019) ao constatarem que o câncer de próstata estava relacionado às preocupações e às dificuldades, e o medo foi atribuído ao fato de nunca terem se submetido às intervenções cirúrgicas. No estudo de Simoneti e Zago (2019), os homens com câncer de próstata relataram que o câncer não é bom e não deveria existir e o de Porto *et al.* (2016) com percepções negativas semelhantes.

Outras pesquisas apontaram que o impacto do câncer de próstata atinge as dimensões biopsicossociais acarretando sintomas depressivos que incidem sobre a qualidade de vida (IZIDORO *et al.*, 2019; NOVAC; SABINO; COELHO, 2015; SEEMANN *et al.*, 2018; WISSING *et al.*, 2018).

Entende-se que os homens buscaram representar o câncer de próstata ancorando-se em conceitos negativos, pois decorrem do modo pelo qual ele atingiu a sua ou a vida de alguém conhecido, causando sofrimento.

8.2.2.3 Surpresa e Susto

Para os sujeitos, o câncer de próstata significou surpresa, pelo fato de não terem percebido alterações corporais que os motivassem a busca pelos profissionais de saúde, pela falta de conhecimento e pelos ideais de invulnerabilidade. Isso fez com que as medidas preventivas fossem vistas como irrelevantes: “[...] eu não sentia nada da próstata, me pegou de surpresa! [...] Nem sabia o que era próstata! [...] eu fui ficando muito omissos, porque eu não fazia o tratamento de prevenção, na hora que eu tentei acudir, já tinha acontecido [...]”

Neste DSC, percebeu-se que os homens se reconheceram como omissos em relação aos seus cuidados para a prevenção do câncer de próstata. Assim, ao receberem o diagnóstico do câncer de próstata, eles ficaram surpresos.

Constatou-se que, por meio da ancoragem, os homens se aproximaram dos significados atribuídos ao câncer de próstata ao dizerem que ele “pega” de surpresa, atribuindo uma imagem simbólica de algo que acontece de maneira inesperada.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo de Salimena *et al.* (2019), no qual os homens com câncer de próstata apresentaram espanto e surpresa ao confirmarem o diagnóstico. Em outro estudo, os homens representavam o câncer como uma doença traiçoeira e deve-se ter cuidado para ela não “pegar” (MODENA *et al.*, 2014).

As ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica tornam-se primordiais neste contexto, com vistas a sensibilizar os homens sobre o câncer de próstata e sua característica assintomática nas fases iniciais, de modo que eles possam buscar os serviços de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento precoce deste agravo.

Completando esse eixo de discussão, propôs-se uma imagem síntese sobre os significados emergidos relacionados aos Sentimentos (Figura 5).

Figura 5 - Imagem síntese relacionada ao agrupamento Sentimentos



Fonte: Imagem autoral criada com auxílio do website wordclouds. Disponível em: <https://www.wordclouds.com/>

8.2.3 Conhecimentos

Este agrupamento contém as ICs: D - Isso não tem cura; E - Uma doença curável; I - Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata; L - Outros Significados;

8.2.3.1 Isso não tem cura

A literatura, a partir das melhores evidências, tem enfatizado que o câncer de próstata é uma condição crônica, multicausal, de início gradual e prognóstico incerto, com curso mais ou menos longo ou permanente, que requer ações integradas e contínuas, a fim de que se tenha um controle efetivo, com garantia de qualidade de vida (BRASIL, 2013; MENDES, 2018).

Compreende-se que no DSC os homens se apropriaram e reelaboraram o conhecimento científico sobre o curso da doença, o prognóstico incerto, bem como o acompanhamento permanente que o câncer imprime às pessoas: “[...] O câncer não tem cura, todo mundo que dá isso daí a maior parte morre [...] o médico disse: isso aqui não tem remédio não! [...] melhorei noventa por cento, mas sarar... só se nascer de novo! [...]”.

Neste discurso, o sujeito coletivo se refere ao câncer de próstata como sendo um agravo incurável, que apresenta alta mortalidade e sem perspectiva de cura. Apreendeu-se que os homens buscam o simbolismo e a figuração para estruturarem suas RS ao atribuírem ao câncer a impossibilidade de cura. Simbolizam quando se referem a “todo mundo” e figuram ao dizerem que melhoraram, mas não “saram” e entendem que deverão conviver com esta doença durante toda sua vida.

A crença de que o câncer é uma doença grave, muitas vezes incurável e associada à morte, também foi encontrada nos estudos de Almeida, Souza e Dos-Santos (2020); Martins, (2015); Modena *et al.* (2014) e Porto *et al.* (2016). Neste sentido, as RS exercem a função do saber, pois elas buscam compreender a realidade, na qual os sujeitos estão imersos.

Até a pouco tempo, os saberes dos pacientes eram considerados como secundários aos saberes dos profissionais de saúde, estabelecendo-se uma relação na qual os adoecidos se encontravam em uma relação hierárquica de dependência, sendo considerados meros facilitadores no processo de educação terapêutica (JODELET, 2015, p. 67).

No entanto, a partir de mudanças paradigmáticas, na qual a doença perde seu status de estado e passa a ser tratada como um processo, as aprendizagens e competências adquiridas pelos pacientes passam a ser consideradas como enriquecedoras para o conhecimento e a prática profissional. Desta forma, facilita-se o diálogo entre “ciência e experiência” e contribui-se para transformações das práticas de intervenção profissional em saúde (JODELET, 2015, p. 59-67).

A partir desta compreensão, espera-se dos profissionais de saúde uma atitude compreensiva e sensível, que eles olhem para as dimensões biopsicoemocionais, culturais e espirituais das pessoas sob os seus cuidados, uma vez que o reconhecimento de que elas vivenciam a condição crônica pode apresentar fragilidades e demandas de atenção nessas dimensões. Assim, os profissionais de saúde podem contribuir para aceitação, adesão ao tratamento e qualidade de vida (BRASIL, 2013; MENDES, 2018).

8.2.3.2 Uma doença curável

Por outro lado, alguns homens atribuíram ao câncer de próstata uma doença curável. Pode ter contribuído para este significado o fato de os entrevistados serem

homens em estágios distintos da doença e sob diferentes formas de tratamento, o que resulta em vivências distintas de adoecimento.

Os homens referiram que o câncer de próstata, quando diagnosticado no início, tem cura, mas, quando em fase avançada, a cura já não é garantida: “[...] *Quando essa doença descobre no início, tem cura! [...] O doutor falava: se fosse pra eu ter um câncer, eu queria ter o de próstata, que cura, o de próstata é um dos mais fáceis de curar [...]*”.

Nestes discursos observou-se a compreensão masculina de que o câncer de próstata, entre os outros tipos de câncer, tem cura, e que o tratamento na fase inicial favorece o resultado esperado. A remissão dos sintomas, o discurso dos profissionais de saúde e a remoção da próstata, podem ter contribuído para este processo figurativo de fundamentação das RS. Evidencia-se a função de saber, nestes significados.

A percepção de cura do câncer de próstata também foi encontrada no estudo de Martins (2015), ao considerar que o câncer de próstata e de mama são mais simples e curáveis pelo fato de que são partes do corpo que podem ser tiradas, ao contrário de tipos de câncer como o de pulmão, fígado e rins.

Stumm, Scherer, Kirchner, Berlezi e Franz (2010) observaram em seus estudos significados semelhantes, nos quais homens com câncer de próstata disseram que, se o câncer for descoberto no início, há cura. Ainda, de acordo com esses autores, houve relatos em que o médico reforçou essa percepção, ao dizer aos homens que, para ficarem 100%, deveriam operar, atribuindo à cura a cirurgia de prostatectomia radical.

No entanto, a cirurgia de prostatectomia radical, nem sempre se apresenta como totalmente efetiva, pois, muitas vezes, há recidivas, e outros tratamentos são necessários. Além disso, pode acarretar disfunção erétil, incontinência urinária e prejuízos permanentes, que afetam a pluridimensionalidade dos homens (BOERI *et al.*, 2018; IZIDORO *et al.*, 2019; STUMM *et al.*, 2010).

Percebeu-se que o movimento dos homens na busca do diagnóstico precoce e do tratamento com os profissionais de saúde contrapõe a concepção de invulnerabilidade masculina, atribuída pelo senso comum, ao mencionarem: “[...] *De uns quinze a vinte anos pra cá, qualquer coisinha eu procuro o médico, podem falar que eu sou mole, tem muitos homens que falam: quem procura acha! [...]*”.

Neste DSC observou-se um processo de ancoragem interessante, pois, os homens ao falarem que pode chamar ele de “mole”, demonstraram que aquilo que é maleável não está presente no consenso masculino, ou seja, a percepção dominante de ser-homem, para o senso comum, deve ser de “duro”, rígido, como quem não se dobra ou se abala.

Os homens ao buscarem tratamentos com os profissionais de saúde, reconheceram que podem ser mal vistos pelo grupo, na medida em que infringiram as normas orientadas pelos conceitos de invulnerabilidade, e demonstraram assim, uma dissociação deste universo de pertença. Este processo de transição foi observado por Araújo, Nascimento e Zago (2019), em que os homens se percebiam em um dilema entre fazer o que achavam correto, e perder sua moral, ou seguir o que os “outros” diziam que era correto e afetar a sua saúde.

A cura de acordo com os participantes pode resultar do tratamento médico com a providência divina: “[...] *Eu creio que Deus cura, mas deu os médicos, Deus abençoa aquele remédio e eu bebo com fé, aí cura. Deus deu a doença, Deus cura! Tem cura sim.*”

Neste segmento, apreende-se que as RS obtidas por meio das práticas religiosas podem exercer função de orientação, na medida que os homens buscaram guiar seus comportamentos, de acordo com suas crenças

Observou-se neste DSC que, as fontes de cura são complementares, assim como encontrado no estudo de Menezes, Kameo, Valença, Mocó e Santos (2018), ao concluíram que o câncer afetou a tríade corpo, mente e espírito e desse modo, o domínio espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais contribui para um melhor enfrentamento, alívio dos impactos provocados pelo câncer e melhor conhecimento para auxiliar os profissionais de saúde.

Estudos têm salientado a relevância da espiritualidade e da religião no enfrentamento de doenças graves como o câncer e apontam para o fato de que a busca por conforto, esperança e auxílio, está fundamentada nas crenças provenientes de experiências e práticas provenientes do senso comum (CHOUMANOVA *et al.*, 2006; RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Fernandes, Carvalho e Ferreira (2019) evidenciaram que tanto os homens como as mulheres com câncer utilizaram a religiosidade/espiritualidade como fonte

de auxílio diante dos desafios vivenciados frente ao diagnóstico, promovendo desta forma esperança de cura e alívio do sofrimento.

8.2.3.3 Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata (Conhecimentos)

Em vista das estimativas de incidência e de mortalidade, o câncer de próstata é considerado um agravo sério e preocupante (INCA, 2019a), o que coaduna com os DSC sobre o conhecimento do câncer de próstata.

Neste DSC, os sujeitos se reportaram ao câncer de próstata como sendo uma doença grave, que pode matar: “[...] *É uma doença muito séria, tem que ter cuidado, não pode brincar, essa doença mata mesmo! [...] eu preocupava com a fala: “câncer” a pior doença que existe até agora! [...]*”

Os sujeitos, a partir destas falas, atribuem por meio da ancoragem significados sobre o câncer, buscando associá-lo a uma doença séria e que mata. Ademais, simbolizam o câncer como “a pior doença que existe até agora”.

Resultados similares sobre o conhecimento da gravidade do câncer de próstata também foram encontrados em estudos de Almeida, Souza, Dos-santos (2020); Porto *et al.* (2016) e Simoneti e Zago (2019) em que os homens atribuíram a palavra “câncer” a uma doença que traz pavor e mata em poucos dias.

Ao mencionar que “[...] *O médico falou pra mim: é um câncer dos bravos! [...]*”, percebeu-se que os profissionais de saúde a fim de familiarizar os sujeitos com seu processo de adoecimento, buscam objetivar a doença para facilitar a sua compreensão, ou até mesmo, para amedrontá-los, um modo de impor seu conhecimento e a adesão ao tratamento. Essa postura coercitiva dos profissionais de saúde muitas vezes não leva às mudanças de comportamento e vão de encontro ao que preconiza com o cuidado centrado no paciente.

8.2.3.4 Outros Significados (Conhecimentos)

Neste discurso, os homens se culpabilizaram pelos conhecimentos errôneos sobre os exames preventivos para o câncer de próstata: “[...] *Porque o que aconteceu comigo não era pra ter acontecido, não era pra eu ter ficado doente se eu tivesse me tratado e feito o exame de próstata há mais tempo, mas informações que*

eu tinha eram informações erradas... Falavam que o médico ia mexer no ânus da pessoa, que era muito degradante [...]”.

Percebeu-se nestes fragmentos a presença de duas funções propostas por Abric: a justificadora, em que o sujeito coletivo procura explicar o porquê de não ter realizado os exames preventivos, atribuindo a informações erradas; e função identitária, que atribui que estas informações erradas provinham de “outros” que consideravam o exame degradante e o levaram a seguir estas normas e não realizar os exames.

Os resultados encontrados no presente estudo coadunam com Araujo *et al.* (2013) e Belinelo *et al.* (2014) ao constatarem a percepção de que o universo masculino apresenta preconceito em relação aos exames preventivos do câncer de próstata e que este preconceito favorece a imposição de barreiras para a sua realização.

Belinelo *et al.* (2014) evidenciaram que os homens compararam o exame de toque retal como uma relação sexual, na qual eles perderam a virgindade ao se sentirem penetrados como mulheres na vida. E, ainda, os participantes se sentiram constrangidos pelo fato de serem examinados por profissionais de saúde do sexo feminino.

Estudo apontou que, para alguns homens, o sexo do profissional de enfermagem faz diferença no cuidado, pois eles se sentiam constrangidos se enfermeiras realizassem procedimentos relacionados aos cuidados íntimos. No entanto, outros consideraram que a habilidade profissional e a maneira como lidavam com as pessoas era mais relevante do que propriamente o sexo do profissional (REAM *et al.*, 2009).

Nesta perspectiva, salienta-se a importância de se respeitar a preferência do homem em relação ao profissional para a realização dos cuidados, além do respeito, da privacidade e das relações dialógicas para compreender seus medos e preocupações, uma vez que nos imaginários masculinos existem significados que remetem ao constrangimento.

Para ilustrar os significados relacionados ao agrupamento Conhecimentos, discutidos nesse terceiro eixo, é exposta a imagem autoral da Figura 6.

Figura 6 - Imagem síntese relacionada ao agrupamento Conhecimentos



Fonte: Imagem autoral criada com auxílio do website wordcloudsDisponível em: <https://www.wordclouds.com/>

8.2.4 Comportamentos, Atitudes e Reações

Este agrupamento contém as ICs: K - Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo; G - Aprendizado para a vida; L - Outros Significados.

8.2.4.1 Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo

Neste DSC, os homens se apropriaram do diminutivo da palavra doença para se referirem ao câncer de próstata como algo simples e pequeno: “[...] Isso pra mim é uma doencinha, a coisa mais simples que tem! [...] isso é uma coisinha à toa! aí! [...]”.

Nestas falas, procuraram representar, ancorando o câncer de próstata como uma “doencinha” ou “coisinha à toa”, para demonstrarem que são maiores que ela. Assim, estas RS parecem ter função de orientação, pois se baseiam em ideais de invulnerabilidade, em que os homens se consideram inabaláveis, conforme os relatos: “[...] Eu encarei de frente, com dureza, com firmeza, combati, sem ter medo hora alguma e até hoje, eu não abaixo [...] não foi coisa que me assustou! [...] Não foi muito triste [...] não me apavorei. Para que essa bobajada? [...]”.

Neste discurso os participantes declararam terem enfrentado o câncer com “dureza”, ancoragem que representa o senso comum de masculinidade hegemônica.

No contexto da saúde, embora os homens se sintam mais “fortes” em relação à doença, o que de certo modo contribui para o enfrentamento da doença, os profissionais devem-se atentar se esta percepção atenuada do câncer de próstata favorece para uma baixa adesão à terapêutica.

A percepção de que o câncer de próstata é uma “doencinha”, diverge dos resultados até então encontrados, uma vez que os homens significaram a doença de forma negativa e fortemente impactante em diversas esferas de suas vidas (ARAÚJO *et al.*, 2013; NORONHA *et al.*, 2019; PORTO *et al.*, 2016; SIMONETI; ZAGO, 2019).

Neste discurso, observou-se a percepção de que a doença é um desígnio de Deus: “[...] *Deus quis assim, vamos passar por ele, estou tranquilo, eu fui muito consciente [...]*”. Os homens, ao considerarem que o câncer de próstata foi determinado por uma força suprafísica, eles confiaram na benevolência desta força e se tranquilizaram neste processo, pois entendem que o câncer de próstata é algo que eles devem viver pela vontade desta força.

Neste DSC, observa-se a função de orientação, apoiada nas crenças religiosas.

Estudo de Ferrão, Bettinelli e Portella (2017) demonstrou resultado semelhante, no qual os homens com câncer de próstata pediam por tranquilidade, para poderem cumprir o plano que Deus havia proposto para a vida deles.

8.2.4.2 Aprendizado para a vida

Nesta categoria, os homens apontam que o câncer de próstata foi um momento negativo, mas que trouxe muitos aprendizados, até para compreenderem que muitas pessoas estão passando por problemas muito piores, conforme os relatos: “[...] *a gente está sempre aprendendo e por mais que seja ruim, é naquele pior momento que você está aprendendo...A gente acha que tem muitos problemas [...] mas tem muita gente que tem problemas piores... Me ensinou a olhar pra eles e falar: eu não tenho nada! [...] a gente reflete o que é a vida, dá mais valor na vida, é uma lição de vida [...]*”.

Os homens, ao significarem o câncer de próstata como uma lição de vida, ancoram aspectos relativos a aprendizados, em que experiências negativas podem

suscitar percepções que contribuem para a aceitação e enfrentamento do adoecimento, pois perceberam que comparados a outros, não estavam tão ruins.

Teston *et al.* (2018) observou um relato semelhante em seu estudo, no qual homens com câncer de próstata se sentiram agraciados pelo fato de o câncer afetar somente sua parte interna, pois viam pessoas que, segundo eles, estava “faltando pedaços” e, assim, se sentiram encorajados para o tratamento.

O câncer de próstata também contribuiu para uma maior espiritualidade: *[...] com essa doença eu cheguei mais perto de Deus! [...]*”

Embora o câncer de próstata tenha contribuído para os aspectos negativos na vida dos homens, por outro lado ele favoreceu a ressignificação em muitos aspectos e, portanto, foi visto o lado positivo da doença.

No estudo de Pinto *et al.* (2014) e Yunes (2003), os sujeitos demonstraram resiliência em relação à sua condição, pois, de acordo com seus relatos, eles transformaram os momentos difíceis em crescimento pessoal, ou seja, buscaram ressignificá-los. Assim, a maneira como as pessoas reagem aos traumas ou eventos estressores é subjetiva e varia de pessoa para pessoa. Para uns é encarado como algo devastador, enquanto para outros pode ser uma oportunidade de fortalecimento e mudança positiva em suas vidas (LAU *et al.*, 2013; MADEIRA, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2016).

Constatou-se que o diagnóstico do câncer de próstata despertou nos sujeitos a necessidade do autocuidado e produziu uma ruptura identitária com o modelo hegemônico de masculinidade: *[...] aprendi a me cuidar [...] Isso foi um alerta pra mim de não ter aquela bobeira daquele preconceito de estar fazendo exame. O homem é machista [...] mas o ar está mudando, depois que começou a morrer tanta gente por causa do câncer de próstata e começou a salvar tanta gente, aí a pessoa vai mudando[...]”*.

Os sujeitos, ao mencionarem que o câncer de próstata foi uma alerta, ancoram este sentido para demonstrar que o adoecimento chamou atenção para seus cuidados em saúde.

Percebeu-se que, ao mencionarem “o ar está mudando, depois que começou a morrer tanta gente”, esses homens podem estar passando por experiências de transição (KRALIK; VISENTIN; VAN LOON, 2006) que podem provocar crises identitárias (ARAUJO; CONCEIÇÃO; ZAGO, 2019).

Neste processo, suas RS deixam de se identificar com os ideais de invulnerabilidade e de masculinidade hegemônica, atribuídas a força, sucesso, capacidade, confiança, domínio, controle e virilidade (BENTO, 2015) e passam a ressignificar sua identidade de subordinação ao adoecimento pelo câncer de próstata, termo que difere da identidade subordinada defendida por Connel e Messerschmidt (2013), ou até mesmo de homens resilientes (PINTO *et al.* 2014).

Entende-se que a identidade é formulada por sistemas de representações que corresponde ao seu universo sociocultural, e o adoecimento pelo câncer de próstata provoca experiências que levam a essas mudanças. No estudo de Salimena *et al.* (2019), os homens somente atribuíram a importância de se fazer os exames preventivos após apresentarem o diagnóstico de câncer de próstata. Ao vencerem seus medos relacionados ao primeiro exame de toque retal, se acostumaram a fazê-lo periodicamente e reconheceram os benefícios das ações preventivas (BELINELO *et al.*, 2014).

Para o planejamento dos cuidados congruentes às necessidades dos homens com câncer de próstata, é necessário que o enfermeiro compreenda os impactos e a transição provocada pelo processo de adoecimento e ajude os homens, por meio de diferentes estratégias, a entenderem os benefícios dos exames preventivos para o câncer de próstata.

8.2.4.3 Outros Significados (Comportamentos, Atitudes e Reações)

Neste DSC, o sujeito se posiciona de forma passiva em relação ao adoecimento, pois transfere o poder de resolução da sua doença ao divino: “[...] *Vamos esperar que Deus resolva, entregar pra Ele e deixar o barco correr [...]*”, demonstrando desta maneira uma atitude resignada em relação à doença.

As pessoas, ao se depararem com o sofrimento causado pelas doenças graves e crônicas, se orientam nos princípios da espiritualidade ou da religião, o que pode ser positivo, quando propiciam efeitos benéficos aos indivíduos, como a busca por maior conexão com forças transcendentais de amor e proteção. Porém, pode ter efeitos negativos quando se busca a fuga e se delega a resolução dos problemas, exclusivamente às forças divinas (SHAHABIZADEH; BAHRAINIAN, 2013; SILVA *et al.*, 2019).

Desta maneira, os homens, ao representarem o adoecimento com estes significados, podem adotar comportamentos fundamentados apenas nesses princípios. Isso pode resultar em efeitos negativos ao tratamento do câncer de próstata. Assim, os profissionais devem buscar reconhecer essas condutas, atuarem, por meio do diálogo e da escuta ativa, e proporcionar orientações que possam incluir outras formas de tratamento a fim de que a pessoa possa ter autonomia para as suas decisões terapêuticas. Assim, por meio do empoderamento, poderão alcançar melhores resultados nas esferas biopsicossociais (BRASIL, 2015).

Finalizando o quarto eixo discutido, a imagem da Figura 7 sintetiza os significados sobre o câncer de próstata representados pelo sujeito coletivo dos homens em atendimento oncológico quanto ao grupo Comportamentos, Atitudes e Reações.

Figura 7- Imagem síntese relacionada ao agrupamento Comportamentos, Atitudes e Reações



Fonte: Imagem autoral criada com auxílio do website wordclouds. Disponível em: <https://www.wordclouds.com/>

9 CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O enfermeiro precisa compreender o impacto do câncer de próstata na vida do homem, na medida em que este profissional possui competência para apoiar o homem neste itinerário terapêutico.

Seus cuidados devem compreender o atendimento de demandas em saúde relacionadas ao comprometimento da função sexual, ao convívio com a condição crônica, aos sentimentos como medo, tristeza, preocupação, vergonha, constrangimento e ideação suicida, numa perspectiva da integralidade e da longitudinalidade.

A compreensão das representações sociais atribuídas ao câncer de próstata aponta para ações de enfermagem que contribuam para realinhar os ideais de invulnerabilidade masculina às condições de vida e saúde, na medida em que favoreçam a busca por cuidados de promoção, prevenção, adesão ao tratamento e reabilitação.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou compreender as representações atribuídas ao câncer de próstata por homens em tratamento oncológico, bem como buscou elencar sentidos para fundamentar os cuidados em saúde, principalmente, os cuidados de enfermagem.

As representações sociais que emergiram sobre o câncer de próstata possibilitaram o entendimento de que se trata de um fenômeno coletivo polissêmico, que influencia na elaboração individual de conceitos, valores, crenças e no comportamento diante ao processo de adoecimento.

Constatou-se o predomínio de homens idosos, com idade entre 70 a 79 anos, de cor de pele parda, casados, católicos, com ensino fundamental incompleto, aposentados, com renda mensal de um a três salários mínimos, tendo o Sistema Único de Saúde como origem do encaminhamento, com tempo de diagnóstico há mais de 12 meses, sem metástase, e que avaliaram sua saúde atual como regular; melhor em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade e, ainda, melhor em comparação como era um ano atrás.

As características sociodemográficas e clínicas apontam para variáveis indicativas de potencialidades e de fragilidades para o enfrentamento do câncer de próstata e, por conseguinte, por demandas complexas de cuidados.

A linguagem socializada permitiu aos homens atribuíram ao câncer de próstata representações que denotaram experiências difíceis na prevenção, no enfrentamento e no tratamento da doença, relacionados aos sentimentos de preocupação, medo, tristeza, vergonha; a algo difícil, que acaba com a vida e compromete a sexualidade, levando-os a crise identitária e ideação suicida. O susto e a surpresa demonstraram o desconhecimento da característica silenciosa da doença, bem como da invulnerabilidade que ainda permeia o imaginário social dos homens.

Por outro lado, o câncer de próstata propiciou o aprendizado para a vida, a ressignificação e a ruptura com o modelo de masculinidade hegemônica para a transição de uma identidade de subordinação ao adoecimento pelo câncer.

Essas representações sociais são dinâmicas e dependem das interações sociais que se processam no decorrer da vida, o que torna a investigação nesta perspectiva sempre necessária.

Considera-se, a partir dos resultados apresentados, que a questão de pesquisa foi respondida e, por conseguinte, alcançou-se os objetivos propostos pela investigação ao acessar os sistemas de interpretação que regem a relação dos homens com o mundo e com os outros, orientando seu modo de pensar e organizar a sua conduta.

O fato de ser mulher e jovem para abordar um assunto que ainda parece ser muito particular dos homens não constituíram dificultadores para que eles abrissem seu mundo privado, tornando público seus mais profundos sentimentos e vivências.

A dificuldade em acessar os homens com câncer de próstata, dada a operacionalização do serviço e do sistema de transporte para o deslocamento para os municípios de origem, pode ser considerada uma limitação do estudo.

Considerando-se a capacidade das RS em se difundir e permear as esferas sociais, bem como influenciar as condições de vida e de saúde, percebe-se a necessidade de aprofundar essa discussão no âmbito acadêmico para a formação dos profissionais de saúde. Contemplar os conteúdos relacionados à saúde do homem, igualmente ao enfoque dado à saúde da mulher, na tríade ensino, pesquisa e extensão é uma forma de preparar profissionais com competências necessárias para atender as demandas complexas e crescentes de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p.27-37.
- ALEXIS, O.; WORSLEY, A. J. Men's Masculinity Post Prostate Cancer Treatment Cancer Nursing. **Cancer Nursing**, v.41, n.4, p. 298-310, 2018. Disponível em: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6199434&blobtype=pdf>. Acesso em 20 maio 2020.
- ALLCHORNE, P.; GREEN, J. Identifying unmet care needs of patients with prostate cancer to assist with their success in coping. **Urologic Nursing**, v.36, n. 5, p. 224-232, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29240336/>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- ALMEIDA, E. S.; SOUZAS, R.; DOS-SANTOS, E. M. "Afectados por el tacto": sentidos atribuidos por hombres a las prácticas de prevención del cáncer de próstata. **Salud colectiva Universidad Nacional de Lanús**, v.16, e21762020. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2176> 2020. Acesso em: 05 maio 2020.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures**, Atlanta: 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/cancer-facts-and-figures-2019.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- AMTHAUER, C. As representações da masculinidade na adesão do toque retal como prevenção contra o câncer prostático. **Rev Fund Care Online**, v. 8, n. 3, p. 4733-4737, jul/set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2016.v8i3.4733-4737>. Acesso em 20 jun. 2020.
- ANDERSON, B. An insight into the patient's response to a diagnosis of urological câncer. **British Journal of Nursing**, v.26, n. 18, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29034698/>. Acesso em: 10 maio 2020.
- ANDRADE, G. B. *et al.* Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 3, p. 713-717, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717> . Acesso em: 25 maio 2020.
- APPLETON, L. *et al.* The Impact of Prostate Cancer on Men's Everyday Life. **European Journal of Cancer Care**, v. 24, p. 71-84, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.12233>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- AQUINO, R. C. A.; VILELA, M. B. R. Comunicação dos pacientes com câncer: preocupação relacionada ao tempo de espera para o acesso e o itinerário terapêutico aos cuidados oncológicos. **Distúrb Comum**, v. 26, n. 2, p. 420-422, 2014. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/17757/14657> . Acesso em 04 set. de 2020.

ARAUJO, C. R. V.; ROSAS, A. M. M. T. F. O papel da equipe de enfermagem no setor de radioterapia: uma contribuição para a equipe multidisciplinar. **Rev Bras Cancerol**, v. 53, n. 3, p. 231-237, 2008. Disponível em: [.http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/artigo_4_pag_231a237.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/artigo_4_pag_231a237.pdf). Acesso em: 28 maio 2020.

ARAÚJO, I. C. S.; BARBOSA, M. H.; BARICHELLO, E. Distúrbios do sono em homens com câncer de próstata em hormonioterapia. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 705-709, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140100>. Acesso em: 23 maio 2020.

ARAÚJO, J. S. *et al.* As Representações Sociais de Homens sobre o Câncer de Próstata. **R. pesq. cuid. fundam. Online**, v. 5, n. 2, p. 3884-3893, abr/jun. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2135/pdf_799. Acesso em: 20 mar. 2020.

ARAÚJO, J. S. *et al.* Caracterização Social e Clínica dos Homens com Câncer de Próstata Atendidos em um hospital Universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n.2, p.196-203, 2015. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150035>. Acesso em 15 ago. 2020.

ARAÚJO, J. S.; CONCEIÇÃO, V. M.; ZAGO, M. M. F. Transitory masculinities in the context of being sick with prostate cancer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 27, e3224, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3248.3224>. Acesso em 06 ago. 2020.

ARAÚJO, J. S.; NASCIMENTO, L. C.; ZAGO, M. M. F. Embodied hegemonies: moral dilemmas in the onset of prostate cancer. **Rev Esc Enferm USP**. v. 53, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018027403494>. Acesso em: 06 maio 2020.

AZEVEDO, S. *et al.* A Percepção de Homens e Companheiras acerca da Disfunção Erétil Pós-Prostatectomia Radical. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004870016>. Acesso em: 07 maio 2020.

BARROS, A. G.; LIMA, K. Y. N.; SANTOS, V. E. P. Caracterização de teses e dissertações acerca do cuidar em enfermagem na oncologia. **J. res.: fundam. care. Online**, v.7, n. 2, p. 2550-2560, 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3559/pdf_1570. Acesso em: 23 maio 2020.

BELINELO, R. G. S. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 697-704, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0697.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BELUN-VIEIRA, I.; MCLNNESS, D.; SHERIFF, M. K. In the case of prostate cancer patients, are there advantages in cancer nurse-led follow-up?. **Int J of Urol Nurs**, v.10, n.3, p. 154-166, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijun.12112>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BENTO, B. **O homem não tece a dor**: queixa e perplexidades masculinas. 2. ed. Natal, RN: EDUFRN, 2015. 220 p.

BIONDO, C. S. *et al.* Detecção precoce do câncer de próstata: atuação de equipe de saúde da família. **Enferm. actual Costa Rica (Online)**, v. 38, p. 32-44, jan/jun. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-1090085> . Acesso em: 15 maio 2020.

BOERI, L. *et al.* Depressive Symptoms and Low Sexual Desire after Radical Prostatectomy: Early and Long- Term Outcomes in a Real-Life Setting. **The Journal of Urology**, v. 199, p. 474-480, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.08.104>. Acesso em 21 maio 2020.

BRAGA, S. F. M. *et al.* Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. **Rev Saúde Pública**. v. 51, n. 46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006766>. Acesso em: 07 maio 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed, 2 reimp, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf Acesso em: 10 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil**. Brasília, 2018a. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/Perfil-da-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf> . Acesso em: 29 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: saúde do homem**. Brasília, 2018b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_homem.pdf . Acesso em: 25 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**, Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

_____. Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União, Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 15 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata**. Secretaria de atenção à saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Relatório de Recomendação, Brasília, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DDT/DDT_AdenocarcinomadeProstata_.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**, Brasília, 28 p, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRAY, F. *et al.* Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v.68, n. 6, p.394-424, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CADET, M. J. *et al.* Prostate Cancer How nurse practitioners can aid in disease diagnosis and management. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 23, n. 3, p. 247- 250, 2019. Disponível em: <https://www.ons.org/articles/prostate-cancer-how-nurse-practitioners-can-aid-disease-diagnosis-and-management>. Acesso em: 14 maio 2020.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A Política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil: os Paradoxos da Medicalização do Corpo masculino. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

CARVALHO, C. M. S. Assistência De Enfermagem ao Homem com Câncer de Próstata: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Uningá**, v. 52, n. 1, p. 100-107, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1395>. Acesso em 14 maio 2020.

CARVALHO, C. S. U. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf. Acesso em 04 set. 2020.

CARVALHO, J. M. S.; CRISTÃO, A. S. M. O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. **Rev. Enf. Ref**, v. 7, p. 103-112, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln7/serlln7a11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020

CARVALHO, S. A. **Pastoral da Saúde: uma análise do discurso do sujeito coletivo na perspectiva do capital social e do reconhecimento**. 2018. Tese (Doutorado em Interfaces Sociais da Comunicação). Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: doi:10.11606/T.27.2018.tde-27072018-112618. Acesso em: 25 maio 2020.

CASTRO, P. Notas para uma leitura das representações sociais em S. Moscovici. **Análise Social**, Lisboa, v. 37, n. 164, p. 949-979, 2002.

Disponível:

https://www.researchgate.net/publication/279671668_Notas_para_uma_leitura_da_teor%C3%ADa_das_Representa%C3%A7%C3%B5es_Sociais_em_S_Moscovici. Acesso em: 25 abr. 2020.

CAVALCANTI, J. R. D. *et al.* Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>. Acesso em 15 set. 2020.

CHAMBERS, S. K. *et al.* Experiences of Australian men diagnosed with advanced prostate cancer: a qualitative study. **BMJ Open**, 8:e019917, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/2/e019917.citation-tools>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CHAVES, S. N. *et al.* Fatigue and Muscle Function in Prostate Cancer Survivors Receiving Different Treatment Regimens. **Rev Bras Med Esporte**. v. 25, n. 6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220192506220279>. Acesso em: 22 maio 2020.

CHERRIER, M. M.; AUBIN, S.; HIGANO, C. S. Cognitive and mood changes in men undergoing intermittent combined androgen blockade for nonmetastatic prostate cancer. **Psychooncology**, v. 18, n. 3, p. 237- 247, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18636420/> .Acesso em: 25 maio 2020.

CHOUMANOVA, I. *et al.* Religion and Spirituality n coping with Breast Cancer: Perspectives of Chilean Women. **The Breast Journal**, v. 12, n. 4, p. 349-352, 2006. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1075-122X.2006.00274.x>. Acesso 19 ago. 2020.

CINSA, Livia Alves. **Processo saúde-doença: representações sociais de homens que vivenciam ou vivenciaram o câncer de próstata**. 2017. Dissertação (Mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Juiz de Fora, MG, 2017.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY (NCCN). **Prostate Cancer. Version I**, 2015. Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/prostate.pdf Acesso em: 23 maio 2020.

COCKLE-HEARNE, J. *et al.* The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. **Br J Cancer**, v. 109, p. 2121-2130, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.568>. Acesso 04 set. 2020.

COELHO, E.B.S. *et al.* **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, v. 21, n.1, p.241-282, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v21n1/14.pdf> .Acesso em: 21 ago. 2020.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Ministério da Educação. Diretoria de Avaliação. **Documento de Área: Área 20 Enfermagem**, 2019. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/Documento_de_%C3%A1rea_2019/ENFERMAGEM.pdf Acesso em: 07 maio 2020.

CORMIE, P. *et al.* Improving psychosocial health in men with prostate cancer through an intervention that reinforces masculine values – exercise. **Psycho-Oncology**, v. 25, p. 232–235, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.3867> Acesso em: 05 out. 2020.

COUTINHO, M.P.L.; COSTA FILHO, J.A.; OLIVEIRA, A.R. A Relação entre Masculinidade e Câncer de Próstata: uma Revisão Sistemática. **Principia Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB**, n. 43, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2278-6150-2-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2278-6150-2-PB%20(6).pdf) Acesso em: 10 maio 2020.

CRESWELL, W. J. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**/John W. Creswell: tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 3. ed.Porto Alegre: Artmed, p.26-27, 2010.

DOYLE-LINDRUD, S. Managing Side Effects of the Novel Taxane Cabazitaxel in Castrate-Resistant Prostate Cancer. **Clin J Oncol Nurs**, v. 16, n. 3, p. 286-291, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22641321/> Acesso em: 23 maio 2020.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 18, n. 4, p.620-626, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf> Acesso em: 17 mai. 2020.

DURKHEIM, E. **As Regras do Método Sociológico**. 9. ed. Lisboa: Editorial Presença, set., 2004.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. **Pocket Guidelines. Versão para a Língua Portuguesa (Brasil)**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Urologia, 2018. Disponível em: http://portaldaurologia.org.br/medicos/pdf/guidelines_EAU/Guideline_EAU_2018_port-web.pdf . Acesso: 02 maio 2020.

FERNANDES, M. J. M.; CARVALHO, G. B.; FERREIRA, C. B. Repercussões do diagnóstico de câncer para homens e mulheres: um estudo comparativo. **Rev. SPAGESP**, v. 20, n. 2, p. 68-83. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set 2020.

FERRÃO, L.; BETTINELLI, L. A.; PORTELLA, M. R. Vivências de Homens com

Câncer de Próstata. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, s. 10, p. 4157-4164, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201720>. Acesso em 13 set. 2020.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, abr. 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/14931/11139> Acesso em: 10 abr. 2020.

GILBERT, E. *et al.* Men's experiences of sexuality after cancer: a material discursive intra-psychic approach. **Culture, Health & Sexuality**, United States, v. 15, n. 8, p. 881-895, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236664821_Men's_experiences_of_sexuality_after_cancer_a_material_discursive_intra-psychic_approach Acesso em: 05 maio 2020.

GOMES, R. *et al.* As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p.1975-1984, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600033> Acesso em: 12 ago. 2020.

GOMES, R., *et al.* A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 235-46, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100027>. Acesso em: 12 maio 2020.

GOULART, Mayla. Borges. **Assistência à Pessoa com Estomia Intestinal no Discurso do Enfermeiro da Atenção Primária à Saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018. Disponível em: <http://bdtd.ufm.edu.br/handle/tede/727> Acesso em: 02 maio 2020.

GUERRERO, G. A. *et al.* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 53-59, jan/fev 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-580366>. Acesso em: 02 set. 2020.

HARDWICK, J. Cabazitaxel for Prostate Cancer: Patient Preparation and Ongoing Care. **Br J Nurs**, v. 21, n. 9, p. 10-23, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22690408/>. Acesso em: 23 maio 2020.

HEIDENREICH, A. *et al.* Diretrizes para o câncer de próstata. **Eur. Urol., Basel**, v. 53, n. 1, p. 68-80, 2012. Disponível em: <http://portaldaurologia.org.br/medicos/wpcontent/uploads/2017/06/50.pdf/> Acesso em: 15 maio 2020.

HUNTER, K. F.; MOORE, K. N.; GLAZENER, C. M. A. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, CD0018432007, 2007. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001843.pub3/abstract>. Acesso em: 17 maio 2020.

INCA. **Tratamento do câncer: Cuidados paliativos**, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 25 maio 2020

INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3 ed. atual. amp.; 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/>. Acesso em: 15 maio 2020.

INFORMAÇÕES DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER. **Tabulador Hospitalar Base do Estado: MG**. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/selecionaTabulador.action?initial=1&local=uf&unidFed=MG> Acesso em 22 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **CENSO 2000**. Disponível em: www.ibge.gov.br/censo/. Acesso em: 20 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

Tipos de câncer: Câncer de próstata. Versão para profissionais de saúde. 2019b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 10 fev. 2020.

Ministério da Saúde. **Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata**. Boletim ano 5, n. 2, maio/ agosto, 2014. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/531/boletim_informativo_inca_-_cancer_de_prostata_2_.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

Ministério da Saúde. Monitoramento das Ações de Controle do Câncer de Próstata. Boletim ano 8, nº 2, julho/dezembro, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Informativo-C%C3%A2ncer-de-Pr%C3%B3stata-2017.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ILIC, D. *et al.* Laparoscopic and robotic-assisted versus open radical prostatectomy for the treatment of localised prostate cancer. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 12, n. 9, CD009625, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28895658/>. Acesso em: 16 maio 2020.

IZIDORO, L.C.R. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. **Acta Paul Enferm**. v. 32, n. 2, p.169-177, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900024> Acesso em: 10 maio 2020.

JODELET D. O Encontro dos Saberes. In: JESUÍNO, J.C.; MENDES, F.R.P.; LOPES,

M.L. (org.). **As Representações Sociais nas Sociedades em Mudança**. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015, p.59-79.

JONES S. *et al.* Nurse-led clinic for men receiving targeted therapies for metastatic hormone-relapsed prostate cancer. **Cancer Nursing Practice**, v. 15, n. 5, p. 32-36, 2016. Disponível em: <https://journals.rcni.com/cancer-nursing-practice/nurseled-clinic-for-men-receiving-targeted-therapies-for-metastatic-hormonerelapsed-prostate-cancer-cnp.15.5.32.s23>. Acesso em: 05 maio 2020.

JOVCHELOVITCH, S. Psicologia Social, Saber, Comunidade e Cultura. **Psicologia & Sociedade**, v.16, n.2, p. 20-31, maio/ago.2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a04v16n2.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

KING-OKOYE, M.; ARBER, A.; FAITHFULL, S. Routes to diagnosis for men with prostate cancer: men's cultural beliefs about how changes to their bodies and symptoms influence help-seeking actions. A narrative review of the literature. **Eur J Oncol Nurs**, v. 30, p. 48-58, out, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.06.005>. Acesso em: 09 abr. 2020.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000011>. Acesso em: 24 ago. 2020.

KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. Transition: a literature review. **J Adv Nurs**. v. 55, n. 3, p. 320-329, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>. Acesso em: 05 out. 2020.

KONG, E. H.; DEATRICK, J. A.; BRADWAY, C. K. Men's experiences after prostatectomy: a meta-synthesis. **Int J Nurs Stud**. v. 74, p. 162-171, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.013>. Acesso em: 16 maio 2020.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs; 2003.

_____. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 224 p.

_____. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, Abr/Jun 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>. Acesso em: 13 mar. 2020.

_____. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 10, n.2 0, p. 517-524, jul/dez 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>. Acesso em: 15 fev. 2020.

LEITE, M. A. C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. D. S. Social and clinical aspects of oncological patients of a chemotherapy service. **Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 38-45, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100006>. Acesso em: 24 maio 2020.

LIMA, R.B.; HAHN, G.V. Câncer de Próstata e sua Relação com a Sexualidade Masculina: Produção Científica Brasileira. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 8, n. 3, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1165-1757-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

LIMA, Rogério Silva. **Gerenciamento em enfermagem no contexto hospitalar: o discurso do enfermeiro e sua equipe**. 2013. 231 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2013. Disponível em: <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/337>. Acesso em: 15 maio 2020.

LUIZAGA, C. T. M. *et al.* Tendências na mortalidade por câncer de próstata no estado de São Paulo, 2000 a 2015. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 87, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001948>. Acesso em: 20 set. 2020.

MADEIRA, Sara Catarina Mestre. **Relação entre as características da situação vivida, suporte social e resiliência, após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático**. 2013. Dissertação (Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa, 2013.

MAGNABOSCO, W. J. Câncer de próstata: diagnóstico e estadiamento. **Onco. & Uro**, v. 1, n. 1, p. 22-25, 2014. Disponível em: https://issuu.com/revista-onco/docs/edicao_21. Acesso em: 20 maio 2020.

MARCHETTI, P.; EGGNER, S. Focal Therapy for Clinically Localized Prostate Cancer. **Arch Esp Urol**, v. 64, n. 8, p. 815-822, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22052762/>. Acesso em: 27 maio 2020.

MARTINS, Alberto MESAQUE. **“Eu não sou homem mais!” Representações sociais de corpo para homens após o adoecimento por câncer da próstata**. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2015.

MARTINS, A. M.; NASCIMENTO, A. R. A. Representações Sociais de Corpo após o Adoecimento por Câncer na Próstata. **Psicol. Estud. Maringá**, v. 22, n. 3, p. 371-381, jul./set. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31728>. Acesso em: 08 maio 2020.

MATA, L. R. F. *et al.* Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>. Acesso em: 20 maio 2020.

_____. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. **Rev Lat Am Enfermagem [online]**. v. 23, n. 5, p. 806-813, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660401/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MATA, L. R. F.; FERREIRA, T.C.; CARVALHO, E. C. Nursing actions in the perioperative period and in preparing prostatectomy patients for discharge. **Invest Educ Enferm**. v. 31, n. 3, p. 406-413, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v31n3/v31n3a08.pdf>. Acesso em: 07 maio 2020.

MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023> . Acesso em: 03 ago. 2020.

MAULE, M.; MERLETTI, F. Cancer transition and priorities for cancer control. **The Lancet. Oncology**, v. 13, n. 8, p. 745-746, 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70268-](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70268-). Acesso em: 20 mar. 2020.

MEDEIROS, E. D. *et al.* Posttraumatic Growth Inventory (PTGI): Adaptação e Validade Fatorial no Nordeste Brasileiro. **Psico-USF, Bragança Paulista**, v. 22, n. 3, p. 449-460, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220306>. Acesso em: 26 set. 2020.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. **'Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!': Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 39-74, 2011. *e-book*. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-03.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200431&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 ago. 2020.

MENDONÇA, A. B. *et al.* Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20180081, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0081>. Acesso em: 12 out. 2020.

MENEZES, R.R. *et al.* Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, p. 9-17, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/01-qualidade-de-vida-relacionada-a-saude-e-espiritualidade-em-pessoas-com-cancer.pdf>. Acesso em: 13 maio 2020.

MINAME, Fabiana Cristina Bazana Remedio. **Representação social das diretivas antecipadas de vontade**. 2017. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em:

<https://repositorio.usp.br/item/002894902> Acesso em: 25 maio 2020.

MODENA, C. M. *et al.* Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 67-78, abr. 2014. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 16 ago. 2020.

MODESTO, A. A. D. *et al.* Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface**, Botucatu, v.22, p.64, p.251-262, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0288> Acesso em: 05 maio 2020.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais: Investigações em psicologia social**. P. A. Guareschi, trad. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MOULE, P. *et al.* Virtual Patients: Development in Cancer Nursing Education **Nurse. Educ Today**, n. 35, n. 7, p. 875-880, 2015. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25735908/> Acesso em: 16 maio 2020.

MOURA, E. C. *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>. Acesso em: 12 ago. 2020.

MOURA, F. V. M.; RABELO, J. B. Aspectos Socioculturais que envolvem o Câncer de Próstata na Ótica dos Usuários e Assistentes Sociais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, e-05125, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.125> Acesso em 10 ago. 2020.

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

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5698714/pdf/PON-26-1987.pdf> Acesso em: 10 maio 2020.

MULTINATIONAL ASSOCIATION OF SUPPORTIVE CARE IN CANCER (MASCC). **Supportive care**. Disponível em: <http://www.mascc.org> Acesso em: 29 maio 2020.

MUSZKAT, M. E. **O homem subjugado: O dilema das masculinidades no mundo contemporâneo**. São Paulo: Summus, 2018.

NARDOZZA JÚNIOR; ZERATI FILHO; REIS. **Urologia Fundamental**. Sociedade Brasileira de Urologia. São Paulo: Planmark, 2010. Disponível em: <http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-completo-urologiafundamental-09-09-10.pdf> Acesso em: 15 maio 2020.

NASCIMENTO, Murilo César. **Representações Sociais de enfermeiros da atenção primária à saúde sobre a dengue**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-27072016-163236/publico/MuriloCorrig.pdf> . Acesso em: 20 nov. 2019.

NELSON, C. J. *et al.* The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. **Ann Behav Med**, v. 38, n. 2, p. 105-114, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9139-y>. Acesso em: 13 abr. 2020.

NELSON, W. G. *et al.* Prostate cancer. In: ABELOFF, M.D. *et al.* (ed.). **Abeloff's clinical oncology**. Philadelphia: Elsevier, 2008. p.1653-1700.

NORONHA I. R. *et al.* Sexualidad y subjetividad: el impacto del cáncer de próstata en la vida sexual e identidad masculina. **Psicooncología**, v.16, p. 375-386, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5209/psic.65597>. Acesso em: 22 abr. 2020.

NOVAK, J. C.; COELHO, A. D. V.; SABINO, G.G. Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 3, p. 15-20, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.3.2015.65>. Acesso em: 04 maio 2020.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. **Representações Sociais**. In: JACQUES, M. G. C. *et al.* **Psicologia Social Contemporânea: livro-texto**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 262 p.

OLIVEIRA, P.S.D. *et al.* Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença. **Enfermería Global**, n. 54, p. 263-273, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.336781> Acesso em: 12 maio 2020.

OLIVIERI, Marcela. **Representações sociais de homens sobre o exame preventivo de câncer de próstata**. (Mestrado Profissional) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Sorocaba, SP, 2015.

ORAÁ-TABERNERO, N.; CRUZADO, J. A. Ansiedad y depresión en hombres con cáncer de próstata en función del tipo de tratamiento y su relación con la calidad de vida y la información recibida. **Psicooncología**, v. 16, n. 2, p. 329-344, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5209/psic.65594> Acesso em: 10 maio 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Masculinidades y salud en la Región de las Américas**. Washington, 2019. Disponível em: <http://iris.paho.org>. Acesso em: 16 maio 2020.

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento. **Violência conjugal: compreendendo o fenômeno a partir do discurso feminino**. 2013. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem,

Salvador, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12173/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Gilv%C3%A2nia%20Paix%C3%A3o.pdf. Acesso em: 16 mai. 2020.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **J Clin Psychol**. v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1). Acesso em: 03 set. 2020

PEREIRA, F. G. *et al.* Neoplasias del sistema reproductor: análisis del entendimiento y enfrentamiento en hombres y mujeres. **Cultura de los Cuidados**, v. 20, n. 46, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.46.02> Acesso em: 25 set. 2020.

PIACENTINI, A. B.; MENEZES, H. Recentes aspectos sobre a biologia do câncer e das metástases. **Rev Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 593-604, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5055/2832>. Acesso em: 23 maio 2020.

PINTO, B. K. *et al.* Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 6, p. 942-948, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670612>. Acesso em: 12 ago. 2020.

PINTO, B. K. *et al.* Rede social de apoio do homem sobrevivente ao câncer: estudo de caso etnográfico. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 3, p. 776-785, jul/set 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2017.v9i3.776-785>. Acesso em: 28 ago. 2020.

PORTO, S. M. *et al.* Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. **Ciência&Saúde**, v. 9, n. 2, p. 83-89, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2016.2.22225>. Acesso em: 24 abr. 2020.

PRETTYMAN, J. *et al.* Personalizing Treatment In the Delivery of Care by Nurses To Patients with Prostate Cancer. **UROLOGIC NURSING**, v.39, n. 2, p. 83-99, 2019. Disponível em: <https://insights.ovid.com/urological-nursing/uronu/2019/03/000/personalizing-treatment-delivery-care-nurses/4/00007565> Acesso 24 fev. 2020. Acesso em: 28 jul. 2020.

QUIJADA, P.D.S. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. **Rev Cuid**. v. 8, n. 3, p. 1826-1838, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.436> .Acesso em: 08 maio 2020.

QUINTANEIRO, T. Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber. 2 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2002. 159 p.

REAM, E. *et al.* Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists: A mixed method investigation. **Int J Nurs Stud**, v. 46, p. 1345-1354, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.006>. Acesso em: 13 ago. 2020.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v33i2.10256>. Acesso em: 20 abr. 2020.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Comunicação Interpessoal: Valorização pelo Paciente Oncológico em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 106-115, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/912>. Acesso em: 20 maio 2020.

RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S.; ANJOS, A. C. Y. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 4, p. 849-856. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2019.v11i4.849-856>. Acesso em: 15 ago. 2020.

RIVERO, A.; BERRÍOS, R. El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 6, n.1, p. 164-190, maio/out, 2016. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262016000100008&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2020.

SÁNCHEZ, R.; SIERRA; F. A.; MARTÍN, E. ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.33, n.3, p. 371-385. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.01> Acesso em: 26 set. 2020.

SANTOS, G. T.; DIAS, J. M. B. Teoria das Representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. PRACS: **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, v. 8, n. 2, p. 173-187, jan/jun, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1416/santosv8n1.pdf> Acesso em: 05 maio 2020.

SALDANHA, E. A. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia: identificação da significância dos seus componentes. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 430-437, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000300430&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 25 abr. 2020.

SALES, C. A. *et al.* Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 4, p. 616-621, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a04.htm>. Acesso em: 23 set. 2020.

SALIMENA, A. M. O. *et al.* O vivido do homem após o diagnóstico de câncer de próstata. **Revista Nursing**, v. 22, n. 251, p. 2904-2909. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg89.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.

26, n.5, p.961-970, mai, 2010. Disponível em:
<file:///C:/Users/Usuario/Desktop/ENFERMAGEM%20CA%20PROSTATA/SCHRAIBER%20et%20al,%202011.pdf> .Acesso em: 25 maio 2020.

SCHWARZ, E.C.; MACHADO, T.S. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2581-2583, out., 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000004> . Acesso em: 20 fev. 2020.

SEEMANN, T. *et al.* Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 72-78, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170114> . Acesso em: 11 maio 2020.

SIQUEIRA, H.C.H. *et al.* Espiritualidade no Processo Saúde-Doença-Cuidado do Usuário Oncológico: Olhar do Enfermeiro. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n. 8, p.2996-3004, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201702> . Acesso em: 17 set. 2020

SILVA, G. C. N. *et al.* Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 6, p. 1534-1540, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585> . Acesso em: 26 set. 2020.

SILVA, José Vitor. **Os significados de espiritualidade e religiosidade: as representações sociais de segmentos populacionais de cidades sul-mineiras.** 2012. 310 f. Tese (Pós- Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, P. A. S. *et al.* A Saúde do Homem na Visão dos Enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 561-568, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300019> . Acesso em: 05 maio 2020.

SILVA, R. C. V.; CRUZ, E. A. Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer: Reflexão Teórica sobre as Dimensões Sociais. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 180-185, jan-mar 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100025&script=sci_abstract&lng=pt .Acesso em: 05 maio 2020.

SILVA, S. E. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022> . Acesso em: 24 maio 2020.

SILVA, T. D. *et al.* Prostate Cancer: Quality of Life and Physical Activity Level of Patients. **J. Phys. Educ.**, v. 29, e2932, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-24552018000100124&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 26 ago. 2020.

SIMONETI, R.A.A.O; ZAGO, M.M.F. Os sentidos da sobrevivência ao câncer: da perda do autocontrole ao otimismo e esperança. **Rev Min Enferm**, v. 23, e-1255, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190103>. Acesso 15 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Doenças: Câncer de Próstata**. 2020. Disponível em: <http://sbu-sp.org.br/publico/cancer-de-prostata-3/>. Acesso em: 17 maio 2020.

SONG, L. *et al.* Improving Couples' Quality of Life Through a Web- Based Prostate Cancer Education Intervention. **Oncology Nursing Forum**. v. 42, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123564/> Acesso em: 10 maio 2020.

SOUZA, N. R. *et al.* Atuação de enfermeiros em serviços de radioterapia. **Rev enferm UERJ**, v. 25, e26130, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26130> . Acesso em: 23 maio 2020.

SPINK, M. J. P. The Concept of Social Representations in Social Psychology. **Cad. Saúde Públ**, v.9, n. 3, p. 300-308, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300017> .Acesso em: 18 ago. 2020.

STUMM, E. M. F. *et al.* Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 1, p. 89 – 102, 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7284>. Acesso em: 03 out. 2020.

TESTON, E. F. *et al.* Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20180017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0017> Acesso em: 19 set. 2020.

TONETI, B. F. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. **Rev Rene**, v. 15, n. 6, p. 1030-1038, nov/dez, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-753357>. Disponível em: 12 set. 2020.

USSHER, J. M. *et al.* Threat of Sexual Disqualification: The Consequences of Erectile Dysfunction and Other Sexual Changes for Gay and Bisexual Men With Prostate Cancer. **Archives of Sexual Behavior**, Switzerland, v. 46, p. 2043-2057, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5547193/pdf/10508_2016_Article_728.pdf .Acesso em:17 maio 2020.

VARGAS, M. A. O. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Linhas de cuidado: oncologia (câncer de mama, câncer de colo de útero e tumores de próstata)**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 143 p.

Disponível em:

https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/13958/mod_resource/content/8/Modulo_8_DoencasCronicas.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

WISSING, M. D. *et al.* Psychosocial adjustment to a prostate cancer diagnosis in a cohort of radical prostatectomy patients in Quebec, Canada. *Psycho-Oncology*, v. 28, p. 839- 846, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.5031>. Acesso em: 12 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide to cancer early diagnosis**. Geneva: World Health Organization; 2017.

Disponível em: https://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/. Acesso em: 05 maio 2020.

YUNES, M. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.

Psicol Estud, v. 8, p. 75-84, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf> . Acesso em: 10 set. 2020

APÊNDICE A- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Nome: _____.

Data de Nascimento: ____/____/____ Procedência: _____.

Endereço: _____.

Bairro: _____ Número: _____.

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____.

B L O C O A	1. Sexo 1. Feminino 2. Masculino 3. Ignorado	
	2. Idade (em anos completos)	
	3. Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. União Consensual 4. Viúvo(a) 5. Separado(a)/Divorciado(a)	
	4. Cor da Pele 1. Branca 2. Parda 3. Negra 4. Amarela	
	5. Número de Filhos Vivos	
	6. Grau de Escolaridade 1. Não escolarizado 2. Ensino fundamental incompleto 3. Ensino Fundamental Completo 4. Ensino Médio Incompleto 5. Ensino Médio Completo 6. Ensino Superior Incompleto 7. Ensino Superior Completo 8. Pós Graduação Incompleto 9. Pós Graduação Completa	
	7. Religião 1. Católico 2. Evangélico 3. Espirita 4. Outras (Qual)	
	8. Praticante 1. Sim 2. Não	
	9. Zona de Moradia 1. Urbana 2. Rural	
	10. Situação de Moradia 1. Casa Própria 2. Casa Alugada 3. Asilo 4. Outra Instituição	
	11. Há quanto tempo mora no atual endereço ? 1. Menos de 01 ano 2. De 01 a 02 anos 3. De 03 a 05 anos 4. Mais de 05 anos	
	12. Com quem mora? 1. Mora Sozinho 2. Mora com a esposa ou companheiro 3. Mora com os Filhos 4. Mora com outro Familiar 5. Mora em Asilo	
	13. Com quantas pessoas você vive na mesma casa?	
	14. Relação com os familiares 1. Ótima 2. Boa 3. Regular 4. Ruim	
	15. Recebe acompanhamento de um Cuidador ? 1. Sim 2. Não	
	16. Ocupação 1. Empregado 2. Desempregado 3. Aposentado 4. Serviços de Casa 5. Autônomo 6. Estudante 7. Licença Saúde 8. Outro	

B L O C O A	17. Fonte de Renda 1. Não tem fonte de renda 2. Trabalho 3. Aposentadoria 4. Pensão 5. Doações 6. Ajuda da família 7. Outros	
	18. Renda Mensal Aproximada (Junto com familiares) 1. Menos de 1 Salário Mínimo(SM) 2. De 01 a 03 SM 3. De 04 a 05 SM 4. Mais de 05 SM	
	19. Número de Pessoas que dependem desta renda 1. 01 pessoa 2. 02 pessoas 3. 03 pessoas 4. 04 pessoas 5. De 5 a mais pessoas	
	20. Para o atendimento de suas necessidades e de sua família, sua situação financeira no momento é ? 1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Péssima	
B L O C O B	21. Origem do encaminhamento 1. SUS 2. Não SUS 3. Seminformação	
	22. Histórico Familiar de Câncer 1. Sim 2. Não	
	23. Localização do câncer primário	
	24. Tempo de Diagnóstico 1. Menos de 6 meses 2. De 6 a 12 meses 3. Mais de 12 meses	
	25. Tipo Histológico	
	26. Lateralidade 1. Direita 2. Esquerda 3. Bilateral 4. Não se Aplica	
	27. Extensão da Doença 1. Tumor local 2. Diss eminação regional 3. Diss eminação distante	
	28. Metástase 1. Sim 2. Não	
	28. Estadiamento 1. Estádio I 2. Estádio II 3. Estádio III 4. Estádio IV 5. Sem Informação	
	29. Tipo de Cirurgia 1. Não Realizou 2. Biópsia 3. Retirada parcial do órgão 4. Retirada total do órgão	
	30. Radioterapia 1. Não Realizou 2. Até 10 sessões 3. De 11 a 20 sessões 4. De 21 a 30 sessões 5. A cima de 31 sessões 6. Não tem informações	
	31 Quimioterapia 1. Sim 2. Não	
	31. Tempo de Tratamento	
32. Principal razão para não realização do tratamento 1. Recusa do tratamento 2. Doenças Avançadas 3. Outras doenças Associadas 4. Abandono de tratamento 5. Complicações do tratamento 6. Não se Aplica		
33. Estado da Doença ao final do 1º tratamento no hospital 1. Remissão Completa 2. Remissão Parcial 3. Doença Estável 4. Doença em Progresso 5. Fora da Possibilidade Terapêutica 6. Não se aplica		

B L O C O C	34. Autorrelato de doenças crônicas diagnosticadas por médico	
	35. Uso de medicamentos	
	36. Alcoolismo 1. Sim 2. Não 3. Não mas já bebi	
	37. Tabagismo 1. Sim 2. Não 3. Não, mas já foi tabagista	
	37. De um modo geral, como você avalia a sua saúde no momento atual? 1. Muito Ruim 2. Ruim 3. Regular 4. Boa 5. Muito Boa 6. Não se aplica 7. Não responde	
	38. Como você avalia sua saúde em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade? 1. Muito Pior 2. Pior 3. Igual 4. Melhor 5. Muito Melhor 6. Não se aplica 7. Não responde	
39. Como você avalia a sua saúde hoje em comparação com a de 1 ano atrás? 1. Muito Pior 2. Pior 3. Igual 4. Melhor 5. Muito Melhor 6. Não se aplica 7. Não responde		

APÊNDICE B – QUESTÃO NORTEADORA

Se numa conversa com alguém que o senhor conhece bem, essa pessoa lhe perguntasse “o que é, ou o que significou o câncer de próstata para você?” O que o senhor responderia?

APÊNDICE C- APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vigilância em Saúde na Alta Complexidade Oncológica: Condições de Vida e Processo Saúde-Doença

Pesquisador: Murilo César do Nascimento

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78017717.9.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.397.931

Apresentação do Projeto:

Estudo quantitativo, com delineamento transversal do tipo descritivo-analítico, com indivíduos de idade igual ou superior a 18 anos; de ambos os sexos; residentes no município de Alfenas-MG; com diagnóstico confirmado de câncer, em tratamento ou acompanhamento; que apresentarem condições neurológicas e cognitivas que viabilize a resposta aos questionários. Estima-se abordar aproximadamente 732 indivíduos. Considerando a câncer como um importante problema de saúde pública e a necessidade crescente de iniciativas referentes à vigilância em saúde, será desenvolvido um estudo quantitativo, com delineamento transversal do tipo deanalítico com indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, residentes no município de Alfenas-MG, com diagnóstico de câncer, a fim de investigar as condições de vida e do processo saúde-doença entre pessoas com câncer no Município de Alfenas-MG.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos claros e bem definidos; coerentes com a propositura geral do projeto; exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

Objetivo Primário:

Investigar as condições de vida e do processo saúde-doença entre pessoas com câncer.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Formulário: 2.287.931

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a população atendida pela alta complexidade oncológica do SUS.
- Identificar as comorbidades, fatores de risco e complicações.
- Avaliar a qualidade de vida de pessoas com câncer.
- Levantar as necessidades de suporte para o cuidado da pessoa com câncer.
- Descrever as redes de apoio social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos de execução do projeto foram bem avaliados e realmente necessários e evitáveis, e se estão bem descritos no projeto;

b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos coridos;

c. se, para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a. Metodologia da pesquisa – está adequada aos objetivos do projeto, é atualizada, é a melhor disponível.

b. Referencial teórico da pesquisa – está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe;

c. Cronograma de execução da pesquisa – é coerente com os objetivos propostos e está adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Presente e adequado.
- b. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – Presente e adequado.
- c. Termo de Anuência Institucional (TAI) – Presente e adequado.
- d. Folha de rosto - Presente e adequado.
- e. Projeto de pesquisa completo e detalhado - Presente e adequado.
- f. Outro (instrumentos de coleta de dados) – Presente e adequado.
- g. Cronograma - Presente e adequado.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.387.931

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendação de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1006634.pdf	29/09/2017 16:52:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Vigilancia_em_saude_na_alta_complexidade_oncologica.pdf	29/09/2017 16:52:10	Murilo César do Nascimento	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/09/2017 16:24:53	Murilo César do Nascimento	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rostoassinada.pdf	29/09/2017 16:22:07	Murilo César do Nascimento	Aceito
Outros	Seguranca_Alimentar.pdf	29/09/2017 16:06:37	Murilo César do Nascimento	Aceito
Outros	QLQ_C30_PortugueseBrazilian.pdf	29/09/2017 16:05:35	Murilo César do Nascimento	Aceito
Outros	Escala_SNCB.pdf	29/09/2017 16:04:30	Murilo César do Nascimento	Aceito
Outros	Escala_de_Apoio_Social.pdf	29/09/2017 16:03:37	Murilo César do Nascimento	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.pdf	29/09/2017 16:00:16	Murilo César do Nascimento	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI.pdf	29/09/2017 15:59:49	Murilo César do Nascimento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/09/2017 15:59:26	Murilo César do Nascimento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
 Bairro: centro CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.387.831

ALFENAS, 24 de Novembro de 2017

Assinado por:
Marcela Filié Haddad
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

APÊNDICE D- TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI)**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL - TAI**

Alfenas-MG, 21 de fevereiro de 2019.

Ao Excelentíssimo Senhor, Dr. Carlos Marcelo de Barros
Diretor Clínico da Santa Casa de Alfenas

Prezado Senhor, Dr. Carlos Marcelo de Barros, venho por meio deste, solicitar vossa autorização para a realização de uma pesquisa cujo objetivo geral é analisar as necessidades de suporte para o cuidado, o apoio social, a qualidade de vida e o efeito da terapia complementar relaxamento com visualização em pessoas com câncer. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada a partir de aspectos sociodemográficos e clínicos, utilizando-se perguntas norteadoras em entrevistas, bem como os instrumentos *Supportive Care Needs Survey – Short Form - SCNS-SF34*, o *European Organization for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 - EORTC QLQ-C30*, *Inventário de Depressão de Beck* e *Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study – MOS*.

Para o alcance dos objetivos específicos pretende-se utilizar os endereços, contatos telefônicos e demais dados dos usuários com CA atendidos pela Santa Casa de Alfenas, residentes em toda a região de saúde, para o planejamento e a realização da abordagem aos possíveis participantes. Assim, os dados para os quais solicitamos autorização para o uso e que subsidiarão o acesso à população de interesse para este estudo são as variáveis disponíveis no Sistema de Informação de Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC) da Santa Casa de Alfenas, principalmente os endereços de residência e os contatos telefônicos. Para além do acesso aos dados hospitalares, solicita-se também a autorização institucional para proceder com as coletas de dados no ambiente hospitalar, por meio de entrevistas semiestruturadas aos usuários atendidos e em atendimento por câncer.

Os autores do projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes. Declaram que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, **DR. CARLOS MARCELO DE BARROS**, Diretor Clínico e Representante da **SANTA CASA DE ALFENAS**, estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada **"NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO, APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM CÂNCER"**, coordenada pela pesquisadora **Profª. Drª. Silvana Maria Coelho de Fava Leite**.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.



Dr. Carlos Marcelo de Barros
Diretor Clínico da Santa Casa de Alfenas

Autorizado em: Alfenas-MG, 22 de Fevereiro de 2019.

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUD)

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUD)

Título do projeto: "NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO, APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM CÂNCER".

Pesquisadora responsável: Prof^ª. Dr^ª. Silvana Maria Coelho de Fava Leite

Setor/departamento: Escola de Enfermagem

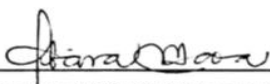
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - Campus Sede

Telefone para contato: (35) 3701-9477

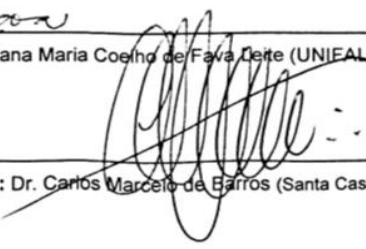
Os autores e executores do projeto de pesquisa, bem como os responsáveis pelo banco de dados, comprometem-se a manter o sigilo sobre os dados coletados no Serviço de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Santa Casa de Alfenas-MG, o qual detém a guarda das informações de interesse.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes. Declaram que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Alfenas-MG, 22 de Fevereiro de 2019.



Pesquisadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvana Maria Coelho de Fava Leite (UNIFAL-MG) CPF 523477106-72



Centro de Oncologia e *RHC: Dr. Carlos Marcelo de Barros (Santa Casa de Alfenas) CPF

* Serviço de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Santa Casa de Alfenas-MG.

APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: intitulada “NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO, APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM CÂNCER”.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A justificativa para a presente proposta de trabalho é o fato do câncer acometer de maneira indistinta diferentes esferas da população, o que demanda ações de Vigilância do Câncer com o intuito de conhecer detalhes deste relevante problema de saúde pública. As linhas de pesquisa/cuidado visando à promoção de saúde, o levantamento das necessidades de suporte de cuidado, de apoio social e da melhoria da qualidade de vida, podem contribuir para reduzir o impacto da doença na vida da pessoa e de seu familiar, e subsidiar a implementação de cuidados que atendam a demanda da população. Assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar as necessidades de suporte para o cuidado, o apoio social, a qualidade de vida e o efeito da terapia complementar relaxamento com visualização em pessoas com câncer. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada a partir de aspectos sociodemográficos e clínicos, utilizando-se perguntas norteadoras, bem como os instrumentos Supportive Care Needs Survey – Short Form - SCNS-SF34, o European Organization for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 - EORTC QLQ-C30, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study – MOS. O pesquisador declara que irá cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Como risco, há possibilidade de constrangimentos, desconfortos e implicações na disponibilidade de tempo do participante. No eixo da terapia complementar relaxamento com visualização guiada os pacientes podem sentir algum tipo de desconforto e constrangimento que, se forem relatados, dispararão a interrupção da intervenção. O sujeito da pesquisa poderá retirar-se, tendo sempre a opção de não mais participar da pesquisa. Já nos outros eixos, os estudos implicarão apenas na disponibilidade de tempo para responder ao questionário e tem como riscos possíveis desconfortos e/ou constrangimentos decorrentes das respostas ao instrumento de coleta. Para minimizar tais riscos será propiciado clima tranquilo, pacífico, sendo prestados os esclarecimentos sobre a motivação para o estudo. Entretanto, tal desconforto, se justifica pela contribuição esperada do trabalho, onde você, como entrevistado, será beneficiado com a oportunidade de expressar sua opinião sobre um importante tema de saúde pública e participar da construção de um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: Caso você não se sinta bem pelo possível desconforto mencionado, ou por outros motivos relacionados ao estudo, esclarecemos que o pesquisador estará à disposição para oferecer o aporte emocional necessário, avaliando inclusive, a necessidade de encaminhamento para a um atendimento psicológico na Rede Municipal de Saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a

recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento ficará com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não estará disponível nenhuma compensação financeira adicional. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o projeto não prevê forma alguma de compensação, inexistindo, portanto, qualquer tipo de seguro, neste sentido.

DECLARAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE:

Eu _____
 esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e atualizar a minha decisão de participar, se assim o desejar. O pesquisador certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão custeados pelo responsável da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o professor responsável por meio do telefone (35) 3701-9477, ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, Prédio O - sala 409-C, situada à Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas-MG, CEP: 37.130-000, telefone (35) 3701-9153. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do (a) Participante	Local e Data
------	--------------------------------	--------------

Nome	Assinatura da Testemunha	Local e Data
------	--------------------------	--------------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Local e Data
------	---------------------------	--------------

Contato Principal:

Profª. Drª. Silvana Maria Coelho Leite Fava

Telefone: (35) 3701-9477

E-mail: silvanalf2005@yahoo.com.br

APÊNDICE G- IAD1 COM DADOS OBTIDOS

IAD1	Instrumento de Análise do Discurso 1: <i>Pergunta: 1. Se numa conversa com alguém que o senhor conhece bem, essa pessoa lhe perguntasse “o que é ou significou o câncer de próstata para você?” O que o senhor responderia?</i>		
Entrevistado	Expressões Chave	Ideias Centrais	Agrupamento
E 01	<p>[...] não senti nada de dor, não tô sentindo nada não, não dói não, agora eu não sei se é assim mesmo, se não dói, se é assim deste jeito, né? [...]</p> <p>[...] Que era pra doer, aí era pra doer, né? Todas as coisas que tem... dói, sinto nada [...]</p>	<p>IC: Não dói não</p> <p>IC: Era para doer</p>	<div data-bbox="1283 680 1442 815" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> A Coisa que não dói </div> <div data-bbox="1283 981 1442 1115" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> A Coisa que não dói </div>
E 02	<p>O câncer de próstata pra mim foi ele que determinou a parte sexual, a pessoa num consegue mais, não tem energia [...] não consegue mais fica com mulher nenhuma [...]</p> <p>[...] uai antes de eu descobrir que eu tava, pra mim não foi nada, porque eu não sentia nada, a gente não sente nada, não dói, não sente dor, não o câncer não [...]</p> <p>[...] o pior dele é isso, que quando dói ele já está muito adiantado, e eu não sentia dor,</p>	<p>IC: Foi ele que determinou a parte sexual</p> <p>IC: Pra mim não foi nada</p> <p>IC: Quando dói é porque já está muito adiantado</p>	<div data-bbox="1310 1218 1465 1379" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> C Perda/ Comprometimento do Sexo </div> <div data-bbox="1310 1608 1465 1760" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> B Nada, algo normal/ comum </div> <div data-bbox="1283 1939 1442 2074" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> A Coisa que não dói </div>

	<p>sentia é uma dorzinha atravessada assim na barriga, mas pra mim falar é da urina, é do rim, né? Não pensava...</p> <p>[...] ele não dói, [...]</p> <p>[...] só os remédios e aquela preocupação de todo mês tá no médico, tem que ter aquele tratamento acompanhado [...]</p> <p>[...] mas ele vai devagar que vai tirando, não é duma vez, ele vai tirando, vai sentindo que ele já num, naquela parte sexual [...]</p>	<p>IC: Ele não dói</p> <p>IC: Os remédios e aquela preocupação de todo mês tá no médico</p> <p>IC: Devagar vai tirando naquela parte sexual</p>	<p>A Coisa que não dói</p> <p>F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza</p> <p>C Perda/ Comprometimento do Sexo</p>
<p>E 03</p>	<p>Normal, deu uma vez e voltou e depois eu fiz a rádio e passô pra coluna em três meses [...]</p> <p>[...] tem que fazer pro resto da vida, essa fisioterapia, e não tem cura, só Deus [...]</p> <p>[...] tá fazendo seis meses que eu fiz a rádio frequência, melhorei noventa por cento, sarar... não tem cura, isso não tem cura não, só se nascer de novo [...]</p>	<p>IC: Normal, deu uma vez e voltou</p> <p>IC: Não tem cura</p> <p>IC: Isso não tem cura não, só se nascer de novo</p>	<p>B Nada, algo normal/ comum</p> <p>D Isso não tem cura</p> <p>D Isso não tem cura</p>

<p>E 04</p>	<p>[...] eu tava trabalhando, aí começou o problema, aí eu senti a diferença, a diferença, aí eu fui procurar um médico, dentro de um mês eu não tinha nada e aí apareceu [...] Senti urinar,</p> <p>[...] na relação senti diferença [...]</p> <p>[...] quando começou o problema, [...] o PSA lá em cima, o médico disse: isso aqui não tem remédio não, esse problema aí tem que passar a faca, faz a cirurgia e pega a faca e tira fora</p> <p>[...] e eu falei não é assim, quando depois eu vim pra cá, o médico disse: não, se tomar o remédio certinho não precisa de cirurgia não, se tivesse sido antes [...]</p>	<p>IC: Senti urinar</p> <p>IC: Na relação senti diferença</p> <p>IC: Não tem remédio</p> <p>IC: Se tomar o remédio certinho não precisa de cirurgia</p>	<p>L Outros significados</p> <p>C Perda/ Comprometimento do Sexo</p> <p>D Isso não tem cura</p> <p>E Uma doença curável</p>
<p>E 05</p>	<p>Atrapalhou muito né, o sexo, muita coisa, complicou muito, só que do tratamento pra cá já melhorou bastante [...] Foi ruim, né... foi porque a parte principal que o homem precisa num conseguia [...]o que a gente fazia, já não pode fazer, não conseguia fazer, quer dizer que... estas parte assim.... que tanto em uma mulher e um homem precisa,</p>	<p>IC: Atrapalhou muito o sexo</p>	<p>C Perda/ Comprometimento do Sexo</p>

	<p>mais o homem não tá conseguindo, então não dá certo</p> <p>Muito aborrecimento, tristeza, prejudica, uma doença desta abala muito a gente [...]</p>	<p>IC: Muito aborrecimento, tristeza</p>	<p>F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza</p>
<p>E06</p>	<p>Significou assim, tipo assim um amadurecimento [...]</p> <p>[...] como se fosse assim, que é uma coisa que muda, muda por completamente o teu jeitão de pensar, até tua mente também dá uma mudada [...]</p> <p>[...] tem ereção assim, a mesma coisa [...] você sente o mesmo tesão a mesma vontade, [...] mas pelo menos você tem aquela atividade tua ali, porque tem uns que quando chega a tirar não tem mais [...] porque se tira ela, o teu libido completamente cai [...] o médico falou pra mim, fica sem libido, mexeu com ela, seu libido vai mexer, assim, mas nessa parte sexual aí, tá seguro [...]</p> <p>porque a pessoa pensa assim: ah, não, esse aí não faz mais nada, vai cair seco, é o que a pessoa pensa, né? Aí a mulher pode falar: fulano fica brocha, não fulano, não tem nada a ver uma coisa com a outra [...]</p>	<p>IC: Um amadurecimento</p> <p>IC: É uma coisa que muda completamente o teu jeitão de pensar</p> <p>IC: Nessa parte sexual tá seguro</p>	<p>G Aprendizado para a vida</p> <p>G Aprendizado para a vida</p> <p>L Outros significados</p>

	<p>[...] só que não tem aquela ejaculada igual que a pessoa tinha lá atrás [...]</p> <p>[...] isso é um aprendizado pra vida da gente, a gente está sempre aprendendo e por mais que seja ruim, que seja ruim, você está sempre aprendendo [...]</p> <p>nunca esqueça aquela coisa boa que você fez num momento pior da sua vida que cê chegou a passar, mesmo nos momento pior! Passa [...] naquele momento pior é com ele que você tá aprendendo com pensamentos, que se você está aqui nesse chão, você é necessário aqui em cima [...]</p>	<p>IC: Só que não tem aquela ejaculada igual</p> <p>IC: Um aprendizado pra vida da gente</p>	<p>C Perda/ Comprometi- mento do Sexo</p> <p>G Aprendizado para a vida</p>
<p>E07</p>	<p>[...] que o que a gente passou e não quer que ninguém passe, porque foi muito difícil [...]</p> <p>[...] e pegou eu de surpresa [...] de uma hora pra outra apareceu esse negócio do câncer na próstata e na coluna [...]</p> <p>Uai, a gente que nunca teve doença, foi muito triste, mas como a gente venceu ela em nome de Jesus [...] então eu tenho só que agradecer a Deus [...]</p>	<p>IC: Foi muito difícil</p> <p>IC: Pegou eu de surpresa</p> <p>IC: Foi muito triste</p>	<p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>H Surpresa e susto</p> <p>F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza</p>

	<p>[...] a doença foi terrível [...] não quero que isso aconteça para ninguém, que o que eu passei bem apertado, eu fiz a família sofrer demais [...]</p> <p>[...] a doença derruba demais a gente, eu queria me matar, o jeito é agora eu me matar, não tem como, até que o médico passou morfina [...]</p>	<p>IC: A doença foi terrível</p> <p>IC: A doença derruba demais a gente eu queria me matar</p>	<p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p>
<p>E08</p>	<p>Uai, por exemplo, susto a gente levou, no caso, né? Porque eu não sentia nada da próstata, né, nada, nada [...] aí eu fui no urologista, aí o urologista fez toque, fez tudo, achou meio aumentada, [...] aí pediu uma biópsia e que fez e aí deu o danado do trem, da próstata sabe [...]</p> <p>Olha, foi intenso,[...]</p> <p>[...] mas não foi muito triste não, como a gente já vem acompanhando [...]</p> <p>[...] quando essa doença descobre do início, tem cura e pronto e o meu tudo foi de início</p>	<p>IC: Susto a gente levou</p> <p>IC: Foi intenso</p> <p>IC: Não foi muito triste não</p> <p>IC: Quando essa doença descobre do início tem cura</p>	<p>H Surpresa e susto</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>E Uma doença curável</p>

	<p>[...] aí deu que na próstata, de início também, tanto que eu não coloquei bolsa, não coloquei sonda, não teve nada, só rádio, rádio, rádio, acabou o problema, não sinto mais nada [...]</p> <p>[...] em tudo tem que dar graças, graças a Deus, se é pra você viver, é para você, eu cheguei mais perto de Deus com essa doença, entendeu? [...]</p>	<p>IC: Cheguei mais perto de Deus com essa doença</p>	<p>G Aprendizado para a vida</p>
<p>E 09</p>	<p>[...] porque tem muita gente que: Nossa senhora Aparecida, uma doença, agora tô morto! Eu não, tranquilo, sereno, porque os doutor que eu passei, foi tranquilo mesmo, foi transmitido uma tranquilidade [...]</p> <p>[...] Muda, porque aí você pensa que alguma coisa que fica na cabeça da gente pensando, ou até mesmo que fica reclamando, eu acho que a gente reflete o que que é a vida [...]</p> <p>[...] acho que você dá mais valor na vida [...]</p>	<p>IC: Tranquilo, sereno</p> <p>IC: Eu acho que a gente reflete o que que é a vida</p> <p>IC: Você dá mais valor na vida</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>G Aprendizado para a vida</p> <p>G Aprendizado para a vida</p>

<p>E10</p>	<p>Uma lição de vida pra gente, uma lição de vida, porque do jeito que eu fiquei [...] eu tô aqui porque [...] tenho confiança em Deus [...]</p>	<p>IC: Uma lição de vida pra gente</p>	<p>G Aprendizado para a vida</p>
	<p>O homem é machista, todos os homens são machistas, o homem tem aquela mania de falar, que a parte íntima do homem é intocável, todos os homens falam isso, então, o ar tá mudando, depois que começou a morrer tanta gente por causa do câncer de próstata e começou a salvar tanta gente, aí vai mudando, a pessoa vai mudando [...] enquanto pensar nesse machismo vai morrer muita gente, esse receio [...]. Então, são esses aí que atrapalha, os homens que não cuidaram, o machismo do homem [...]</p>	<p>IC: Depois que começou a morrer tanta gente por causa do câncer de próstata a pessoa vai mudando</p>	<p>G Aprendizado para a vida</p>
	<p>[...] não procurou tratamento, falou: Deus cura, nós pelejou e ele falou: não vou, Deus deu a doença, Deus cura [...]</p>	<p>IC: Deus deu a doença, Deus cura</p>	<p>E Uma doença curável</p>
<p>[...] aí eu falei: Deus cura, mas deu os médicos, né [...]</p>	<p>IC: Deus cura, mas deu os médicos</p>	<p>E Uma doença curável</p>	

	<p>[...] e ele: eu não a parte íntima do homem não pode ser tocada [...]</p> <p>[...] já passei a maior vergonha do mundo pra fazer a biópsia, fazer o toque com a biópsia, não vou deixar mais [...]</p>	<p>IC: A parte íntima do homem não pode ser tocada</p> <p>IC: Passei a maior vergonha do mundo pra fazer o toque com a biópsia</p>	<p>J Vergonha</p> <p>J Vergonha</p>
<p>E 11</p>	<p>É uma doença muito séria, né, tem que ter cuidado com isso aí [...]</p> <p>[...] porque essa doença se você for operar da próstata você perde a potência, né [...]</p> <p>[...] e se puder tratar logo em seguida que descobrir, no caso meu tava começando, então fui no médico, descobriu não teve problema nenhum, graças a Deus [...]</p>	<p>IC: É uma doença muito séria</p> <p>IC: Se operar da próstata você perde a potência</p> <p>IC: Tava começando não teve problema nenhum</p>	<p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>C Perda/Comprometimento do Sexo</p> <p>B Nada, algo normal/comum</p>

	<p>[...] eu aconselho a pessoa a olhar, não pode brincar, essa doença mata mesmo [...]</p> <p>[...] A relação sexual é uma coisa que faz bem pra saúde, acho que já é da natureza da pessoa mesmo, né, você perder uma coisa que está acostumado a fazer sempre é duro, então graças a Deus não foi preciso, não, como se diz outro ainda tô vivo ainda! [...] Eu acho que um homem com saúde perder a potência, eu acho que é a mesma coisa que perder a vida [...]</p> <p>[...] se Deus fez uma coisa melhor, ele guardou só pra ele, porque melhor que fazer sexo, acho que não tem coisa melhor não!</p> <p>[...] essa doença é muito triste [...]</p> <p>[...] o câncer e a diabetes que mata muito, [...] e é uma coisa que você não sente [...]</p>	<p>IC: Não pode brincar, essa doença mata mesmo</p> <p>IC: Homem com saúde perder a potência, é a mesma coisa que perder a vida</p> <p>IC: Essa doença é muito triste</p> <p>IC: O câncer mata muito</p>	<p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>C Perda/Comprometimento do Sexo</p> <p>F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p>
--	--	--	---

	<p>[...] eu não acredito muito não, com uma tecnologia tão avançada que não tem a cura do câncer? Eles não faz isso aí por causa das indústrias farmacêuticas, [...] tem a cura do câncer tem sim, eu acho que tem, não é possível [...] acho que não faz isso porque atrapalha os médicos, os farmacêuticos, remédios [...]</p>	<p>IC: Tem a cura do câncer</p>	<p>E Uma doença curável</p>
<p>E 12</p>	<p>Bom, como se diz, uma surpresa, né, porque eu não esperava, mas como eu fui ficando muito omissos, porque eu não fiz o tratamento de prevenção, né, aí na hora que eu tentei acudir, já tinha acontecido [...]</p> <p>[...] então eu não fiquei assim tão abalado, não, porque a gente já sabe, né, não vem fazendo prevenção, prevenção, mas como eu não sentia nada, nunca tive nada, achava que não tinha o problema, falei: ah não tô sentindo nada, não vou preocupar com isso só que é ao contrário, né, tem que fazer prevenção [...]</p> <p>[...] tô com esperança, Deus quis assim, vamos esperar nele não me abalei, não fiquei assustado, e esperar que Deus resolva, né, entregar pra ele e deixar o barco correr [...]</p>	<p>IC: Uma surpresa</p> <p>IC: Eu não fiquei assim tão abalado, não</p> <p>IC: Deus quis assim e esperar que ele resolva</p>	<p>H Surpresa e susto</p> <p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>L Outros significados</p>

	<p>[...] não apavorei, Deus quer assim, vamos passar por ele, mas tô bem, tô tranquilo, tô mais satisfeito hoje ainda, porque falou que abaixou um punhado de coisa lá [...]</p> <p>[...] eu já, como se diz, já sabia mais ou menos o que que era, só que não esperava passar por aquilo, igual falei para você, se eu tivesse feito os exames de prevenção, tava livre [...]</p> <p>[...] Deus quer assim, então vamos passar por isso, como se diz, achei bom, não! Mas também, se tem que passar por isso, estamos passando, pra mim a vida é a vida, cada um tem um destino de passar por aquilo, por aquilo, esse é o meu, graças a Deus [...]</p>	<p>IC: Não apavorei</p> <p>IC: Não esperava passar por aquilo</p> <p>IC: Achei bom, não!</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>H Surpresa e susto</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p>
<p>E 13</p>	<p>Pra mim foi uma lição de vida que eu peguei, porque eu tenho lutando até hoje, graças a Deus, operei, me sinto bem, então eu acredito que a pessoa que tiver esse problema tem que se abrir, se abrir, tô pelejando até hoje graças a Deus [...]</p>	<p>IC: Foi uma lição de vida que eu peguei</p>	<p>G Aprendizado para a vida</p>

	<p>[...] Uai, ensinou pra mim a conviver com gente mais ruim do que eu, olhar pra eles e falar: eu não tenho nada [...]</p> <p>[...] eu vi também como é a vida, o povo que precisa, fui ficando acostumado com essa vida de tá sempre no meio, sempre a gente acha o problema da gente é grande, mas as vezes tem outros pior do que o da gente, a vida é assim [...]</p>	<p>IC: Ensinou pra mim a conviver com gente mais ruim do que eu</p> <p>IC: Eu vi como é a vida</p>	<p>G Aprendizado para a vida</p> <p>G Aprendizado para a vida</p>
<p>E14</p>	<p>A coisa mais simples que tem!</p> <p>É, ué, não dói, não dói, uma coisa que não dói, você vai ter medo pra que?</p> <p>[...] Não preocupo com nada, preocupe nos primeiros dias porque eu nunca tinha ido no médico, agora não tenho preocupação, pra que essa bobajada, parece bobo [...] estranhei, nos dias eu fiquei meio baqueado e minha irmã: onde já se viu isso, um homem de 70 anos nunca teve nada e ficar triste com uma doencinha dessas e vai ficar triste? Levanta esse astral teu!</p>	<p>IC: A coisa mais simples que tem</p> <p>IC: Uma coisa que não dói</p> <p>IC: Uma doencinha</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>A Coisa que não dói</p> <p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>

	<p>[...] Minha irmã que está sentada lá fora, vou contar pra você, ela falou, tem que agradecer a Deus, 70 anos sem ir no médico, isso aí é coisinha à toa pro cê uai [...]</p> <p>[...] graças a Deus é a mesma coisa de não ter nada [...]</p>	<p>IC: Coisinha à toa</p> <p>IC: É a mesma coisa de não ter nada</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>B Nada, algo normal/comum</p>
<p>E15</p>	<p>Primeira coisa eu queria falar assim, se fosse pra eu ter câncer outra vez, no caso [...] eu queria ter o de próstata, que é bem mais fácil [...]</p> <p>[...] então, graças a Deus eu fui muito consciente, eu fui e falei: eu tenho o problema, mas eu tenho que dar um jeito, então, não desesperei tanto não [...]</p> <p>[...] isso que tá acontecendo agora, tá sendo muito comum, né, nossa lá na minha cidade, daquele tamanho, aquele tanto de gente que teve da próstata, fora os outros casos que são pior, outros tipos de câncer, esse, é o mais, o mais suave um pouco [...]</p>	<p>IC: O de próstata é bem mais fácil</p> <p>IC: Eu não me desesperei tanto</p> <p>IC: Esse é mais suave um pouco</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>

	<p>[...] quando eu fiquei sabendo que eu tinha que tirar a próstata, capaz eu ia tomar banho, eu só ficava chorando [...] eu preocupava mais, com fala câncer, câncer, câncer, a pior doença que existe até agora né, então eu ficava com isso aí [...]</p> <p>[...] eu vejo muitos casos lá de pessoas que tem o câncer, não está tendo cura [...] o doutor [...] falava [...] se fosse pra eu ter um câncer, eu queria ter o de próstata, que cura, isso vai te animando mais [...]</p> <p>[...] mas que é difícil, é [...] Nossa Senhora! [...]</p> <p>[...] É uma coisa, perde o chão, aí que você chega: porque que eu não fiz isso, porque que eu não fiz aquilo [...]</p>	<p>IC: A pior doença que existe até agora</p> <p>IC: O de próstata cura</p> <p>IC: É difícil</p> <p>IC: É uma coisa, perde o chão</p>	<p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>E Uma doença curável</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza</p>
E16	<p>[...] porque o que aconteceu comigo não era pra ter acontecido, não era pra eu ter ficado doente, se eu tivesse me tratado, feito, curado, feito o exame de próstata há mais tempo, há mais tempo, mas as</p>	<p>IC: Não era pra eu ter ficado doente, se eu tivesse me tratado</p>	<p>L Outros significados</p>

	<p>informações que eu tinha era tudo o contrário, informações erradas, né [...] Falavam que o médico ia mexer no anus da pessoa, que era muito degradante, e foi passando o tempo, o tempo foi passando, aí quando eu vi que, o câncer já tinha tomado conta [...]</p> <p>[...] Antigamente eu acho que a doença era muito triste, porque eu tenho na minha família, meu genro mesmo teve câncer, é leucemia, nossa ele morreu rapidinho, [...] tô tranquilo, eu quero fazer o tratamento que deve ser feito, tomar os remédios direitinho, pra ver se eu me livro desta doença pra eu poder recuperar a saúde, que é tanta gente que já teve câncer e recuperou, né? [...]</p>	<p>IC: Tô tranquilo</p>	<p>K</p> <p>Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>
<p>E 17</p>	<p>[...] Falei: vou morrer cedo [...]</p> <p>[...] a gente fica achando ruim [...]</p> <p>[...] todo mundo que dá isso daí a maior parte morre, uns pouco que sara [...]</p>	<p>IC: Falei: vou morrer cedo</p> <p>IC: A gente fica achando ruim</p> <p>IC: Todo mundo que dá isso daí a maior parte morre, uns poucos que sara</p>	<p>I</p> <p>Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>I</p> <p>Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>D</p> <p>Isso não tem cura</p>

	<p>[...] o meu graças a Deus melhorei, louvado seja Deus, esse negócio até que não deu dor [...]</p> <p>[...] não deu nada [...]</p> <p>[...] me deu é muita sede [...]</p> <p>[...] eu conversava com alguém e eles falavam: isso é perigoso, também preciso fazer esse exame [...]</p>	<p>IC: Esse negócio até que não deu dor</p> <p>IC: Não deu nada</p> <p>IC: Me deu é muita sede</p> <p>IC: isso é perigoso</p>	<p>A Coisa que não dói</p> <p>B Nada, algo normal/comum</p> <p>L Outros significados</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p>
<p>E 18</p>	<p>[...] Uai como se diz, no começo foi difícil, né, depois... foi uma coisa que eu encarei assim... de frente, combati, como se diz, graças a Deus venci, né, o tratamento foi correspondido[...]</p> <p>[...] Trouxe um alerta, de não ter aquela bobeira daquele preconceito de estar fazendo exame, procurar médico mais vezes agora, é um alerta pra mim [...]</p>	<p>IC: Foi uma coisa que encarei de frente</p> <p>IC: É um alerta pra mim</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>G Aprendizado para a vida</p>

	<p>[...] Uai, assim na parte sexual a gente fica assim meio pra baixo, né, mas passou [...]</p> <p>[...] foi difícil, mas a gente não pode ser derrotado por isso não [...]</p> <p>[...] a gente como homem, a gente abate, né, então assim é uma coisa assim, que como se diz, resumindo, a mulher quer sair e tal, você tem aquele medo assim e tal, não vou dar conta, passa na cabeça [...] foi a que mais pesou, mas já passou já [...]</p>	<p>IC: Na parte sexual a gente fica assim meio pra baixo</p> <p>IC: Foi difícil</p> <p>IC: A gente como homem, a gente abate</p>	<p>C Perda/ Comprometi- mento do Sexo</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>C Perda/ Comprometi- mento do Sexo</p>
E19	<p>[...] como eu disse também, eu tinha uma vida sexual bem ativa, e foi cortada 100% de uma hora pra outra e eu senti bastante [...]</p> <p>[...] a vida de quem operou de próstata novo ainda, é difícil, se eu já estivesse lá com meus 70 anos, setenta e poucos anos, né, mas não eu operei com 54 anos, tava no auge [...] então é difícil, não é fácil, não é fácil [...] é terrível muito terrível, pro homem</p>	<p>IC: Tinha uma vida sexual bem ativa, e foi cortada 100%</p> <p>IC: É terrível, muito terrível pro homem</p>	<p>C Perda/ Comprometi- mento do Sexo</p> <p>C Perda/ Comprometi- mento do Sexo</p>

	<p>é muito difícil, ele ver a companheira pronta pra ele, se entregando e ele não conseguir fazer nada, é terrível [...] E vou falar uma coisa pra você infelizmente os homens sofrem demais com isso, cada vez mais cedo, cada vez mais cedo os homens tem problema de próstata</p> <p>[...] é uma doença tão comum entre os homens, é igual o câncer de mama da mulher, né, colo do útero, e eu acho que a parte da mulher tá bem mais bem desenvolvida que a do homem [...]</p> <p>[...] Teria que ter um cirurgião especialista só próstata! Só em operar próstata! Sabe por que? Porque pra dar uma sobrevida dentro da normalidade pro homem, você entendeu, por tudo os médicos tão operando e não estão muito preocupados com o homem, com a vida sexual do homem, [...] deveria ter, francamente, eu acho, pensando em mim e na infinidade de homens que tem aí que vão passar por isso, diariamente [...]</p> <p>[...] o homem infelizmente, a grosso modo, o homem é um reprodutor, [...] até certo ponto é o instinto do homem, instinto animal do homem [...] não tem</p>	<p>IC: É uma doença comum entre os homens</p> <p>IC: Os médicos tão operando e não estão muito preocupados com a vida sexual do homem</p> <p>IC: É muito difícil pro homem quando ele tá novo</p>	<p>B Nada, algo normal/comum</p> <p>C Perda/Comprometimento do Sexo</p> <p>C Perda/Comprometimento do Sexo</p>
--	--	---	---

	<p>muito controle sobre isso, então isso daí atinge ele de tal maneira que ele... sabe é muito difícil pro homem, quando ele tá novo que ele tá bem ativo ainda, é muito difícil, muito difícil mesmo[...]</p>		
E 20	<p>É um troço que ninguém espera, quando eu fiquei sabendo que tava [...] nunca liguei pra nada dessas coisas, mas daí eu falei: câncer de próstata? Nem sabia o que era próstata [...]</p>	<p>IC: É um troço que ninguém espera</p>	<p>H Surpresa e susto</p>
E 21	<p>A pessoa quando recebe essa notícia que está com câncer, como se diz, as vezes morre antes da hora [...] Acha que já está muito ruim e que vai morrer amanhã, então eu não fiquei assim não graças a Deus [...]</p> <p>[...] ah de uns 15 a 20 anos pra cá, qualquer coisinha eu procuro o médico, pode falar que eu sou mole, tem muitos homem que fala: quem procura acha! Eu falo se a gente achar no começo, tem cura né, porque se deixar pra procurar o médico quando o negócio já tá muito avançado, aí [...]</p> <p>[...] Uai eu acho que isso aí, pra quem passou e pra quem vai passar, um aprendizado pra vida, né, a gente acha que tem muito problema, mas tem muita gente que tem pior que a gente [...]</p>	<p>IC: A pessoa acha que já está muito ruim e que vai morrer amanhã, eu não fiquei assim não</p> <p>IC: Se a gente achar no começo, tem cura</p> <p>IC: Um aprendizado pra vida</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>E Uma doença curável</p> <p>G Aprendizado para a vida</p>

	<p>[...] então eu acho que é isso aí, já aprendi muito com as coisas, problema assim, se cuidar, né, muitos homens falam: ah não vou cuidar, principalmente aquele exame de toque, ah eu sou homem, não vou mexer com isso não, eu acho que a pessoa deve fazer, né, uma vez por ano, só num faz diferença nenhuma, e tem muitos homem besta que..., graças a Deus eu sempre fiz e não arrependo, não, viu [...]</p>	<p>IC: Já aprendi muito com as coisas, problema assim, se cuidar</p>	<p>G Aprendizado para a vida</p>
E 22	<p>[...] encarei de frente, com dureza, com firmeza, sem ter medo hora alguma e até hoje, eu não abaixo, eu não mostro medo hora nenhuma [...]</p> <p>[...] a cirurgia de próstata castra os homem, os homens fica castrado, falei: nossa, que baixaria que coisa mais chata, que pronúncia mais, assim ignorada, falei assim: você é que pensa, não é assim que você pensa [...]</p>	<p>IC: Encarei de frente, com dureza, com firmeza, sem ter medo hora alguma</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>
E 23	<p>Depois do tratamento, mudou muita coisa né, senti aliviado, acabou o sofrimento, senti outra pessoa [...] depois que terminei a rádio aí melhorou bastante, não eliminou tudo, mas tô bem, aí mandaram pra cá, daí, só que eu faço acompanhamento, tomo injeção, tomo soro, tô me sentindo outra pessoa depois que senti que os problemas aliviou, né?</p>		
E 24	<p>Eu responderia o seguinte, eu nunca senti dor, nunca senti nada [...]</p>	<p>IC: Eu nunca senti dor, nunca senti nada</p>	<p>A Coisa que não dói</p>

	<p>[...] só que deu preocupação né [...]</p> <p>[...] Você vê esses grandão aí que morre, noventa por cento é o câncer, agora diz que o de próstata é um dos mais fácil de curar [...]</p> <p>[...] Significou medo né [...],</p> <p>[...] igual eu falei quando o médico ainda falou daquele jeito pra mim: é um câncer dos bravo! [...]</p> <p>Então a biópsia foi que eu passei vergonha, porque aqui já tinha feito, aquele doutor, ele tirava sarro da gente [...]: Cuidado pra não acostumar, viu? Falei ô doutor a gente já está morrendo de vergonha e o senhor ainda fala assim? [...]</p>	<p>IC: Deu preocupação</p> <p>IC: É um dos mais fácil de curar</p> <p>IC: Significou medo</p> <p>IC: É um câncer dos bravo!</p> <p>IC: A biópsia foi que eu passei vergonha</p>	<p>F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza</p> <p>E Uma doença curável</p> <p>F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>J Vergonha</p>
--	--	---	---

	[...] eu tô conformado, mas falar que é fácil vencer ela, não é não [...]	IC: Que é fácil vencer ela, não é não	I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata
--	--	---	--

E 25	Péssimo! Porque essa incontinência urinária acabou comigo, principalmente quando eu tô trabalhando, atrapalha muito [...]	IC: Péssimo	I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata
	[...] Tenho muito, tenho medo é de sofrer, [...]	IC: Tenho muito medo é de sofrer	F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza
	[...] o resto nem tento mais, eu não quero sofrer, dois amigos meu sofreu muito, morreu pele e osso, por causa do negócio da próstata, né, eles não morreram logo [...]	IC: O resto nem tento mais	C Perda/ Comprometi- mento do Sexo
	[...] Ele falou: o que cê tinha que fazer, você já fez, falei: não doutor, enquanto tiver funcionando eu acho que não tem idade não, falei pra ele, ele deu uma risadinha lá e pronto [...] ele até já receitou um medicamento pra mim, tomei, mas não adiantou nada não, parece que caparam eu de uma	IC: Caparam eu de uma vez só	C Perda/ Comprometi- mento do Sexo

	vez só [...] agora eu tomei, foi a mesma coisa que nada, uma coisa morta no corpo [...]		
E 26	Uai, não é fácil não, [...]	IC: Não é fácil não	I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata
	[...] muito triste [...] Muito triste nossa.... Não é fácil não viu[...]	IC: Muito triste	F Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza
	[...] tem muitos que não aceita, entendeu [...] veio pra nós, nós tem que tocar, que é bom não é não, é bem difícil [...]	IC: É bem difícil	I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata
	[...] não pode desanimar disso aí não, é duro, mas tem que correr atrás [...] vai tocando a vida, não é fácil não [...]	IC: É duro	I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata
[...] complica a vida da gente, né, doença aí grave, morreu 6 da minha família [...] não é fácil não [...]	IC: Complica a vida da gente	I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata	

	<p>[...] o câncer e a diabetes tá matando muito [...]</p>	<p>IC: O câncer tá matando muito</p>	<p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p>
<p>E 27</p>	<p>[...] pra mim não mudou muita coisa não, viu [...]</p>	<p>IC: Pra mim não mudou muita coisa não</p>	<p>B Nada, algo normal/comum</p>
	<p>[...] não seria coisa que eu já esperava [...]</p>	<p>IC: Não seria coisa que eu já esperava</p>	<p>H Surpresa e susto</p>
	<p>[...] mas também não foi coisa que me assustou [...]</p>	<p>IC: Não foi coisa que me assustou</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>
	<p>[...] eu acho que isso hoje é muito normal, principalmente nas pessoas de 50 anos pra cima [...]</p>	<p>IC: Hoje é muito normal</p>	<p>B Nada, algo normal/comum</p>
<p>[...] eu não me senti nem constrangido com isso, também não me sinto aborrecido de eu ter isso não [...]</p>	<p>IC: Eu não me senti constrangido, aborrecido</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>	

	<p>[...] eu sinto até encorajado de tá aqui pra poder vencer, e não vai ser isso que vai me derrubar, entendeu? É o que eu posso falar pra você, entendeu? [...]</p> <p>[...] Eu não tenho medo [...]</p> <p>[...] minha vida praticamente nesse aspecto é normal, até agora não me ofendeu em nada [...]</p> <p>[...] esse negócio do câncer de próstata não me ofendeu em nada [...]</p> <p>[...] porque no caso da doença, foi pela doença, né, falei pra ela, isso é um negócio normal, isso é um negócio normal, né, é muito normal [...]</p> <p>[...] hoje capaz, isso não me atinge, essa doencinha aí, isso pra mim é uma doencinha, [...]</p>	<p>IC: Eu sinto até encorajado de tá aqui pra poder vencer</p> <p>IC: Eu não tenho medo</p> <p>IC: É normal</p> <p>IC: Não me ofendeu em nada</p> <p>IC: Isso é um negócio normal</p> <p>IC: Isso pra mim é uma doencinha</p>	<p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p> <p>B Nada, algo normal/comum</p> <p>B Nada, algo normal/comum</p> <p>B Nada, algo normal/comum</p> <p>K Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo</p>
--	--	---	--

	<p>[...] e ela: seu José o senhor sabe que o senhor tá com um problema assim, assim, assim, disse: Sei! E ela: o que o senhor pensa sobre isso, e eu: nada, não é problema nenhum, é tranquilidade [...] isso pra nós não é problema não, isso pra nós não é problema não [...]</p> <p>[...] você tá com câncer de próstata, eu também tô, é isso? [...] falei: [...] isso aí não é problema, nem pro cê, nem pra mim, meu filho [...] Isso aí não é nada [...]</p>	<p>IC: Não é problema nenhum</p> <p>IC: Isso aí não é nada</p>	<p>B Nada, algo normal/ comum</p> <p>B Nada, algo normal/ comum</p>
<p>E 28</p>	<p>Uai, eu não sei, veio sem mais nem menos, eu não sei [...]</p> <p>[...] eu esperava, eu esperava isso, minha família [...] quase todos sentiram o câncer [...]</p> <p>[...] Uai não, foi normal, o que Deus mandar eu tô aqui, não martirizo com nada, não [...]</p>	<p>IC: Veio sem mais nem menos</p> <p>IC: Eu esperava isso, minha família quase todos sentiram o câncer</p> <p>IC: Foi normal</p>	<p>H Surpresa e susto</p> <p>B Nada, algo normal/ comum</p> <p>B Nada, algo normal/ comum</p>
<p>E 29</p>	<p>[...] isso aí é muito custoso, muito custoso [...]</p>	<p>IC: Muito custoso</p>	<p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p>

	<p>[...] essa situação da gente é o seguinte, ela corre que nem vento, né, uma vez que está com esta situação complicada, uma hora piora, [...]</p> <p>[...] uma doença que eu tô agora não é boa, né tem que dar graças a Deus, né, sei lá, se eu morro [...]</p> <p>[...] Uai o câncer de próstata pra mim só significou ruindade, né, que eu no caso [...]</p> <p>[...] acabou muita coisa que eu não quero falar [...]</p> <p>[...] né, pra não dizer que muita gente fica falando besteira, falando que eu tive um câncer [...], que um homem que tem câncer de próstata, ele não é homem mais [...]. Quem tem câncer de próstata não é homem mais [...]</p>	<p>IC: Corre que nem vento</p> <p>IC: Uma doença que não é boa</p> <p>IC: Pra mim só significou ruindade</p> <p>IC: Acabou muita coisa que eu não quero falar</p> <p>IC: Um homem que tem câncer de próstata ele não é homem mais</p>	<p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>I Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso que acaba com a vida e mata</p> <p>C Perda/Comprometimento do Sexo</p> <p>C Perda/Comprometimento do Sexo</p>
--	--	---	---

	<p>[...] Deus abençoa ele eu bebo aquele remédio com fé aquele remédio, aí cura [...]</p> <p>[...] mas que o câncer não tem cura [...]</p>	<p>IC: Bebo aquele remédio com fé, aí cura</p> <p>IC: O câncer não tem cura</p>	<p>E Uma doença curável</p> <p>D Isso não tem cura</p>
<p>E 30</p>	<p>[...] aí eu conversei com meu médico, porque [...] minha mãe teve o câncer, meu irmão teve o câncer, eles acha que muito pode ser de família, mas eu creio que, pelo que eu vejo falar, que todos nós tem ele (o câncer), só que em uns desenvolve mais rápido [...]</p>	<p>IC: Todos nós tem ele, só que em uns desenvolve mais rápido</p>	<p>B Nada, algo normal/ comum</p>

APÊNDICE H- IAD2 COM DADOS OBTIDOS

IAD2	<p>Instrumento de Análise do Discurso 2:</p> <p><i>Pergunta: 1. Se numa conversa com alguém que o senhor conhece bem, essa pessoa lhe perguntasse “o que é ou significou o câncer de próstata para você?” O que o senhor responderia?</i></p>
-------------	--

A	
Coisa que não dói	
Entrevistado	Expressões Chave
E01	[...] não senti nada de dor, não tô sentindo nada não, não dói não, agora eu não sei se é assim mesmo, se não dói, se é assim deste jeito, né? Que era pra doer, aí era pra doer, né? Todas as coisas que tem... dói, sinto nada [...]
E02	[...] o pior dele é isso, que quando dói ele já está muito adiantado, e eu não sentia dor, sentia é uma dorzinha atravessada assim na barriga, mas pra mim falar é da urina, é do rim, né? Não pensava...
E14	É, ué, não dói, não dói, uma coisa que não dói, você vai ter medo pra que?
E17	[...] o meu graças a Deus melhorei, louvado seja Deus, esse negócio até que não deu dor, não deu nada, me deu é muita sede [...]
E24	Eu responderia o seguinte, eu nunca senti dor, nunca senti nada, só que deu preocupação né [...]

B	
Nada, algo normal, comum	
Entrevistado	Expressões Chave
E2	[...] uai antes de eu descobrir que eu tava, pra mim não foi nada, porque eu não sentia nada, a gente não sente nada, não dói, não sente dor, não o câncer não [...]
E3	Normal, deu uma vez voltou e depois eu fiz a rádio e passô pra coluna em três meses, só isso, eu faço físico [...]
E11	[...] e se puder tratar logo em seguida que descobrir, no caso meu tava começando, então fui no médico, descobriu não teve problema nenhum, graças a Deus [...]
E14	[...] graças a Deus é a mesma coisa de não ter nada [...]
E17	[...] esse negócio até que,[...] não deu nada, [...]
E19	[...] é uma doença tão comum entre os homens, é igual o câncer de mama da mulher, né, colo do útero, e eu acho que a parte da mulher tá bem mais bem desenvolvida que a do homem [...]

E27	<p>[...] pra mim não mudou muita coisa não, viu [...]</p> <p>[...] eu acho que isso hoje é muito normal, principalmente nas pessoas de 50 anos pra cima [...]</p> <p>[...] minha vida praticamente nesse aspecto é normal, até agora não me ofendeu em nada, esse negócio do câncer de próstata não me ofendeu em nada [...]</p> <p>[...] porque no caso da doença, foi pela doença, né, falei pra ela, isso é um negócio normal, isso é um negócio normal, né, é muito normal [...]</p> <p>[...] e ela: seu José o senhor sabe que o senhor tá com um problema assim, assim, assim, disse: Sei! E ela: o que o senhor pensa sobre isso, e eu: nada, não é problema nenhum, é tranquilidade,[...]</p> <p>[...] isso pra nós não é problema não, isso pra nós não é problema não [...]</p> <p>[...] você tá com câncer de próstata, eu também tô, é isso? [...] falei: [...] isso aí não é problema, nem pro cê, nem pra mim, meu filho [...] Isso aí não é nada [...]</p>
E28	<p>[...] eu esperava, eu esperava isso, minha família [...] quase todos sentiram o câncer [...]</p> <p>Uai não, foi normal, o que Deus mandar eu tô aqui, não martirizo com nada, não [...]</p>
E30	<p>[...] aí eu conversei com meu médico, porque [...] minha mãe teve o câncer, meu irmão teve o câncer, eles acha que muito pode ser de família, mas eu creio que, pelo que eu vejo falar, que todos nós tem ele (o câncer), só que em uns desenvolve mais rápido [...]</p>

C	
Perda/Comprometimento do sexo	
Entrevistado	Expressões Chave
E02	<p>O câncer de próstata pra mim foi ele que determinou a parte sexual, a pessoa num consegue mais, não tem energia [...] não consegue mais fica com mulher nenhuma [...]</p> <p>[...] mas ele vai devagar que vai tirando, não é duma vez, ele vai tirando, vai sentindo que ele já num, naquela parte sexual [...]</p>
E04	<p>[...] eu tava trabalhando, aí começou o problema, aí eu senti a diferença, a diferença, aí eu fui procurar um médico, dentro de um mês eu não tinha nada e aí apareceu [...] Senti urinar,[...] na relação senti diferença</p>
E05	<p>Atrapalhou muito né, o sexo, muita coisa, complicou muito, só que do tratamento pra cá já melhorou bastante [...] Foi ruim, né... foi porque a parte principal que o homem precisa num conseguia [...] o que a gente fazia, já não pode fazer, não conseguia fazer, quer dizer que... estas parte assim.... que tanto em uma mulher e um homem precisa, mais o homem não tá conseguindo, então não dá certo</p>
E06	<p>[...] só que não tem aquela ejaculada igual que a pessoa tinha lá atrás [...]</p>
E11	<p>[...] porque essa doença se você for operar da próstata você perde a potência, né [...]</p> <p>[...] A relação sexual é uma coisa que faz bem pra saúde, acho que já é da natureza da pessoa mesmo, né, você perder uma coisa que está acostumado a fazer sempre é duro, então graças a Deus não foi preciso, não, como se diz outro ainda tô vivo ainda! [...] Eu acho que um homem com saúde perder a potência, eu acho que é a mesma coisa que perder a vida [...] se Deus fez uma coisa melhor, ele guardou só pra ele, porque melhor que fazer sexo, acho que não tem coisa melhor não!</p>

E18	<p>[...] Uai, assim na parte sexual a gente fica assim meio pra baixo, né, mas passou [...]</p> <p>[...] a gente como homem, a gente abate, né, então assim é uma coisa assim, que como se diz, resumindo, a mulher quer sair e tal, você tem aquele medo assim e tal, não vou dar conta, passa na cabeça [...] foi a que mais pesou, mas já passou já [...]</p>
E19	<p>[...] como eu disse também, eu tinha uma vida sexual bem ativa, e foi cortada 100% de uma hora pra outra e eu senti bastante [...]</p> <p>[...] a vida de quem operou de próstata novo ainda, é difícil, se eu já estivesse lá com meus 70 anos, setenta e poucos anos, né, mas não eu operei com 54 anos, tava no auge [...] então é difícil, não é fácil, não é fácil [...] é terrível muito terrível, pro homem é muito difícil, ele ver a companheira pronta pra ele, se entregando e ele não conseguir fazer nada, é terrível [...] [...] E vou falar uma coisa pra você infelizmente os homens sofrem demais com isso, cada vez mais cedo, cada vez mais cedo os homens tem problema de próstata [...]</p> <p>[...] Teria que ter um cirurgião especialista só próstata! Só em operar próstata! Sabe por que? Porque pra dar uma sobrevida dentro da normalidade pro homem, você entendeu, por tudo os médicos tão operando e não estão muito preocupados com o homem, com a vida sexual do homem, [...] deveria ter, francamente, eu acho, pensando em mim e na infinidade de homens que tem aí que vão passar por isso, diariamente [...]</p> <p>[...] o homem infelizmente, a grosso modo, o homem é um reprodutor, [...] até certo ponto é o instinto do homem, instinto animal do homem [...] não tem muito controle sobre isso, então isso daí atinge ele de tal maneira que ele... sabe é muito difícil pro homem, quando ele tá novo que ele tá bem ativo ainda, é muito difícil, muito difícil mesmo [...]</p>
E25	<p>[...] o resto nem tento mais,</p> <p>[...] Ele falou: o que cê tinha que fazer, você já fez, falei: não doutor, enquanto tiver funcionando eu acho que não tem idade não, falei pra ele, ele deu uma risadinha lá e pronto [...] ele até já receitou um medicamento pra mim, tomei, mas não adiantou nada não, parece que caparam eu de uma vez só [...] agora eu tomei, foi a mesma coisa que nada, uma coisa morta no corpo [...]</p>

E29	<p>[...] acabou muita coisa que eu não quero falar [...]</p> <p>[...] né, pra não dizer que muita gente fica falando besteira, falando que eu tive um câncer [...], que um homem que tem câncer de próstata, ele não é homem mais [...] Quem tem câncer de próstata não é homem mais [...]</p>
-----	--

D Isso não tem cura	
Entrevistado	Expressões Chave
E03	<p>[...] tem que fazer pro resto da vida, essa fisioterapia, e não tem cura, só Deus [...]</p> <p>[...] tá fazendo seis meses que eu fiz a rádio frequência, melhorei noventa por cento, sarar... não tem cura, isso não tem cura não, só se nascer de novo [...]</p>
E 04	<p>[...] quando começou o problema, [...] o PSA lá em cima, o médico disse: isso aqui não tem remédio não [...]</p>
E17	<p>[...] todo mundo que dá isso daí a maior parte morre, uns pouco que sara [...]</p>
E29	<p>[...] o câncer não tem cura [...]</p>

E Uma doença curável	
Entrevistado	Expressões Chave
E04	<p>[...] e eu falei não é assim, quando depois eu vim pra cá, o médico disse: não, se tomar o remédio certinho não precisa de cirurgia não, se tivesse sido antes [...]</p>

E08	[...] quando essa doença descobre do início, tem cura e pronto e o meu tudo foi de início [...] aí deu que na próstata, de início também, tanto que eu não coloquei bolsa, não coloquei sonda, não teve nada, só rádio, rádio, rádio, acabou o problema, não sinto mais nada [...]
E10	[...] não procurou tratamento, falou: Deus cura, nós pelejou e ele falou: não vou, Deus deu a doença, Deus cura [...] [...] aí eu falei: Deus cura, mas deu os médicos, né [...]
E11	[...] eu não acredito muito não, com uma tecnologia tão avançada que não tem a cura do câncer? Eles não faz isso aí por causa das indústrias farmacêuticas, [...] tem a cura do câncer tem sim, eu acho que tem, não é possível [...] acho que não faz isso porque atrapalha os médicos, os farmacêuticos, remédios [...]
E15	[...] eu vejo muitos casos lá de pessoas que tem o câncer, não está tendo cura [...] o doutor [...] falava [...] se fosse pra eu ter um câncer, eu queria ter o de próstata, que cura, isso vai te animando mais [...]
E21	[...] ah de uns 15 a 20 anos pra cá, qualquer coisinha eu procuro o médico, pode falar que eu sou mole, tem muitos homem que fala: quem procura acha! Eu falo se a gente achar no começo, tem cura né, porque se deixar pra procurar o médico quando o negócio já tá muito avançado, aí [...]
E24	[...] Você vê esses grandão aí que morre, noventa por cento é o câncer, agora diz que o de próstata é um dos mais fácil de curar [...]
E29	[...] Deus abençoa ele eu bebo aquele remédio com fé aquele remédio, aí cura [...]

F

Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza

Entrevistado	Expressões Chave
E02	[...] só os remédios e aquela preocupação de todo mês tá no médico, tem que ter aquele tratamento acompanhado [...]

E05	Muito aborrecimento, tristeza, prejudica, uma doença desta abala muito a gente, o que a gente fazia, já não pode fazer, não conseguia fazer, quer dizer que... estas parte assim.... que tanto em uma mulher e um homem precisa, mais o homem não tá conseguindo, então não dá certo
E07	Uai, a gente que nunca teve doença, foi muito triste, mas como a gente venceu ela em nome de Jesus [...] então eu tenho só que agradecer a Deus [...]
E11	[...] essa doença é muito triste
E15	[...] É uma coisa, perde o chão, aí que você chega: porque que eu não fiz isso, porque que eu não fiz aquilo [...]
E24	[...] só que deu preocupação né [...] [...] Significou medo né [...],
E25	[...] Tenho muito, tenho medo é de sofrer, [...] [...] Eu não quero sofrer, dois amigos meu sofreu muito, morreu pele e osso, por causa do negócio da próstata, né, eles não morreram logo [...]
E26	[...] muito triste [...] Muito triste nossa.... Não é fácil não viu[...]

G	
Aprendizado para a vida	
Entrevistado	Expressões Chave
E06	<p>Significou assim, tipo assim um amadurecimento [...]</p> <p>[...] como se fosse assim, que é uma coisa que muda, muda por completamente o teu jeitão de pensar, até tua mente também dá uma mudada [...]</p> <p>[...] isso é um aprendizado pra vida da gente, a gente está sempre aprendendo e por mais que seja ruim, que seja ruim, você está sempre aprendendo [...] nunca esqueça aquela coisa boa que você fez num momento pior da sua vida que cê chegou a passar, mesmo nos momento pior! Passa [...] naquele momento pior é com ele que você tá aprendendo com pensamentos, que se você está aqui nesse chão, você é necessário aqui em cima [...]</p>
E08	<p>[...] em tudo tem que dar graças, graças a Deus, se é pra você viver, é para você, eu cheguei mais perto de Deus com essa doença, entendeu? [...]</p>
E09	<p>[...] Muda, porque aí você pensa que alguma coisa que fica na cabeça da gente pensando, ou até mesmo que fica reclamando, eu acho que a gente reflete o que que é a vida [...]</p> <p>[...] acho que você dá mais valor na vida [...]</p>
E10	<p>Uma lição de vida pra gente, uma lição de vida, porque do jeito que eu fiquei [...] eu tô aqui porque [...] tenho confiança em Deus [...]</p> <p>O homem é machista, todos os homem é machista, o homem tem aquela mania de falar, que a parte íntima do homem é intocável, todos homem fala isso, então, o ar tá mudando, depois que começou a morrer tanta gente por causa do câncer de próstata e começou a salvar tanta gente, aí vai mudando, a pessoa vai mudando [...] enquanto pensar nesse machismo vai morrer muita gente, esse receio [...]. Então, são esses aí que atrapalha, os homens que não cuidaram, o machismo do homem [...]</p>

E13	<p>Pra mim foi uma lição de vida que eu peguei, porque eu tenho lutando até hoje, graças a Deus, operei, me sinto bem, então eu acredito que a pessoa que tiver esse problema tem que se abrir, se abrir, tô pelejando até hoje graças a Deus [...]</p> <p>[...] Uai, ensinou pra mim a conviver com gente mais ruim do que eu, olhar pra eles e falar: eu não tenho nada [...]</p> <p>[...] eu vi também como é a vida, o povo que precisa, fui ficando acostumado com essa vida de tá sempre no meio, sempre a gente acha o problema da gente é grande, mas as vezes tem outros pior do que o da gente, a vida é assim [...]</p>
E18	<p>[...] Trouxe um alerta, de não ter aquela bobeira daquele preconceito de estar fazendo exame, procurar médico mais vezes agora, é um alerta pra mim [...]</p>
E21	<p>[...] Uai eu acho que isso aí, pra quem passou e pra quem vai passar, um aprendizado pra vida, né, a gente acha que tem muito problema, mas tem muita gente que tem pior que a gente [...]</p> <p>[...] então eu acho que é isso aí, já aprendi muito com as coisas, problema assim, se cuidar, né, muitos homens falam: ah não vou cuidar, principalmente aquele exame de toque, ah eu sou homem, não vou mexer com isso não, eu acho que a pessoa deve fazer, né, uma vez por ano, só num faz diferença nenhuma, e tem muitos homem besta que..., graças a Deus eu sempre fiz e não arrependo, não, viu [...]</p>

H	
Surpresa e susto	
Entrevistado	Expressões Chave
E07	[...] e pegou eu de surpresa [...] de uma hora pra outra apareceu esse negócio do câncer na próstata e na coluna [...]
E08	Uai, por exemplo, susto a gente levou, no caso, né? Porque eu não sentia nada da próstata, né, nada, nada [...] aí eu fui no urologista, aí o urologista fez toque, fez tudo, achou meio aumentada, [...] aí pediu uma biópsia e que fez e aí deu o danado do trem, da próstata sabe [...]
E12	Bom, como se diz, uma surpresa, né, porque eu não esperava, mas como eu fui ficando muito omissa, porque eu não fiz o tratamento de prevenção, né, aí na hora que eu tentei acudir, já tinha acontecido [...] [...] eu já, como se diz, já sabia mais ou menos o que que era, só que não esperava passar por aquilo, igual falei para você, se eu tivesse feito os exames de prevenção, tava livre [...]
E20	É um troço que ninguém espera, quando eu fiquei sabendo que tava [...] nunca liguei pra nada dessas coisas, mas daí eu falei: câncer de próstata? Nem sabia o que era próstata [...]
E27	[...] não seria coisa que eu já esperava [...]
E28	Uai, eu não sei, veio sem mais nem menos, eu não sei [...]

I	
Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata	
Entrevistado	Expressões Chave
E07	<p>[...] que o que a gente passou e não quer que ninguém passe, porque foi muito difícil [...]</p> <p>[...] a doença foi terrível [...] não quero que isso aconteça para ninguém, que o que eu passei bem apertado, eu fiz a família sofrer demais [...]</p> <p>[...] a doença derruba demais a gente, eu queria me matar, o jeito é agora eu me matar, não tem como, até que o médico passou morfina [...]</p>
E 08	Olha foi intenso,[...]
E11	<p>É uma doença muito séria, né, tem que ter cuidado com isso aí [...]</p> <p>[...] eu aconselho a pessoa a olhar, não pode brincar, essa doença mata mesmo [...]</p> <p>[...] o câncer e a diabetes que mata muito, [...] e é uma coisa que você não sente [...]</p>
E12	[...] Deus quer assim, então vamos passar por isso, como se diz, achei bom, não! Mas também, se tem que passar por isso, estamos passando, pra mim a vida é a vida, cada um tem um destino de passar por aquilo, por aquilo, esse é o meu, graças a Deus [...]
E15	<p>[...] quando eu fiquei sabendo que eu tinha que tirar a próstata, capaz eu ia tomar banho, eu só ficava chorando [...] eu preocupava mais, com fala câncer, câncer, câncer, a pior doença que existe até agora né, então eu ficava com isso aí [...]</p> <p>[...] mas que é difícil, é [...] Nossa Senhora! [...]</p>
E17	<p>Falei: vou morrer cedo [...]</p> <p>[...] a gente fica achando ruim [...]</p> <p>[...] eu conversava com alguém e eles falavam: isso é perigoso, também preciso fazer esse exame [...]</p>
E18	[...] foi difícil, mas a gente não pode ser derrotado por isso não [...]

E24	<p>[...] igual eu falei quando o médico ainda falou daquele jeito pra mim: é um câncer dos bravo! [...]</p> <p>[...] eu tô conformado, mas falar que é fácil vencer ela, não é não [...]</p>
E25	Péssimo! Porque essa incontinência urinária acabou comigo, principalmente quando eu tô trabalhando, atrapalha muito [...]
E26	<p>Uai, não é fácil não, [...]</p> <p>[...] tem muitos que não aceita, entendeu [...] veio pra nós, nós tem que tocar, que é bom não é não, é bem difícil [...]</p> <p>[...] não pode desanimar disso aí não, é duro, mas tem que correr atrás [...] vai tocando a vida, não é fácil não [...]</p> <p>[...] complica a vida da gente, né, doença aí grave, morreu 6 da minha família [...] não é fácil não [...] o câncer e a diabetes tá matando muito [...]</p>
E29	<p>[...] isso aí é muito custoso, muito custoso [...]</p> <p>[...] essa situação da gente é o seguinte, ela corre que nem vento, né, uma vez que está com esta situação complicada, uma hora piora, [...]</p> <p>[...] uma doença que eu tô agora não é boa, né tem que dar graças a Deus, né, sei lá, se eu morro [...]</p> <p>[...] Uai o câncer de próstata pra mim só significou ruindade, né, que eu no caso [...]</p>

J

Vergonha

Entrevistado	Expressões Chave
E10	<p>[...] e ele: eu não a parte íntima do homem não pode ser tocada [...]</p> <p>[...] já passei a maior vergonha do mundo pra fazer a biópsia, fazer o toque com a biópsia, não vou deixar mais [...]</p>

E24	Então a biópsia foi que eu passei vergonha, porque aqui já tinha feito, aquele doutor, ele tirava sarro da gente [...]: Cuidado pra não acostumar, viu? Falei ô doutor a gente já está morrendo de vergonha e o senhor ainda fala assim? [...]
-----	--

K	
Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente/sem medo	
Entrevistado	Expressões Chave
E08	[...] mas não foi muito triste não, como a gente já vem acompanhando [...]
E09	[...] porque tem muita gente que: Nossa senhora Aparecida, uma doença, agora tô morto! Eu não, tranquilo, sereno, porque os doutor que eu passei, foi tranquilo mesmo, foi transmitido uma tranquilidade [...]
E12	<p>[...] então eu não fiquei assim tão abalado, não, porque a gente já sabe, né, não vem fazendo prevenção, prevenção, mas como eu não sentia nada, nunca tive nada, achava que não tinha o problema, falei: ah não tô sentindo nada, não vou preocupar com isso só que é ao contrário, né, tem que fazer prevenção [...]</p> <p>[...] não apavorei, Deus quer assim, vamos passar por ele, mas tô bem, tô tranquilo, tô mais satisfeito hoje ainda, porque falou que abaixou um punhado de coisa lá [...]</p>
E14	<p>A coisa mais simples que tem!</p> <p>[...] Não preocupo com nada, preocupei nos primeiros dias porque eu nunca tinha ido no médico, agora não tenho preocupação, pra que essa bobajada, parece bobo [...] estranhei, nos dias eu fiquei meio baqueado e minha irmã: onde já se viu isso, um homem de 70 anos nunca teve nada e ficar triste com uma doencinha dessas e vai ficar triste? Levanta esse astral teu!</p> <p>[...] Minha irmã que está sentada lá fora, vou contar pra você, ela falou, tem que agradecer a Deus, 70 anos sem ir no médico, isso aí é coisinha a toa pro cê uai [...]</p>

E15	<p>Primeira coisa eu queria falar assim, se fosse pra eu ter câncer outra vez, no caso [...] eu queria ter o de próstata, que é bem mais fácil [...]</p> <p>[...] então, graças a Deus eu fui muito consciente, eu fui e falei: eu tenho o problema, mas eu tenho que dar um jeito, então, não desesperei tanto não [...]</p> <p>[...] isso que tá acontecendo agora, tá sendo muito comum, né, nossa lá na minha cidade, daquele tamanhinho, aquele tanto de gente que teve da próstata, fora os outros casos que são pior, outros tipos de câncer, esse, é o mais, o mais suave um pouco [...]</p>
E16	<p>[...] Antigamente eu acho que a doença era muito triste, porque eu tenho na minha família, meu genro mesmo teve câncer, é leucemia, nossa ele morreu rapidinho, [...] tô tranquilo, eu quero fazer o tratamento que deve ser feito, tomar os remédios direitinho, pra ver se eu me livro desta doença pra eu poder recuperar a saúde, que é tanta gente que já teve câncer e recuperou, né?[...]</p>
E18	<p>[...] Uai como se diz, no começo foi difícil, né, depois... foi uma coisa que eu encarei assim... de frente, combati, como se diz, graças a Deus venci, né, o tratamento foi correspondido[...]</p>
E21	<p>A pessoa quando recebe essa notícia que está com câncer, como se diz, as vezes morre antes da hora [...] Acha que já está muito ruim e que vai morrer amanhã, então eu não fiquei assim não graças a Deus</p>
E22	<p>[...] encarei de frente, com dureza, com firmeza, sem ter medo hora alguma e até hoje, eu não abaixo, eu não mostro medo hora nenhuma [...]</p>
E27	<p>[...] mas também não foi coisa que me assustou [...]</p> <p>[...] eu não me senti nem constrangido com isso, também não me sinto aborrecido de eu ter isso não [...]</p> <p>[...] Eu não tenho medo [...]</p> <p>[...] hoje capaz, isso não me atinge, essa doencinha aí, isso pra mim é uma doencinha, [...]</p>

L	
Outros Significados	
Entrevistado	Expressões Chave
E04	[...] eu tava trabalhando, aí começou o problema, aí eu senti a diferença, a diferença, aí eu fui procurar um médico, dentro de um mês eu não tinha nada e aí apareceu [...] Senti urinar
E06	[...] tem ereção assim, a mesma coisa [...] você sente o mesmo tesão a mesma vontade, [...], mas pelo menos você tem aquela atividade tua ali, porque tem uns que quando chega a tirar não tem mais [...] porque se tira ela, o teu libido completamente cai [...] o médico falou pra mim, fica sem libido, mexeu com ela, seu libido vai mexer, assim, mas nessa parte sexual aí, tá seguro [...] porque a pessoa pensa assim: a, não, esse aí não faz mais nada, vai cair seco, é o que a pessoa pensa, né? Aí a mulher pode falar: fulano fica brocha, não fulano, não tem nada a ver uma coisa com a outra[...]
E12	[...] tô com esperança, Deus quis assim, vamos esperar nele não me abalei, não fiquei assustado, e esperar que Deus resolva, né, entregar pra ele e deixar o barco correr [...]
E17	Me deu é muita sede
E16	[...] porque o que aconteceu comigo não era pra ter acontecido, não era pra eu ter ficado doente, se eu tivesse me tratado, feito, curado, feito o exame de próstata há mais tempo, há mais tempo, mas as informações que eu tinha era tudo o contrário, informações erradas, né [...] Falavam que o médico ia mexer no anus da pessoa, que era muito degradante, e foi passando o tempo, o tempo foi passando, aí quando eu vi que, o câncer já tinha tomado conta [...]

ANEXO A - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 1(IAD1)

IAD1-1	Instrumento de Análise do Discurso 1: <i>Pergunta 1:</i>		
Entrevistado	Expressões Chave	Ideias Centrais	Agrupamento

ANEXO B - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 2 (IAD2)

IAD2-1

Instrumento de Análise do Discurso 2:

Pergunta 1:**Ideia Central A (Significado A)**

"XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX"

Entrevistado	Expressões Chave

Ideia Central B (Significado B)

"YYYYYYYYYYYYYYYYY"

Entrevistado	Expressões Chave