

**Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Lívia Alves Cinsa

**PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: representações sociais de homens que  
vivenciam ou vivenciaram o câncer de próstata**

**Juiz de Fora**

**2017**

Lívia Alves Cinsa

**PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: representações sociais de homens que  
vivenciam ou vivenciaram o câncer de próstata**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Girlene Alves da Silva

**Coorientador:** Maximiliano Ribeiro Guerra

**Juiz de Fora**

**2017**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cinsa, Livia Alves.

Processo saúde-doença: representações sociais de homens que vivenciam ou vivenciaram o câncer de próstata / Livia Alves Cinsa. – 2017.

110 f.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Coorientador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Pesquisa Qualitativa. 2. Saúde do Homem. 3. Câncer de Próstata . I. Silva, Girlene Alves da , orient. II. Guerra, Maximiliano Ribeiro , coorient. III. Título

LÍVIA ALVES CINSA

**PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: representações sociais de homens que  
vivenciam ou vivenciaram o câncer de próstata**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Girlene Alves da Silva  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Elaine Teixeira Rabello  
Universidade do Estadual do Rio de Janeiro

---

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## AGRADECIMENTOS

De forma especial, agradeço aos meus pais, Onofre e Sílvia, pelo carinho, amor e compreensão, além do apoio incondicional, e por incentivarem todos os meus passos dados e apoiarem todas as minhas decisões, dando suporte para realização dos meus sonhos. Pelo incentivo constante para minha vida acadêmica e pelo amparo que me deram para concluir essa etapa em minha vida e por acreditarem na minha vitória.

As minhas irmãs, Laetitia e Sara, pelo apoio, carinho e companheirismo sempre. Pela cumplicidade, incentivo, conversas, cuidado e sempre me impulsionando a ser uma pessoa melhor.

Ao meu namorado, André, pelo carinho, amizade e compreensão e por sempre estar ao meu lado e por saber como ninguém me consolar e compreender os momentos de ausência e cansaço.

Aos amigos que nunca estiveram ausentes e sempre me apoiaram. Em especial minha pequena grande amiga Andreia, pelas conversas intermináveis, pelas trocas de experiências e incentivo para a realização do mestrado. Agradeço também as novas amizades construídas nessa trajetória pelo companheirismo e alegria do convívio.

Aos amigos da USAFA Caiçara, pelo apoio, companheirismo e incentivo criando condições para que eu pudesse realizar esse trabalho, em especial a Alexandra por sua disposição em me ajudar, pelas confidências, pelo carinho, enfim por sua amizade.

À minha orientadora, Girlene Alves da Silva, pelo exemplo de professora, agradeço pela paciência, incentivo e trocas de conhecimentos para a elaboração desta monografia.

Ao meu coorientador Maximiliano Ribeiro Guerra, pela orientação e seu apoio neste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF e seu corpo docente pela oportunidade de crescimento tanto profissional quanto pessoal, por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas também a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação

profissional, não somente por terem me ensinado, mas também por terem me feito aprender, despertando-me para a construção de um saber científico mais crítico e reflexivo para que eu possa tomar decisões relevantes perante a sociedade.

Às professoras Elaine Teixeira Rabello, Elenir Pereira de Paiva e Maria Carmen Simões Cardoso de Melo por aceitarem prontamente o convite e fazerem parte da banca para minha qualificação e pelas pertinentes sugestões, comentários e contribuições que trouxeram em suas reflexões.

Agradeço também, aos colegas da Prefeitura Municipal de Praia Grande em especial aos colegas da Atenção Primária à Saúde que colaboraram no acesso aos sujeitos deste estudo.

Aos homens que tive a oportunidade de conhecer ao longo desse percurso que confiaram em mim suas vivências perante o câncer de próstata e possibilitaram a realização desta dissertação.

Enfim, a todos que, de uma forma ou de outra, estiveram ao meu lado e que contribuíram para que esta conquista se tornasse uma realidade, o meu sincero MUITO OBRIGADA!

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos. ”*

(Tempo de Travessia, Fernando Pessoa)

# **PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS QUE VIVENCIAM OU VIVENCIARAM O CÂNCER DE PRÓSTATA**

Lívia Alves Cinsa

**Orientador:** Girlene Alves da Silva

**Coorientador:** Maximiliano Ribeiro Guerra

## **RESUMO**

O câncer é uma das doenças mais complexas a serem abordadas, dado a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Nesse contexto, com vistas a contribuir para a problematização do discurso sobre saúde e doença diante do adoecer pelo câncer de próstata, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as representações sociais sobre o processo saúde-doença na perspectiva de homens que vivenciaram o adoecimento pelo câncer de próstata. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual utiliza como aporte conceitual a Teoria das Representações Sociais. Foi realizada com 21 participantes diagnosticados com câncer de próstata. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, sendo realizada nas Unidades de Saúde da Família de Praia Grande - SP. Para analisar os resultados, selecionou-se o método de análise temática proposto por Bardin (2011). Através da análise de conteúdo, emergiram as seguintes categorias: Representações sobre o que é saúde por homens que vivenciaram o câncer de próstata; Câncer de próstata: Representações sobre a doença e a descoberta; Homens tecendo representações sobre o tratamento para o câncer de próstata; A relação estabelecida pelos homens com câncer de próstata e os serviços de saúde. A primeira categoria teve como evocações: viver com qualidade de vida, desfrutar da vida, responsabilidade individual, capacidade para o trabalho e estilo de vida. Para a segunda categoria foram: conceitos de próstata, busca de conhecimento sobre a doença em livros e internet, a associação da gravidade da doença ao uso de metáforas, a utilização de religião, espiritualidade e apoio familiar como recursos socioemocionais, referência nas ideias de normal e patológico para ajudar na compreensão do quadro, perda da autonomia, participação em ações de prevenção, à associação do mesmo à dor física e a exames desconfortáveis. Quanto a terceira categoria as representações atreladas foram a relação entre cirurgia e fim da vida sexual, disfunção erétil e complicações urinárias e as consequências da radioterapia, enfraquecimento e debilidade. E para a última categoria as relações evocadas foram a relação de vínculo com APS, demora para acesso a nível especializado e exames laboratoriais e atendimento de maior qualidade nos serviços especializados. A partir da análise das categorias elencadas, foi possível evidenciar que o adoecimento pelo câncer de próstata está diretamente relacionado com a forma como o indivíduo com a doença percebe suas atitudes e consequências no meio social. Foi compreendido o contexto no qual se dá o adoecimento pelo câncer prostático e suas formas de enfrentamento, possibilitando esclarecer o processo pelo qual os homens pensam sobre sua saúde e doença, contribuindo desta forma, para ajudá-lo a viver a experiência do adoecimento, para obter melhorias na assistência às práticas em saúde.

Palavras Chaves: 1. Pesquisa Qualitativa. 2. Saúde do Homem. 3. Câncer de Próstata

# HEALTH AND DISEASE PROCESS: SOCIAL REPRESENTATIONS OF MEN WHO LIVING OR LEARNING THE PROSTATE CANCER

Lívia Alves Cinsa

**Advisor:** Girlene Alves da Silva

**Coorientador:** Maximiliano Ribeiro Guerra

## ABSTRACT

Cancer is one of the most complex diseases to be addressed given its epidemiological, social and economic magnitude, and prostate cancer is considered a cancer of the elderly. In order to contribute to the problematization of health and disease discourse in the face of prostate cancer, this study aimed to analyze the social representations about the health-disease process from the perspective of men who had experienced prostate cancer. It is a qualitative research that uses as conceptual contribution the Theory of Social Representations and was performed with 21 participants diagnosed with prostate cancer. Data were collected through a semistructured interview, performed at the Family Health Units of Praia Grande - SP. To analyze the results, we selected the thematic analysis method proposed by Bardin (2011). Through the analysis of content emerged the following categories: Representations about what is health by men who experienced prostate cancer; Prostate Cancer: Representations of disease and discovery; Men weaving representations about treatment for prostate cancer; The relationship established by men with prostate cancer and health services. The first category had as evocations: living with quality of life, enjoying life, individual responsibility, ability to work and lifestyle. For the second category were: concepts of prostate, search for knowledge about the disease in books and the internet, an association of disease severity with the use of metaphors, a use of religion, spirituality and family support as socioemotional resources, reference in the ideas of normal and pathological, to help in understanding the picture, loss of autonomy, participation in prevention actions and in association for physical and uncomfortable exams. As for the third category as representation coupled with a relationship between surgery and end of sexual life, erectile dysfunction and urinary complications and as a consequence of radiotherapy, weakening and weakness. And for the last category as evoked relations were the relation of link with APS, delay for access to specialized level and laboratory examinations and service of higher quality in the specialties of services. From the analysis of the categories listed, it was possible to show that prostate cancer is directly related to the way as the men diagnosed with prostate cancer perceives their attitudes and consequences in the social environment. Understanding the context in which prostate cancer develops and its ways of coping, makes possible to clarify the process by which men think about their health and their illness, thus helping to live the experience of illness, to obtain Improvements in care and guidance in health practices

Keywords: 1. Qualitative Research. 2. Human health. 3. Prostate Cancer

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AUA	Associação Americana de Urologia
CaP	Câncer de próstata
CBRS	Conferência Brasileira sobre Representações Sociais
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
HBP	Hipertrofia Benigna da Próstata
HND	História Natural das Doenças
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNCCP	Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata
RS	Representação social
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
	OBJETIVO .....	19
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	20
2.1	PROCESSO SAÚDE DOENÇA .....	20
2.2	CÂNCER DE PRÓSTATA .....	24
2.2.1	<b>Definição e fatores de risco para o câncer de próstata</b> .....	24
2.2.2	<b>Detecção precoce e estratégias de diagnóstico para o câncer de próstata</b> .....	27
2.2.3	<b>Tratamento para câncer de próstata</b> .....	31
2.2.4	<b>Políticas e ações de prevenção e controle para o câncer de próstata</b> .....	32
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	37
3.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	37
<b>4</b>	<b>O DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO</b> .....	43
4.1	O MÉTODO PARA O ESTUDO .....	43
4.2	O CENÁRIO .....	44
4.3	OS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	45
4.4	A ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS .....	46
4.5	A ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PARA A ANÁLISE .....	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	49
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	50
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	50
5.2	REPRESENTAÇÕES SOBRE O QUE É SAÚDE POR HOMENS QUE VIVENCIARAM O CÂNCER DE PRÓSTATA .....	53
5.3	CÂNCER DE PRÓSTATA: REPRESENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA E A DESCOBERTA .....	58
5.4	HOMENS TECENDO REPRESENTAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA .....	73
5.5	A RELAÇÃO ESTABELECIDADA PELOS HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	79
5.5.1	<b>A atenção primária à saúde</b> .....	80
5.5.2	<b>Serviços especializados em oncologia</b> .....	84

<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>104</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>106</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O perfil demográfico e epidemiológico no Brasil vem sofrendo mudanças, que basicamente incorporam-se o aumento tanto da morbidade quanto da mortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas. A transferência da carga de morbimortalidade da população mais jovem para a mais idosa está ocasionando um grupo populacional com características peculiares e novos problemas ligados ao envelhecimento, além da transformação de uma situação em qual a mortalidade era predominante, passando para a maior prevalência da morbidade, quando tem gerado grandes impactos para o sistema de saúde (BRASIL, 2011; OMS, 2015).

A nova característica da sociedade brasileira se dá, entre outros fatores, pelo processo de urbanização populacional, pela industrialização e pelos avanços da ciência e da tecnologia que, de modo geral, expõem os indivíduos a fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos) resultantes de novos estilos de vida adotados em relação ao trabalho, à alimentação e ao consumo (BRASIL, 2011).

O prolongamento da expectativa de vida e envelhecimento da população, associado à transformação nas relações entre as pessoas e seu ambiente, trouxe uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência de patologias infectocontagiosas e colocando as afecções crônico-degenerativas como novo centro de atenção dos problemas de adoecimento e morte da população brasileira (BRASIL, 2005).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são enfermidades que se instalam no organismo sem que o indivíduo perceba e demoram muitos anos para se manifestarem. Normalmente não há cura, pois, as lesões causadas são irreversíveis e podem evoluir para complicações com graus variáveis de incapacidade ou morte (INCA, 2013).

O câncer está entre as DCNT, sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil e se encontra entre um dos mais complexos agravos a serem abordados no sistema de saúde brasileiro dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica (BRASIL, 2011).

A estimativa para 2016/2017 é da ocorrência de aproximadamente 600 mil novos casos de câncer no Brasil. O câncer de pele do tipo não melanoma (180 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelo tumor da próstata (61 mil) INCA (2015).

Sua distribuição epidemiológica no país sugere uma transição em andamento, que envolve um aumento dos tipos de câncer associados ao melhor nível socioeconômico como o câncer de mama, de próstata e colón e reto e, simultaneamente, a presença de taxas de incidência elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza, tais como câncer do colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral (BRASIL, 2011).

O termo câncer é utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tendem a invadir outras estruturas orgânicas de modo a prejudicar o funcionamento de tecidos e órgãos, fato que o classifica como uma neoplasia maligna (BRASIL, 2011; OMS, 2015).

Tem como característica ser de ataque rápido, mas normalmente, passam vários anos até que ocorra a proliferação e uma célula cancerosa original inicie a doença. Seu processo se dá com a alteração dos genes celulares que ficam predispostos a desencadear uma neoplasia. Com a atuação de fatores causadores do carcinoma em decorrência de condições multifatoriais, começa a multiplicação celular até que se forme um tumor. Esse período pode demorar muitos anos devido à presença do fator causador que necessita ter exposição longa e constante para vencer as barreiras do sistema imunológico (OMS, 2015).

A metástase é a última fase dessa patologia, sendo a principal causa de morte por câncer. Desse modo, afastar-se dos fatores causadores e agravantes do câncer contribui para a interrupção do desenvolvimento da doença e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (OMS, 2015).

As necessidades geradas pelas pessoas que vivenciam o processo de adoecimento pelo câncer despertaram-me a atenção ainda quando aluna da graduação do curso de enfermagem. Sua abordagem nas disciplinas teóricas e práticas durante a graduação ampliaram minha vontade de conhecer mais e pesquisar sobre este assunto. Na ocasião, tive oportunidade de participar de um projeto de extensão que abordava a temática do câncer, o qual me possibilitou conhecer o relato de experiências vivenciadas por pessoas com o diagnóstico da doença. Este fato me

oportunizou maior aproximação com a temática do câncer e, posteriormente, conclui minha graduação com um trabalho de conclusão de curso relacionado ao câncer.

Após a graduação, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto, com ênfase em doenças crônicas degenerativas, e essa experiência me posicionou diante de uma realidade na qual pude perceber uma diferença nas ações de controle do câncer em relação aos gêneros. As ações estavam mais voltadas para a saúde da mulher e, no que se refere à saúde do homem, poucas ações adequadas eram desenvolvidas nos serviços em saúde, sendo estas de maneira muito discreta e pontual, basicamente a campanha de detecção do câncer de próstata (CaP) que ocorre anualmente no mês novembro.

Ao ingressar no mercado de trabalho em um serviço no sistema público de saúde, localizado em um município na baixada santista, tive a oportunidade de trabalhar no campo da Atenção Primária à Saúde (APS). E, assim, pude perceber que a maior parte de atendimentos na atenção primária privilegiava grupos populacionais considerados mais vulneráveis através de ações programáticas focadas na saúde da mulher, do idoso e da criança, por meio de medidas de prevenção e campanhas de autocuidado, com pouca atenção à saúde do homem. Esta se encontrava distribuída em outros programas de atenção à saúde direcionados a grupos específicos, como os voltados para os cuidados da diabetes, da hipertensão arterial, da saúde mental, entre outros programas desenvolvidos nas unidades básicas de saúde.

Desta forma ao ponderar a saúde do homem no sistema público de saúde, deparei-me com uma abordagem que não contempla suficientemente suas especificidades e relevâncias, ocasionando um seguimento negativo do seu atendimento nos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com uma necessidade de melhorar o atendimento aos usuários do gênero masculino.

A saúde do homem vem ganhando realce timidamente e algumas iniciativas dos órgãos federais têm demonstrado a importância de se estudar e pensar em estratégias que tenham como foco o gênero masculino. Torna-se essencial oferecer formas de atendimento mais inovadoras para os serviços de saúde, que devem ver o homem de forma holística e que, através de um atendimento eventual para algum problema de saúde, este possa ser bem acolhido. Deve-se refletir sobre a importância de realizar um acompanhamento na unidade de saúde como forma a estimulá-lo a cuidar de si mesmo e a adotar medidas de prevenção para evitar futuros agravos a sua saúde, visto que o acolhimento adequado contribui para garantir acesso universal,

resolutividade e humanização do atendimento ao gênero masculino (COUTO,2009; BERTOLINI, 2010).

A estruturação de políticas de saúde direcionadas à saúde do homem no Brasil torna-se um desafio na área de saúde pública devido aos fatores agravantes relacionados ao gênero masculino. Entre as diferenças de morbi-mortalidade relativas ao gênero, tem-se que os homens morrem mais cedo, vivem em média sete anos menos do que as mulheres e apresentam como principal causa de morte as causas externas, além de serem mais suscetíveis às doenças cardiovasculares, oncológicas, diabetes, colesterol e hipertensão arterial e também exibirem maior tendência à obesidade, sendo que a maioria não pratica atividade física regularmente (BRASIL, 2009; OPAS, 2015).

Os homens procuram menos os serviços de saúde, deixando de lado a atuação para os cuidados com a promoção da saúde e prevenção de doenças (TRAVASSOS, 2002; VIEIRA, 2013). Este fato incorre em um problema de saúde pública, pois o acesso dos homens está ocorrendo através da assistência especializada, o que acaba por contribuir para o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS (BRASIL, 2009; VIEIRA, 2013).

As causas da baixa adesão da população masculina aos cuidados primários de saúde têm como principais determinantes as barreiras institucionais e socioculturais. Compreender estas barreiras torna-se relevante para a apresentação de medidas estratégicas que venham a promover o acesso dos homens na APS, a fim de resguardar a prevenção e a promoção da saúde como eixos necessários e fundamentais de intervenção nesse contexto (BRASIL, 2009).

O acesso dos homens aos serviços de saúde não ocorre de forma equitativa com os demais segmentos populacionais, visto que, para as mulheres, crianças e idosos, já existem ações programáticas desenvolvidas (VIEIRA, 2013).

Além dos serviços não absorverem as demandas apresentadas pelos homens, estes, de acordo com Gomes *et al* (2007) percebem a atenção básica como um espaço feminilizado, frequentado basicamente por mulheres, com equipes formadas em sua maioria por profissionais do sexo feminino, com programas destinados às mulheres e mutirões indicados a realizar exames de prevenção para câncer de mama ou do colo do útero. Ao passo que nenhum programa ou atividade é voltado para a atenção aos homens, o que contribui também para agravar a perspectiva da integralidade da atenção (COUTO, 2010).

A resistência masculina à APS aumenta a sobrecarga financeira da sociedade e também o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, que lutam pela conservação da saúde e da qualidade de vida dos homens presentes em seu convívio. A não adesão às medidas de cuidados com a saúde desse grupo específico está fortemente relacionada às variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino (BRASIL, 2009).

A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica, assim prevalece a crença de que são fortes e invulneráveis às enfermidades. Os homens têm dificuldade em se reconhecerem doentes e possuem o medo da descoberta de alguma patologia grave, assim o não saber é visto como fator de “proteção” (GOMES, 2007 *et al*; GOMES 2008; BRASIL, 2009).

Fatores como a possibilidade de ter que se submeter a algum tipo de tratamento, a vergonha em realizar procedimentos clínicos, como no caso do toque retal para a prevenção do CaP, a exposição de seu corpo a um profissional da saúde, a não identificação com os programas ofertados pelos serviços de saúde e a falta de uma cultura de prevenção que estime o autocuidado contribuem para que os homens se tornem mais vulneráveis (GOMES, 2008).

Os homens procuram atendimento, na maioria das vezes, quando seu estado de saúde já se encontra mais agravado, seu quadro de dor se torna insuportável e quando alguma patologia os impede de trabalhar, o que reflete na superestimação da atenção curativa no gênero masculino (GOMES, 2011).

Os tratamentos crônicos ou de longa duração são os que apresentam menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande comprometimento do paciente que, em certas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir sua terapêutica. Isso também é válido para ações de promoção e prevenção à saúde que requerem muitas vezes mudanças de comportamento (BRASIL, 2009).

Dentre as DCNT, a mortalidade por câncer tem apresentado níveis crescentes no país nas últimas décadas. A neoplasia da próstata atinge grande parte da população masculina e, mesmo assim, ainda é um tema que enfrenta muitas barreiras. De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (2009), somente 34% dos homens no Brasil vão anualmente ao urologista.

A análise de tendência da mortalidade realizada no período entre 1980 e 2006 indicou que, as taxas de mortalidade por câncer de pulmão, próstata e colorretal, ajustadas por idade segundo a população-padrão mundial, estão aumentando (BRASIL, 2011). As neoplasias representam a segunda maior causa de morte no Brasil, sendo superadas somente pelos óbitos decorrentes de doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2015).

A neoplasia da próstata apresenta uma taxa de incidência cerca de seis vezes maior nas nações desenvolvidas quando comparadas às em desenvolvimento. O aumento de incidência no Brasil pode se justificar pelo progresso dos métodos diagnósticos, pela qualidade dos sistemas de informação do país, pelo aumento na expectativa de vida da população e devido ao sobre diagnóstico em função da disseminação do rastreamento do CaP com antígeno prostático humano (PSA) e toque retal. (INCA, 2015; OMS, 2015).

Para o estado de São Paulo e sua capital, são esperados 51.400 novos casos de câncer, excetuando o câncer não melanoma, segundo sexo e localização primária para o gênero masculino. Destes, 12.730 (24,7%) representam câncer de próstata (INCA, 2015). Em 2013, a macrorregião Sudeste estimou que 48% dos casos novos seria por sete tipos de câncer passíveis de ações preventivas e/ou detecção precoce, o que torna possível o controle da mortalidade por essa causa básica (MINAS GERAIS, 2013).

De acordo com o Atlas On-line de Mortalidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre 2009 e 2013 as taxas brutas de mortalidade por câncer de próstata, por 100.000 homens, pelos municípios da regional de saúde da Baixada Santista do estado de São Paulo, o município de Praia Grande apresentou uma taxa bruta de 17,74, ficando atrás apenas dos municípios de Santos com 28,11 e Peruíbe 20,49.

O conhecimento sobre as causas de tumores malignos e intervenções para prevenir e controlar a doença é extenso e complexo. O câncer pode ser reduzido e controlado através da implementação de estratégias baseadas em evidências para a prevenção, detecção precoce e tratamento de pacientes com câncer. Muitos tipos de câncer têm uma alta chance de cura se detectados precocemente e tratados adequadamente (OMS, 2015)

Torna-se relevante priorizar as linhas de cuidados com vistas à promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, diagnóstico precoce e início do tratamento

antineoplásico nas fases iniciais da doença, para que assim, se possa contribuir de forma a mudar positivamente o cenário da mortalidade estimada para as neoplasias.

Assim, considerando a saúde do homem como uma temática emergente dentro da perspectiva da Política Nacional de Saúde, as experiências anteriormente vividas relacionadas à temática do câncer e os cuidados observados no cotidiano da minha prática de cuidar como profissional de saúde na APS, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais as informações e representações os homens que passaram pela experiência do CaP possuem sobre esta neoplasia e quanto a adoecimento e saúde?

Tais questões surgiram no intuito de buscar subsídios para repensar a atuação da equipe multiprofissional que trabalha na APS, de forma a potencializar as Unidades de Saúde da Família (USAFA) como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil. Devido a territorialização como estratégia central, o paciente que foi diagnosticado com CaP independente do estadiamento da sua doença, tem na USAFA a sua referência para o cuidado, o que garante a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, além deste ser um ambiente que propicia a relação de vínculo, de afetividade e confiança entre os usuários e os profissionais.

Diante do exposto, motivei-me a desenvolver essa investigação que tem como objeto de estudo a representação social sobre o processo saúde-doença sob a perspectiva de homens que vivenciaram o câncer de próstata.

Desta forma, a escolha de referenciar o estudo a partir da Teoria das Representações Sociais (TRS) se deu pelo fato de esta possibilitar o entendimento de significados sobre os conhecimentos de homens que vivenciaram o adoecer pela neoplasia da próstata, de forma a analisar seu contexto sociocultural, sua comunicação interindividual, seus valores, suas atitudes perante esta patologia e seus hábitos de vida relacionados à saúde. Pretende-se, assim, oportunizar a investigação sobre o processo de formação da representação e suas eventuais transformações, partindo da percepção desse homem, de forma a abordar a difusão do saber e as mudanças de um tipo de conhecimento para outro (DE SÁ, 1998).

Compreender o contexto no qual se dá o adoecimento pela neoplasia da próstata e suas formas de enfrentamento possibilitará esclarecer o processo pelo qual os homens pensam sobre sua saúde e sua doença, além de possibilitar outras maneiras de assistir o paciente, orientar as práticas em saúde, ajudar a viver a

experiência do adoecimento e a responder de forma positiva à doença ou às reações decorrentes dela.

Para os profissionais atuantes na área da saúde, a reflexão crítica dos conceitos de saúde e doença torna-se relevante para a formação e prática profissional por reconhecerem a historicidade, as mudanças e os limites dos saberes hegemônicos.

No campo da Saúde Coletiva, trata-se de uma temática que desperta interesse nos pesquisadores dessa área pois, as discussões, as análises e as propostas retificadoras dos saberes e modelos de intervenção continuam desafiadores e, assim, vem-se buscando construir saberes e práticas através dos determinantes socioculturais e econômicos dos processos de saúde-doença-cuidado.

Para a investigação do objeto desse estudo, elaborou-se os seguintes objetivos:

#### Objetivo geral

Analisar as representações sociais sobre o processo saúde-doença na perspectiva de homens que vivenciaram o adoecimento pelo câncer de próstata

#### Específicos

- Identificar conhecimentos, atitudes, hábitos de vida relacionados à saúde, vivenciados pelos homens que tiveram diagnóstico de câncer de próstata.
- Conhecer as representações sociais de homens que vivenciaram o câncer de próstata sobre a situação de adoecimento.
- Caracterizar as representações sociais de homens que vivenciaram o câncer de próstata atendidos nas USAFAs sobre a resposta à sua necessidade de saúde.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Foram abordados dois eixos na revisão da literatura para sustentar a presente investigação, a saber: processo saúde-doença e câncer de próstata. A escolha do primeiro eixo se deu por esse fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população e considerar que ambas estão interligadas e são consequência dos mesmos fatores, tornando-se relevante no campo da representação social (RS) por fundamentar as práticas e atitudes de seus atores em seu contexto social.

O segundo eixo foi definido por dar subsídio ao problema de investigação do presente trabalho de modo a compreender o estado atual dos conhecimentos sobre o câncer de próstata, suas lacunas e contribuir para o desenvolvimento da compreensão do contexto vivenciado pelos homens que passaram por essa neoplasia.

### 2.1 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A evolução nos campos econômico, político, social e cultural, que vem ocorrendo no mundo, produziu alterações significativas para a vida em sociedade. A saúde, como esfera da vida em toda sua diversidade e singularidade, também fez parte do desenrolar das mudanças da sociedade. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários (BRASIL, 2002).

O sistema envolvendo saúde e doença recebeu diferentes teorias interpretativas no decorrer da história como consequência da atividade racional do ser humano na busca de inferências causais para a doença. Essas teorias podem ser consideradas como expressões de determinadas maneiras de pensar o mundo e traduzem projetos filosóficos diversos, quando não antagônicos, o que irá depender da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas (DE CAMPOS OLIVEIRA e EGRY, 2000; SCLIAR, 2007).

Na antiguidade predominava a visão mágico-religiosa sobre a saúde e a doença. Os povos da época concebiam as causas das doenças como derivadas tanto

de elementos naturais como de espíritos sobrenaturais, acreditava-se que a saúde era dádiva e a doença, castigo dos deuses. A religião, nesse caso, era o ponto de partida para a compreensão do mundo e de como organizar o cuidado. (CRUZ, 2011; VIANNA, 2011)

A concepção processo saúde-doença evoluiu a partir das ideias defendidas por Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina moderna. Este médico estabeleceu a relação homem/meio com sua Teoria dos Humores na qual argumenta que os fatores ambientais eram relacionados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde-enfermidade. (SCLIAR, 2007; VIANNA, 2011)

Séculos mais tarde, as pessoas passaram a morar em comunidade, e a teoria miasmática tomou lugar. Presumia-se que os miasmas se originavam a partir de exalações de pessoas e animais doentes, emanações dos pântanos, de dejetos e substâncias em decomposição. Sua presença era detectada através do mau cheiro. Acreditava-se que ao impedir a propagação dos maus odores, seria possível prevenir ou evitar as epidemias (MARTINS e MARTINS, 2006)

A teoria dos miasmas perdeu força explicativa com a descoberta dos microrganismos (teoria microbiana) como causa das doenças. A teoria microbiana propunha que cada doença teria por agente causal um organismo específico, que poderia ser identificado, isolado e ter suas características estudadas. Esta descoberta contribuiu para a primeira revolução sanitária, dessa forma, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados e doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas (SCLIAR, 2007; CRUZ, 2011).

No final da década de 1970 começou a ganhar força a concepção de processo saúde-doença, como um seguimento sistêmico que parte do conceito de sistema, que incorpora a ideia de todo, de contribuição de diferentes elementos do ecossistema no processo saúde-doença, fazendo assim um contraponto à visão unidimensional e fragmentária do modelo biomédico (CRUZ, 2011).

Com a busca e o avanço no conhecimento das causas e determinações do processo saúde-doença houve enriquecimento de diferentes medidas de proteção à saúde e combate à doença, o que resultou na configuração da História Natural das Doenças (HND), conhecido como modelo processual dos fenômenos patológicos. Leavell e Clark (1976) foram os principais sistematizadores desse modelo de intervenção humana sobre o processo saúde-doença. Eles sistematizaram os

conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação no interior da HND. (ALMEIDA, 2002; GIOVANELLA, 2012).

A base conceitual do movimento da medicina preventiva surge sobre a tríade ecológica que define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio ambiente. O modelo da HND visa acompanhar o processo saúde-doença em sua regularidade, de modo a compreender as inter-relações do agente causador da doença, do hospedeiro da doença e do meio ambiente e o processo de desenvolvimento de uma doença (CRUZ, 2011; VIANNA, 2011).

O sistema de HND apresenta dois momentos sequenciais ao desenvolvimento do processo saúde-doença: o pré-patogênico ou período epidemiológico e o patogênico. O primeiro, diz respeito à interação entre os fatores do agente, do hospedeiro e do meio ambiente. As manifestações clínicas ainda não apareceram no indivíduo, mas as condições para o seu surgimento existem no ambiente ou na carga biológica da própria pessoa. O período patogênico corresponde ao momento quando o homem interage com um estímulo externo, e ocorrem transformações fisiopatológicas que apresentam sinais e sintomas, seus processos mórbidos são mais perceptíveis, tornando possíveis ações para evitar ou retardar a progressão do seu curso ao submeter-se a um tratamento (CRUZ, 2011; GIOVANELLA, 2012).

Os diversos momentos da história natural de uma determinada doença podem sofrer incidências de ações decorrentes das políticas e dos serviços de saúde. No período pré-patogênico predominam ações da atenção primária, no período patogênico predomina a atenção secundária e a recuperação de processos mórbidos, compreende a atenção terciária.

Nessa trajetória, o conceito de saúde sofreu várias mudanças. Para Nietzsche, a doença nos torna suscetíveis e aguçados para diferenciar o saudável e o patológico em nós mesmos, enquanto o saudável, na maior parte das vezes, apenas nos faz criticar aquele que se apresenta como doente e a eles mesmos enquanto enfermos. A doença seria um campo aberto para os caminhos do pensamento, do conhecimento, de um sentido que não se encontraria nos sujeitos repletos de uma saúde dominante (GIACOIA, 2005).

Canguilhem (2009) traz uma importante contribuição conceitual ao tratar o conceito de saúde de uma maneira diferente da concepção de saúde como oposto de doença. Ele afirma que é valendo-se da capacidade para tolerar as infidelidades e variações do meio que devemos pensar o conceito de saúde.

Canguilhem (2009) e Caponi (2000) consideram que, para a saúde, é necessário partir da dimensão do ser, pois é nele que ocorrem as definições do normal ou patológico. A doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adoecer.

“A necessidade de restabelecer a continuidade, para melhor conhecer, afim de melhor agir é tal que, levando-a às últimas consequências o conceito de doença se desvaneceria. A convicção de poder restaurar cientificamente o normal é tal que acaba por anular o patológico. A doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são, e torna objeto de estudo para o teórico da saúde”(CANGUILHEM, 2009, p. 12).

A OMS conceituou em 1947 saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, sendo esta uma definição válida oficialmente nos dias atuais. Porém muitos profissionais e pesquisadores da área da saúde classificam-na como utópica, não operacional e não refletia a realidade do processo social, caracterizando-a mais como uma declaração do que propriamente como uma definição (NARVAI *et al.*, 2008).

No Brasil, em 1986, foi desenvolvida a VII Conferência Nacional de Saúde, na qual, entre outras abordagens, foi discutido o tema saúde como direito e, dessa discussão resultou no seguinte conceito sobre saúde:

“...em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986).

Para Caponi (1997) saúde não pode ser concebida como um conceito científico determinado pelo Estado, pelos profissionais de saúde e pelo saber médico, e, sim, vulgar, ou seja, ao alcance de todos pois, a saúde implica uma experiência subjetiva vivenciada pelo sujeito, que não pode ser totalmente apreendida pelo conhecimento científico nem se pretender um conceito de valor universal.

De acordo com Laurell (1982), para se comprovar empiricamente o caráter histórico da doença deve-se analisar o seu processo na coletividade humana e não pelo estudo de suas características nos indivíduos. Para a autora a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, através dos estudos das doenças, mas no modo característico de adoecer e morrer nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem.

Dado que não se trata de qualquer grupo, mas um constituído em função de suas características sociais, colocado somente em segundo lugar as características biológicas. Desta forma, fica evidente a necessidade de se partir de uma teoria do social que nos ofereça os elementos teóricos para a construção dos grupos e desta maneira, nos permita compreender a dimensão social propriamente dita deste conjunto de indivíduos que, assim, deixam de ser entes biológicos justapostos (LAURELL, 1982).

Assim, Canguilhem (2009) expõe a oportunidade e a necessidade de trabalhar a questão da saúde através da participação de todos os usuários da saúde, que vivenciam a experiência do processo saúde e doença, na produção de conhecimento e nas intervenções sobre este processo.

## 2.2 CÂNCER DE PRÓSTATA

Para melhor explanação, este item foi subdividido em categorias, a saber: Definição e fatores de risco para o câncer de próstata; Detecção precoce e estratégias de diagnóstico para o câncer de próstata; Tratamento para o câncer de próstata; Políticas e ações de prevenção e controle do câncer de próstata.

### 2.2.1 Definição e fatores de risco para o câncer de próstata

A próstata é um órgão ímpar, pertencente ao aparelho genital masculino. Caracterizada por ser uma glândula com o tamanho e a forma de uma castanha, localizada na parte baixa do abdômen situando-se à frente do reto e abaixo do colo

da bexiga, circundando a uretra. A sua principal função é reprodutiva, sendo responsável pelo armazenamento e secreção do líquido prostático (ROLO, s/d.).

Anatomicamente a próstata é dividida em parte central e parte periférica e entre elas distingue-se uma região intermediária denominada zona de transição. Na próstata central, desenvolve-se a hipertrofia benigna da próstata (HBP), enquanto que na próstata periférica, tem origem o CaP. A zona de transição costuma ser local para o desenvolvimento da HBP, embora cerca de 5% dos cânceres da próstata se desenvolvam nesse local (ROLO, s/d.).

O desenvolvimento da próstata dá-se próximo ao terceiro mês de gestação. Desde a sua formação até a puberdade, praticamente não há mudança com relação ao seu tamanho. Quando começa o período da puberdade, a próstata passa por um rápido desenvolvimento, atingindo o peso de 20 gramas aproximadamente. Até à terceira década de vida continua a crescer de forma mais lenta, já na quinta década, na maioria dos homens, ocorre novamente um crescimento acelerado da próstata, que continua até a nona década. O crescimento prostático desenvolve-se às custas dos componentes básicos, glandular e estromal, com graus distintos de participação em cada indivíduo (ROLO, s/d.).

O CaP raramente causa sintomas precocemente, visto que a presença de sintomas sugere doença localmente avançada ou em fase de metástase. Os sinais e sintomas que podem ser observados pelos indivíduos são a demora em iniciar e finalizar o ato urinário e o frequente ato de urinar durante a noite (nictúria). Ocorre também a obstrução de ductos ejaculatórios ocasionando a hematospermia e a diminuição do volume ejaculatório (NELSON, 2008; BRASIL, 2010).

Tem-se como único fator de risco bem definido para o desenvolvimento do CaP a idade. Mais do que qualquer outro tipo, este é considerado um câncer da terceira idade, visto que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2014). Segundo a OMS, a incidência do câncer aumenta de forma relevante com o avanço da idade, possivelmente, devido ao acúmulo de risco durante a vida associado com a tendência de os mecanismos de controle celular serem menos eficazes com o envelhecimento do indivíduo.

A predisposição familiar da doença e a dieta também são consideradas fatores de risco. História familiar de pai ou irmão com CaP antes dos 60 anos de idade é um marcador de importância, podendo refletir tanto características hereditárias quanto estilos de vida compartilhados entre os membros da família, além, de quando

comparado à população em geral, aumentar o risco de 3 a 10 vezes o risco de obter tal neoplasia (BRASIL, 2002).

A etnia também é considerada como um fator de risco para CaP, visto que a taxa de detecção para esta neoplasia estratificada pela etnia é duas vezes mais comum em indivíduos afrodescendentes do que em não afrodescendentes. Os estadunidenses, jamaicanos e caribenhos com genealogia africana apresentam as mais elevadas taxas de incidência do CaP do mundo (ROMERO *et al*, 2012, ROMERO,2013; OLIVEIRA, 2014; INCA, 2014).

A prevalência do CaP em população brasileira varia de acordo com a cor da pele. Ao considerar a ancestralidade associada ao CaP, dados epidemiológicos apontam que esta neoplasia se torna mais frequente e mais agressiva entre afrodescendentes se comparado aos caucasianos com a mesma idade. (ANTONOPOULOS, 2002; HOWLADER, 2012). Um estudo realizado por Romero *et al* em 2012 demonstrou haver maior prevalência de CaP em homens negros em comparação com homens brancos ou pardos, sendo de 9,6% entre negros e de 5,6% entre brancos, visto que a prevalência de CaP é semelhante entre pardos e brancos.

Dietas ricas em gordura animal, carne vermelha, embutidos e cálcio têm sido associados ao aumento no risco de desenvolver CaP. Além disso, o consumo de alimentos de alto índice glicêmico está relacionado com a excessiva ingestão alimentar e, conseqüentemente, com o excesso de peso e obesidade, fato que também contribui para o aumento do risco de desenvolver essa neoplasia (PEREIRA, 2011; BRASIL, 2002).

Estudos implicam carcinógenos alimentares, tais como as aminas heterocíclicas de carnes cozidas e hormônios esteroides sexuais, principalmente estrogênios, como candidatos etiológicos para o CaP. Cada um age por causar danos em células epiteliais, desencadeando uma resposta inflamatória que pode evoluir para uma condição crônica ou recorrente. Esse ambiente aparece para desenvolver a atrofia inflamatória e lesões proliferativas. Este tipo de atrofia representa a primeira das lesões precursoras para CaP (NELSON, 2014).

Torna-se importante a mudança das práticas de culinária para limitar a incidência de câncer, com o aumento da ingestão de vegetais *in natura* para reduzir substâncias cancerígenas e com o aumento da ingestão de micronutrientes anti-inflamatórias e antioxidantes para atenuar a inflamação da próstata, de forma a contribuir para a redução da carga social de CaP (NELSON, 2014).

Outros fatores descritos em alguns estudos como associados ao CaP incluem o “fator de crescimento correlativo à insulina”, consumo excessivo de álcool, tabagismo e a vasectomia (INCA, 2012). Assim, percebe-se a necessidade de aumentar esforços para a conscientização dos fatores associados para o desenvolvimento dessa neoplasia, pois habitualmente os homens não tem percepção destas associações.

### **2.2.2 Detecção precoce e estratégias de diagnóstico para o câncer de próstata**

A detecção precoce objetiva estimular a conscientização dos sinais precoces de problemas de saúde e rastrear pessoas sob risco, de forma a identificar um problema de saúde em sua fase inicial, se essa detecção precoce traz mais benefícios que prejuízos aos indivíduos. Ela baseia-se no princípio de que algumas patologias têm chances maiores de cura, sobrevida e/ou qualidade de vida do indivíduo quando diagnosticadas o mais cedo possível (BRASIL, 2010).

Para detecção precoce de um câncer há duas diferentes estratégias: uma destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença (diagnóstico precoce) e outra voltada para população assintomática e aparentemente saudável (rastreamento) (BRASIL, 2010).

Desta forma, diagnóstico precoce são ações designadas a detectar a doença em seu estágio inicial a partir de sinais clínicos e/ou sintomas. Além de contribuir para redução da morbidade associada ao itinerário da doença e diminuir custos do sistema de saúde referentes ao tratamento das doenças. Para as neoplasias, o diagnóstico precoce atua como uma estratégia que proporciona terapias mais simples e efetivas, ao contribuir para a redução do estágio no qual se encontra o câncer (BRASIL, 2010).

O rastreamento é a realização de testes ou exames diagnósticos para identificação de indivíduos que não apresentam sintomas, mas apresentam a doença. Visa contribuir para a prevenção secundária e para o controle dos riscos, tendo como objetivo diminuir os índices de morbimortalidade para tal enfermidade.

Para a oncologia, o rastreamento propõe identificar os indivíduos com anormalidades sugestivas de um câncer específico ou pré-câncer e encaminhá-los brevemente para o tratamento ou quando viável para o diagnóstico e tratamento. Os

programas de rastreio são especialmente eficazes para os tipos de câncer mais frequentes para os quais testes de triagem acessíveis e de baixo custo estão disponíveis para a maioria da população em risco (BRASIL, 2010; OMS, 2015)

A triagem para o CaP tem uma história relativamente longa em comparação com muitos outros tipos de câncer. O exame de toque retal permaneceu como a ferramenta de seleção padrão para CaP por décadas. Antes da década de 1980, o CaP era geralmente identificado e associado a sintomas do trato urinário inferior, consistindo de disúria, fluxo lento, frequência urinária, retenção, dor nas costas ou dor no quadril, hematúria, dor na bexiga, prisão de ventre e dor retal ou perineal, ocasionando um diagnóstico equivocado. (BARNES, 1940; HILTON *et al*, 2012).

O exame retal é utilizado para avaliar o tamanho e a consistência da próstata no sentido de verificar a presença de nódulos, sendo o teste mais utilizado para o CaP e se tornando indispensável para avaliar o risco individual e auxiliar no diagnóstico e estadiamento do câncer, e para definir o tratamento (NELSON, 2008; BRASIL, 2002; OJEWOLA, 2013).

Entretanto o toque retal apresenta limitações, uma vez que somente as porções posterior e lateral da próstata podem ser palpadas, deixando 40% a 50% dos tumores fora do seu alcance. Áreas da glândula que se apresentam endurecidas ou irregulares e sugerem CaP também podem indicar outras patologias tais como HBP ou cálculos prostáticos ou inflamação prostática (principalmente a prostatite granulosa), além de ser dependente do examinador, o que pode levar a falhas para o diagnóstico de neoplasia prostática (BRASIL, 2002; NELSON, 2008; SROUGI, 2015).

Na década de 1970, foi descrito o PSA, mas só foi aprovado pelo *Food and Drug Administration* para monitorar a progressão do CaP em 1986 e para o rastreio em 1992. A introdução do teste de PSA levou a uma profunda mudança na detecção de CaP, ocasionando alterações simultâneas na prática e na tecnologia bem como uma melhor compreensão da aplicação do PSA, fato que contribuiu para melhorar a avaliação clínica dos pacientes (NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010; HILTON, 2012).

O PSA é uma glicoproteína sintetizada nas células epiteliais do tecido prostático e não especificamente pela célula cancerosa. O aumento do nível sérico do PSA ocorre devido à perda da arquitetura celular e liberação das moléculas de PSA na corrente sanguínea. Logo, a dosagem do PSA pode estar alterada em outras patologias que não o câncer, como trauma, infecções, HPB, retenção urinária etc. (NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

Apesar da dosagem do PSA ter surgido como teste promissor na detecção precoce do câncer da próstata, sua relação custo-benefício deve ser cuidadosamente avaliada. Um dos problemas encontrados está na dificuldade da avaliação da sensibilidade e especificidade do teste, visto a falta de conformidade sobre o ponto de corte ideal e clinicamente significativo, com autores preconizando valores que vão de 3 a 10 ng/ml. Estudos que estimaram seu valor preditivo positivo apontam para valores em torno de 28%, o que significa que cerca de 72% dos pacientes com dosagem do PSA alterada podem ser submetidos a biópsias desnecessárias (BRASIL, 2002).

O nível sérico do PSA também pode ser influenciado por fatores étnicos, idade e índice de massa corpórea. De modo geral, homens negros sem CaP têm níveis mais elevados do PSA que os brancos, assim como pacientes obesos têm níveis plasmáticos menores. O volume prostático aumenta com a idade, portanto, os valores do PSA tendem a aumentar paralelamente (NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

A dosagem do PSA total não é indicada quando usada de forma isolada como fator preditivo da extensão tumoral na glândula prostática ou da presença de metástases, mas contribui com informações relevantes que podem auxiliar no momento da decisão da terapêutica a ser empregada. Assim, quanto mais alto o valor do PSA, maior a chance de doença localmente avançada ou disseminada. Esse fato tem grande impacto para a tomada de decisão terapêutica e no prognóstico da doença (NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

Atualmente a mídia se mostra interessada sobre o CaP, assim como existe um grande apelo para a incorporação de um programa nacional voltado para o rastreamento dessa neoplasia. Ao adotar estas ações como estratégia de saúde pública, é importante se basear em evidências científicas de qualidade sobre possíveis benefícios e danos associados a essa intervenção (BRASIL, 2002, 2010).

O benefício que se espera é a redução na mortalidade pelo CaP, enquanto que os malefícios incluem resultados falso-positivos, infecções e sangramentos resultantes de biópsias, ansiedade e preocupação associados ao sobrediagnóstico de câncer e danos resultantes do sobretratamento de cânceres que nunca iriam evoluir clinicamente (BRASIL, 2010).

O INCA mantém a recomendação de que não se organizem ações de rastreamento para o CaP: “Em consonância com as evidências científicas disponíveis e as recomendações da OMS, a organização de ações de rastreamento para o câncer da próstata não é recomendada” (BRASIL, 2010; p. 75).

Aos homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento deve ser informados pela sua equipe de saúde sobre os riscos e benefícios associados a esta prática para que, de forma conjunta, possa definir se tal exame é válido ou não para o paciente (BRASIL, 2010).

Considerando-se as evidências científicas presentes e partindo do preceito de que detecção precoce deva resultar mais benefício que dano, o que se orienta acerca desta doença é o rastreamento oportunístico, que consiste na sensibilização dos homens assintomáticos que procuram os serviços de saúde por vários motivos e, assim, o profissional de saúde aproveita a oportunidade para rastrear alguma doença ou fator de risco, colocando o sistema de saúde à disposição desses indivíduos para a realização de procedimentos e exames quando necessários. Além de sensibilizar a população masculina para a adoção de hábitos de vida saudável como uma ação de prevenção do câncer (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

A Associação Americana de Urologia (AUA), após realizar uma ampla revisão da literatura médica em 2013, redefiniu a faixa etária para a qual recomenda o exame PSA e estabeleceu indicação do procedimento apenas para pacientes de 55 a 69 anos, visto que antes a orientação era de que o homem deveria se submeter ao exame a partir dos 50 anos.

Para os homens assintomáticos com idade superior a 75 anos, a recomendação é não adotar medidas de rastreamento para o CaP, uma vez que esta estratégia não é eficaz e os danos superam os benefícios. Já no caso dos grupos de risco, continua valendo a realização do teste a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2010; AUA, 2013).

Desta forma, o mais indicado para a detecção do CaP é a combinação do toque retal e a dosagem de PSA. O toque exclusivo falha em 30 % a 40% dos casos e as medidas de PSA falham em 20%, mas a execução conjunta dos dois exames deixa de identificar o câncer em menos de 5% dos pacientes (SROUGI, 2015; GUEDES e CALDEIRA-JÚNIOR, 2014).

Para o diagnóstico definitivo do CaP, é feito o estudo histopatológico<sup>1</sup> do tecido obtido pela biópsia da próstata, que deve ser determinada quando houver anormalidades nos exames de toque retal ou no nível do PSA, sendo que, quando

---

<sup>1</sup> Na escala histológica, as células cancerígenas são comparadas às células prostáticas normais. A escala de graduação varia de 1 a 5, com o grau 1 sendo a forma menos agressiva. Quanto maior o grau de diferença entre as células normais e as células do câncer, mais agressivo será o tumor e mais rápida será sua disseminação.

este estiver acima de 10 ng/ml, há indicação formal para biópsia. Devem ser considerados também a idade biológica do paciente, comorbidades, histórico familiar e as consequências terapêuticas para indicação da biópsia (BRASIL, 2002; DALL'OGGIO, 2011).

A realização da biópsia visa distinguir precocemente o paciente cujo tumor tem maior potencial de agressividade e informar, por meio do sistema de Gleason<sup>1</sup>, qual a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de colaborar para a escolha do melhor tratamento, contribuindo para reduzir a morbidade e aumentar a expectativa de vida do indivíduo (BRASIL, 2002; ANKERST, 2013).

### **2.2.3 Tratamento para câncer de próstata**

Para o tratamento do CaP, é importante considerar a idade do paciente, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida, os anseios do paciente e os recursos técnicos disponíveis. O tratamento deve ser individualizado para cada enfermo, o que torna importante classificá-lo quanto à progressão da doença, sendo caracterizada em carcinoma localizado da próstata, doença localmente avançada e doença metastática (BRASIL, 2002; NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

Tem-se como tratamento preconizado para pacientes que se encontram com a doença localizada a prostatectomia radical, sendo o método mais popular na comunidade urológica, principalmente para pacientes mais jovens e com boa saúde. A prostatovesiculectomia radical retropúbica (PTR) é considerada o procedimento padrão-ouro nesse caso. A radioterapia externa é indicada para pacientes que não possam realizar a cirurgia e a radioterapia intersticial (braquiterapia) é ideal para pacientes com bom prognóstico (BRASIL, 2002).

A observação vigilante deve ser empregada apenas em pacientes acima de 75 anos, com expectativa de vida reduzida ou com comorbidades significativas e se

---

<sup>1</sup> Classificação de Gleason: varia de 2 a 10. Para se obter o escore as duas áreas mais frequentes do tumor são graduadas de 1 a 5 e somadas para se chegar ao resultado. Quanto mais baixo o escore de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente.

portadores de neoplasias pouco agressivas. O objetivo dessa abordagem é proteger os pacientes com neoplasias pouco agressivas de se submeterem a supertratamentos e, ao mesmo tempo, evitar a perda de controle de casos significativos que ocorreria se todos fossem submetidos à observação (BRASIL, 2002; NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

A hormonioterapia é uma opção preconizada para idosos ou para aqueles com expectativa de vida limitada. Este método apresenta diversos efeitos colaterais. Na maioria das vezes, não se trata de modo curativo, mas paliativo, podendo desenvolver resistência após longos períodos de uso (NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

Como alternativa de investigação, tem-se a crioterapia, técnica que visa congelar a próstata introduzindo nela agulhas que vão gerar temperaturas inferiores a 0°C, sendo mais empregada como opção de resgate para recidivas locais após radioterapia (NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

O tratamento da doença localmente avançada apresenta como meta terapêutica a cura dos pacientes, sendo os mais indicados a combinação de bloqueio hormonal e cirurgia radical ou radioterapia externa, ou cirurgia radical seguida de radioterapia. No caso do tratamento da doença metastática, a cura é improvável e o tratamento está baseado na supressão androgênica. Esta compreende a orquiectomia bilateral, considerada tratamento padrão-ouro para esse grau da doença. Não se recomenda o bloqueio androgênico completo por não apresentar vantagens terapêuticas (NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

Por fim, qualquer que seja a escolha terapêutica, a maior parte dos pacientes não passa totalmente ileso pelo tratamento e apresentará, por menor que seja, algum grau de disfunção urinária e sexual e, às vezes, psíquica após o tratamento do CaP (NARDOZZA JÚNIOR *et al*, 2010).

#### **2.2.4 Políticas e ações de prevenção e controle para o câncer de próstata**

No processo de criação do SUS depara-se com o conceito ampliado de saúde e a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la. No empenho de garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, além do aumento significativo

da importância das neoplasias no perfil de mortalidade da população brasileira, entende-se a necessidade de aumentar a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (INCA, 2002; BRASIL, 2006).

Para o controle do câncer as políticas visam reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil, através de ações contínuas que proporcionem a conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer, promovam a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e propiciem o acesso a um tratamento equitativo e de qualidade em todas as regiões do país por meio de estruturação e expansão da rede especializada de diagnóstico e tratamento do câncer (BRASIL, 2002).

As abordagens de enfrentamento são múltiplas, dentre elas tem se ações de educação para saúde em todos os níveis da sociedade; prevenção orientada individualmente e em grupo; geração de mobilização pública; apoio e estímulo à formulação de legislação específica para o enfrentamento de fatores de risco relacionados à doença; e fortalecimento de ações em escolas e ambientes de trabalho (INCA, 2014).

As principais ações preventivas neste sentido devem partir das equipes de atenção básica, uma vez que estas têm como característica de seu processo de trabalho, desenvolver ações focalizadas sobre os grupos suscetíveis e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais. Seu intuito é de prevenção para o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis, além do desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e da ampliação do controle social na defesa da qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), no Brasil a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Os homens brasileiros vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arteriais mais elevadas. Estes dados indicam que os homens precisam ficar atentos aos cuidados de sua saúde, sendo importante a criação de políticas e ações preventivas voltadas para este público.

Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) através da Portaria Nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005 à qual visava a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três

esferas de gestão. Em 2013 esta portaria foi revogada pela Portaria Nº 874 de 16 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS.

O objetivo da política é reduzir a mortalidade e a incapacidade geradas pela doença, oportunizar a redução da incidência de alguns tipos de câncer e colaborar para melhor qualidade de vida dos usuários com a enfermidade, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Como iniciativa para a conscientização do CaP, em 1997 foi aprovado o Projeto de Lei 3.500 que institui a “Semana Nacional de Combate e Prevenção ao Câncer de Próstata”. Este projeto teve como justificativa a ampliação da longevidade da população brasileira, juntamente com as doenças referentes à terceira idade, o que torna necessária a atenção por parte do governo. O CaP se encontra dentre as doenças que têm se destacado entre a terceira idade por apresentar dados epidemiológicos alarmantes. Assim a informação torna-se a principal arma para combater o CaP, visto que o machismo unido à desinformação é um verdadeiro repelente para o mundo masculino (BRASIL, 1997)

Em 2001 o projeto foi submetido à consideração do Senado Federal, e, foi vetado parcialmente. Posteriormente a análise, discussão e alterações, foi sugerida a substituição de “Semana Nacional de Combate e Prevenção ao Câncer de Próstata” para “Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata”. E, em 20 de setembro do mesmo ano foi decretada e sancionada a Lei Nº 10.289 a qual institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (PNCCP) (BRASIL, 2001).

Desta forma o PNCCP inclui como principais atividades a serem praticadas para os cuidados com o CaP, a realização de campanha institucional nos meios de comunicação, com esclarecimentos sobre o que é o CaP e suas formas de prevenção; parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, disponibilizando para a população masculina, acima de quarenta anos, exames para a prevenção ao CaP; parcerias com universidades, sociedades civis organizadas e sindicatos, de forma a organizar debates e palestras sobre a doença e as formas de combate e prevenção a ela; outros atos de procedimentos lícitos e úteis para a consecução dos objetivos desta instituição (BRASIL, 2001).

Mundialmente o dia de combate ao CaP é comemorado em 17 de novembro. Em aproveitamento a estas comemorações surgiu o movimento Novembro Azul. Este movimento passou a ser comemorado em todo o mundo, quando teve início na

Austrália em 2003, o *Movember*, movimento cujo nome surgiu da junção das palavras *moustache* (bigode, em inglês) e *november* (novembro em inglês).

O Novembro Azul é uma campanha de conscientização realizada por diversas entidades voltadas para a sociedade e principalmente para os homens sobre a importância da prevenção do CaP e outras doenças associadas ao sexo masculino. No Brasil, o Instituto Lado a Lado pela Vida idealizou o Movimento Novembro Azul, que surgiu em 2008, com foco na informação e na prevenção. Seu objetivo é de quebrar o preconceito masculino de ir ao médico e desmistificar o exame de toque, além de disseminar informações sobre o CaP e conscientizar homens, mulheres e jovens para que a questão da saúde masculina seja um processo construído ao longo da vida (PIRES, 2013).

O Brasil comemora o Dia do Homem em 15 de julho, por iniciativa da Ordem Nacional dos Escritores Brasileiros. Internacionalmente as comemorações para o Dia do Homem foram iniciadas em 1999 pelo Dr. Jerome Teelucksingh em Trinidad e Tobago, tendo o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo um evento celebrado em 19 de novembro.

De acordo com a OPAS os objetivos principais do Dia Internacional do Homem é melhorar a saúde dos homens e a relação entre gêneros, promover a igualdade entre gêneros e realçar os papéis positivos de homens. É uma ocasião também para combater o sexíssimo e, ao mesmo tempo, celebrar suas conquistas e contribuições na comunidade, nas famílias e no casamento, e na formação dos filhos.

O Ministério da Saúde ao estabelecer prioridade e proteção à população jovem e adulta masculina lançou em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com apoio da OPAS. A iniciativa para a criação dessa política é uma resposta os agravos do sexo masculino considerados um problema de saúde pública. Um dos princípios em destaque é a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação aos cuidados com a própria saúde e dos seus familiares. Considera-se essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta parte integrante deles (BRASIL, 2009)

A PNAISH tem como principais objetivos facilitar e ampliar o acesso da população masculina às ações e aos serviços de saúde, promover melhorias nas condições de saúde desta população e chamar a atenção dos homens para que se

cuidem mais, visando propiciar serviços de saúde que facilitem o enfrentamento dos agravos que compreendem a realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos de forma a contribuir para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2009)

Em novembro de 2014, a fim de garantir maior efetividade no combate ao CaP Lei Nº 10.289 foi alterada pela Lei 13.045, passando a incluir no Art. 4 a nova redação: “As unidades integrantes do Sistema Único de Saúde são obrigadas a realizar exames para a detecção precoce do CaP sempre que, a critério médico, tal procedimento for considerado necessário”. Outra alteração também realizada que contribui para fortalecer o PNCCP é prever a sensibilização de profissionais de saúde, por meio da capacitação e da reciclagem quanto aos novos avanços nos campos da prevenção e da detecção precoce para o CaP (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

A Lei 13.045 de 2014 também alterou a Lei 9.263 de 1996 que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências ao incluir o controle e a prevenção do CaP, que antes era citado apenas para os cânceres cérvico-uterino, de mama e de pênis (BRASIL, 1996; BRASIL, 2014).

### 3 O DESENHO TEÓRICO

#### 3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais no processo saúde-doença variam de acordo com os aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais dos grupos de uma sociedade. A saúde do homem e seu adoecimento pelo CaP inseridos neste contexto sugerem diversos questionamentos, fato que se constitui como uma temática de estudo.

Mudanças no pensamento sanitário na pós-modernidade como o deslocamento de concepções de objetivo para subjetivo, do pensamento individual da saúde para o coletivo, do modelo biomédico de saúde para o social e do modelo de prevenção da saúde para o modelo de promoção favoreceu o uso das representações sociais como abordagem metodológica para as pesquisas em saúde coletiva, uma vez que esta valoriza o entendimento social e partilhado dos processos de saúde-doença. Assim, o uso das representações sociais em estudos de saúde coletiva assegura as discussões sobre os paradigmas de saúde além de facilitar o entendimento do processo saúde-doença e da forma como os indivíduos lidam com as situações de saúde (DE OLIVEIRA, 2000).

Tendo em vista compreender a resposta social na perspectiva do homem que vivenciou o CaP sobre o processo saúde-doença, o referencial teórico das Representações Sociais alicerça esta pesquisa. Desta forma tem-se a possibilidade de reconhecer, analisar e comunicar um processo social específico. Essa teoria contribui para a interpretação dos valores, sentimentos, imaginação e, portanto, dos saberes individuais e coletivos, que envolvem a questão em estudo (SILVA, 2013).

A Teoria das Representações Sociais originou-se na Europa no campo da Psicologia Social, sendo elaborada e concretizada pelo francês Serge Moscovici em 1961. Torna-se necessário remeter ao conceito de representação coletiva de Émile Durkheim que deu origem ao significado de representação social, segundo o qual a forma dos indivíduos pensarem e agirem é imposta pela educação, pela religião e pela moral, que se originam na sociedade e no meio social específico em que eles vivem.

O conceito de Moscovici nasce da releitura crítica feita sobre as noções de representação coletiva da teoria funcional de Durkheim, uma vez que, para Moscovici, as representações coletivas são muito amplas e estáveis para darem conta da

produção do pensamento na sociedade na atualidade (ALMEIDA,2009; GAMA, SANTOS e FOFONCA, 2010).

A TRS vem se estabelecendo num campo de investigação importante nas ciências sociais e humanas. No Brasil, esta abordagem encontra-se em expansão. Percebe-se sua ampliação por abrir novas fronteiras e estabelecer interfaces com diversas áreas de conhecimento e por ter uma ampla produção acadêmica (ALMEIDA, 2009).

De acordo com a organização temática da IV Conferência Brasileira sobre Representações Sociais (CBRS), acredita-se que a Escola Brasileira de RS se estrutura em torno de três vertentes teóricas que se desenvolveram a partir da TRS. Assim temos as abordagens Societal, Processual e Estrutura (JODELET, 1989, 2005; ABRIC, 1998; ALMEIDA, 2009; ALVES-MAZZOTTI, 2009).

Apesar de a TRS ter desenvolvido diferentes abordagens metodológicas e estas apresentarem diversidades, elas têm caráter complementar, visto que todos eram discípulos de Moscovici e possuem a mesma origem epistemológica (DE SÀ, 1998; OLIVEIRA, 2004; ALMEIDA,2009)

Para o presente estudo foi adotado a abordagem Processual, liderada por Denise Jodelet. Considerada a principal colaboradora e continuadora da filosofia de seu mestre, Jodelet contribuiu para o aprofundamento teórico e sistematização do campo (PATRIOTA, 2001).

Moscovici não conceituou RS, apenas deixou indícios do que poderia compor um conceito. Seu objetivo era oferecer uma perspectiva que possibilitasse a leitura dos diversos fenômenos e objetos do mundo social. Jodelet (1989 p.36) arrisca-se e define representação social como “uma forma de conhecimento elaborada e partilhada socialmente, tendo uma visão prática e concorrendo à construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Para o meio acadêmico, esta é considerada a melhor definição para RS (BOCK, 1993).

Para Sêga (2000 p. 128) RS é uma “forma de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetos e comunicações que lhes concernem. Torna-se um conhecimento prático que dá significados aos eventos que nos são normais e contribui para a construção social da nossa realidade.

Jodelet baseou-se na hipótese de as RSs serem uma forma de saber prático que ligasse o sujeito ao objeto. Ela então formulou três indagações que norteariam a captação da RS. Na primeira, o foco da inquirição é “quem sabe e de onde sabe? ”. Nesta abordagem, procura-se analisar a difusão das RSs, o contexto sociocultural, os valores, a comunicação interindividual, dinâmica das instituições e dos grupos pertencentes. A segunda indagação: “O que é como se sabe? ”, refere-se aos suportes da representação, das práticas e dos discursos dos sujeitos e analisa o processo de formação da representação e eventuais transformações. E a terceira indagação aborda “Sobre o que se sabe e com que efeito? ”, remetendo ao estatuto epistemológico das RSs a ponto de abordar a difusão do saber e as transformações de um tipo de conhecimento para outro (DE SÁ, 1998).

Realizar uma análise contextual dos sujeitos se torna importante para RS, uma vez que esta tem seu processo de construção nas dimensões históricas, socioeconômicas, culturais e éticas. Acredita-se que sejam “elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento”, sendo expressas por elementos simbólicos através de palavras e gestos, sendo traduzidas pela linguagem e refletidas em atos e práticas sociais (URA e FRANCO, 2004 p.171)

A linguagem é identificada como forma de conhecimento e de interação social, sendo considerada a mediação para o entendimento das RSs. Para a comunicação dos acontecimentos cotidianos e sua interação, as palavras são fundamentais. “A palavra é, ao mesmo tempo, uma produção histórica e arena onde se confrontam interesses contraditórios, servindo ao mesmo tempo como instrumento e como material de compreensão da realidade” (MINAYO, 2008 p.238).

As RSs estão associadas a valores, crenças, opiniões, noções e práticas individuais que orientam as condutas no cotidiano das relações sociais. Articulam elementos mentais, sociais e afetivos, vinculando a cognição, a comunicação e a linguagem no âmbito de um grupo social ou de uma cultura (JODELET, 1989).

O conjunto de elementos cognitivos que consiste na RS apresenta papel essencial na dinâmica das relações e nas práticas sociais e possui quatro funções que são condicionantes para sua existência. A função de saber, que consiste em compreender e explicar a realidade permite que os atores sociais adquiram os saberes práticos do senso comum; a função identitária, que define a identidade e permite a proteção das características grupais, situando os indivíduos e grupos no campo social;

a função de orientação cujo objetivo é conduzir os comportamentos e práticas, sendo a representação prescritiva de comportamentos ou práticas obrigatórias; e a função justificadora, que justifica os comportamentos e decisões de valores socialmente e historicamente determinados, preservando e justificando a diferenciação social (ABRIC, 1998; REIS e BELLINI, 2011).

As RSs têm como propósito estudar a expansão dos saberes, têm como significado a circulação de todos os sistemas de classificações, todas as imagens e todas as descrições, sendo compartilhadas pelas pessoas, influenciando-as e materializando condutas, pensamentos e comportamentos. Desta forma, as representações têm como funções convencionar os objetos, pessoas ou acontecimentos e impor uma forma irresistível aos indivíduos (MOSCOVICI, 2003; REIS e BELLINI, 2011).

Moscovici, ao propor uma estrutura teórica para as RSs, afirma que esta tem duas faces indissociáveis: a face figurativa ou imageante, que diz respeito ao objeto, e a face simbólica, que corresponde ao sentido que o sujeito atribui ao objeto. Desta forma, o entendimento é de que não existe representação sem objeto. A construção de toda representação se dá pela relação do sujeito com o objeto representado, indo além do trabalho individual do psiquismo e surgindo como um fenômeno colado ao social (PATRIOTA, 2007).

Destacaram-se também os processos construtores da RS: a ancoragem (ou amarração) e a objetivação, que surgiram a partir do objetivo da RS de transformar o estranho e desconhecido em algo familiar, tornando possível classificar, nomear e imaginar pessoas, situações e ideias compartilhadas pelo grupo (MOSCOVICI, 1978; 2003; HOROCHOVSKI, 2004).

A ancoragem consiste no processo pelo qual se busca nomear e classificar algo para encaixar o que não é familiar, tornando-se possível imaginá-lo e representá-lo. O processo de ancoragem estabelece uma relação positiva, negativa ou neutra do objeto representado, o que permite uma comparação e um julgamento por parte do sujeito em relação aos seus valores formados de acordo com o contexto sociocultural em que o sujeito está inserido (MOSCOVICI, 1978; 2003; HOROCHOVSKI, 2004).

Para Jodelet, existem três condições básicas de organização das imagens e significados das RSs a partir da ideia de ancoragem: atribuição de sentido e utilização do objeto na rede de significações; a instrumentalização do saber, quando o indivíduo interpreta o conhecimento novo e lhe dá uma forma, o que possibilita a comunicação

entre o grupo; o enraizamento no sistema do pensamento, quando da inserção das novas representações no sistema de pensamento social prévio, e a orientação dos comportamentos e das relações sociais (HOROCHOVSKI, 2004).

A objetivação é definida como a transformação de algo abstrato em algo concreto, referindo-se à forma de como será imaginado um objeto e à qualidade icônica de uma ideia, o que passaria a ser visto como natural, variando de acordo com o contexto do sujeito (MOSCOVICI, 1978).

A interação entre a ancoragem e a objetivação permite entender o processo de construção de uma RS, o sistema de significação dado ao objeto; a interpretação da realidade e de orientação de comportamentos, além de possibilitar a compreensão de comportamentos de sujeitos diante de um determinado objeto (MOSCOVICI, 2003).

A TRS quando empregada ao campo da saúde explana os sentidos atribuídos à saúde, à doença na vida cotidiana e à forma em que contextos socioculturais e históricos articulam ideias e ações no que concerne a esse processo (DE OLIVEIRA, 2000; TONINI, 2006; BRASIL, 2011).

Baseando-se na inferência de que o real é sempre mediado pelo simbólico pode-se considerar que a saúde e a doença vão além de seu significado biomédico, pois são objetos de representações e tratamentos específicos de cada cultura. Para Adam & Herzlich (2001), são várias as representações que as pessoas fazem do seu adoecimento, sendo independentes do saber médico. A vivência de adoecer depende em parte do que se entende por saúde e, nesse sentido, nem sempre são semelhantes os significados de doença e saúde para profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Moscovici (1978) assinalava, que o fato de estudar a apropriação de um conceito científico em populações leigas, não implica uma violação do saber científico. Sem dúvida alguma, a saúde e a doença são conceitos científicos. No entanto fazem parte, também, de um outro universo de pensamento, o pensamento leigo que é na forma de representação social, um corpo organizado de conhecimentos pelo qual os grupos tomam compreensível a realidade que os rodeia. Quando os grupos representam algum aspecto da realidade, fazem-no com duas finalidades essenciais: comunicar-se entre eles, e elaborar comportamentos (TRINDADE, 2011).

Estudar o processo saúde-doença no campo das representações sociais “é estudar os processos psicológicos e sociais subjacentes às formas de pensamento

social construídas entre grupos sociais para dar sentido às ocorrências experiências pelo próprio corpo ou pelo corpo do outro” (TRINDADE, 2011, p.100).

A partir da necessidade de dar sentido à doença e à saúde, são construídas e compartilhadas teorias de senso comum, cujos sentidos se tornam objetos sociais que facilitam a comunicação, protegem a identidade e guiam as condutas dos grupos sociais (TRINDADE, 2011).

Para compreender como as pessoas vivenciam sua saúde e sua doença necessita-se de uma reflexão histórica que considera o contexto social, cultural, político e econômico da sociedade na qual está inserida, sendo relevante considerar a TRS proposta por Moscovici, pois esta atribui valor ao significado construído socialmente, à subjetividade, às diferenças culturais, à vida dos sujeitos e nos permite aflorar o conhecimento popular, ampliar conceitos e aproximar-se da realidade (TONINI, 2006).

A proposição de um estudo sobre a RS de homens que vivenciaram o CaP acerca de sua saúde e doença pretende compreender como esses homens, em suas interações sociais e culturais, assimilam os questionamentos referentes ao adoecimento pelo CaP e suas consequências.

## 4 O DESENHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

### 4.1 O MÉTODO PARA O ESTUDO

Este estudo caracterizou-se como uma abordagem qualitativa. Considerando o objeto desta pesquisa e seu cunho social, seu caráter investigativo caracterizou-se por “trabalhar com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (MINAYO, 2008, p. 21-22). Esse conjunto de dados considerados qualitativos corresponde a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis, compreendendo um nível de realidade que não pode ser quantificado.

As pesquisas qualitativas são mais apropriadas para investigar os fenômenos humanos, para que “tentemos conhecer as motivações, as representações, consideremos os valores, [...], deixemos falar o real a seu modo e o escutemos” (Laville, Dionne, 1999, p.43). Desse modo o pesquisador se envolve diretamente com a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo, além de analisar a realidade priorizando aspectos consciências, subjetivos dos autores, percepções, processos de conscientização, de compreensão do contexto cultural, da realidade a – histórica, de relevância dos fenômenos pelos significados que eles têm para o sujeito (TRIVIÑOS, 2010).

Na abordagem qualitativa, considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, caracterizada por um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Neste tipo de estudo o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento, além de interpretar fenômenos e, dando-lhes significado, pois o objeto não é um dado neutro, e sim repleto de significados e relações que os sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 2000).

No contexto da metodologia qualitativa direcionada à saúde, busca-se entender a significação dos fenômenos vivenciados pela sociedade e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida, tornando-se imprescindível saber o que os fenômenos da doença e da vitalidade em geral representam para elas. O significado tem função estruturante em torno do que as coisas significam, dando molde à vida das

pessoas que passam a ser partilhados culturalmente e por consequência organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005)

Assim o presente estudo ao seguir o caminho da pesquisa qualitativa, busca analisar todo o processo inserido em um contexto sociocultural, de modo a retratar as diferentes concepções do processo saúde-doença, aprofundando-se nas expectativas, crenças, anseios, desejos, frustrações, comportamentos, atitudes e representações de homens que vivenciaram o CaP.

## 4.2 O CENÁRIO

O desenvolvimento deste estudo foi no município da Estância Balneária de Praia Grande, localizada na Região Metropolitana da Baixada Santista, no estado de São Paulo. A população foi contada no ano de 2010, em 262.051 habitantes, sendo 125.926 do sexo masculino. Para 2016 a população estimada é de 304.705 (IBGE, 2016). A cidade está em constante desenvolvimento em todas as áreas, transformando-se em sinônimo de qualidade de vida e infraestrutura completa.

O campo de escolha para realização desta pesquisa foram as USAFAs. O Município de Praia Grande conta com 27 Unidades de Atenção Primária a Saúde. Esse cenário foi escolhido devido a importância da Atenção Básica à Saúde no controle de neoplasias no país através de ações individuais e coletivas com estratégias de promoção da saúde e prevenção do câncer, tal como a detecção precoce, apoio à terapêutica de tumores, a participação no cuidado paliativo e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados (BRASIL, 2013).

Eleito o cenário, o presente projeto foi encaminhado ao Secretário de Saúde Pública do município da Estância Balneária de Praia Grande, para sua apreciação e aprovação, mediante documento formal de permissão (Anexo 1). Esta requisição abrange a realização da pesquisa e garante a infraestrutura necessária para sua realização.

Inicialmente foi realizado uma solicitação para o levantamento dos pacientes com CaP nas unidades por meio do chefe de Atenção Básica. Dentre as USAFAs, cinco unidades informaram ter cadastrados em suas unidades pacientes com CaP. Foi realizado contato com essas unidades para posterior realização das entrevistas.

### 4.3 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A escolha dos participantes deve estar pautada na identificação daqueles cujos dados biopsicossociais possam originar informações substanciais sobre a temática do estudo. Assim, procurando entender a concepção de saúde e adoecimento sobre a perspectiva do adoecer pelo CaP, foram selecionados homens que vivenciaram esta neoplasia.

Todas as pessoas que vivenciam uma dada realidade podem contribuir para compreendê-la, uma vez que inseridos em um determinado contexto, determinam suas ações e estratégias bem como estabelecem seus estilos de vida, e dessa forma, fornecem maior clareza à compreensão dos processos que orientam os comportamentos adotados.

Tem-se como critérios de elegibilidade homens que vivenciaram o CaP, maiores de 18 anos de idade.

Ao ser definida a amostra qualitativa, deve-se privilegiar os sujeitos sociais que apresentem as características que o pesquisador pretende conhecer e observar às interações do grupo estudado com outros grupos (MINAYO, 2008).

Frente a essas afirmações os potenciais participantes foram recrutados por meio de convite individual, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde. Para todos aqueles que atenderam aos critérios de seleção, foi esclarecido o objetivo da pesquisa e foram solicitadas anuência para participação como voluntários não remunerados e a aquiescência por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós informado (TCLE) (Apêndice 1).

Quanto ao critério numérico para esse tipo de estudo, a generalização não é a dos resultados (matematicamente) obtidos, pois não se baseia em quantificações das ocorrências ou estabelecimento de relações causa-efeito, ela se torna possível a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos. Desta forma a amostra não probabilística propicia conhecer detalhadamente a realidade social e podemos “considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2008, p.197).

Para este estudo foram identificados 24 homens que vivenciaram o CaP. Destes, 21 aceitaram participar das entrevistas e três indivíduos se recusaram.

#### 4.4 A ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, em 19 de setembro de 2016, sob o parecer número 1.734.201 (Anexo 2), foi realizado contato com as USAFAS para o levantamento de pacientes que vivenciaram o CaP e foi feito convite à participação e agendamento com os participantes. Esta etapa permitiu a criação de ambiência e favoreceu a escolha da melhor data e horário para a realização do estudo.

Em um primeiro contato com o entrevistado, foi apresentado à proposta do projeto e seus objetivos de estudo, “o entrevistado deve saber, em geral, o que é que se deseja dele e qual pode ser sua contribuição para o esclarecimento da situação que interessa” (TRIVIÑOS, 2010, p148). Essa preliminar colabora para o êxito da pesquisa por possibilitar um vínculo de confiança, visto que para este ser alcançado, torna-se necessário explicar previamente para o entrevistado os objetivos da entrevista e que a confidencialidade das informações será respeitada (LÜDKE, 1990).

Posteriormente então, foi solicitado consentimento dos participantes através da assinatura do TCLE, para participação voluntária na realização da entrevista, autorização para gravação e divulgação dos resultados, sendo assegurado ao participante seu anonimato. Para tanto, os relatos foram identificados por pseudônimos criados pela pesquisadora. Adotou-se pseudônimos caracterizados pela letra “E” seguida de uma sequência numérica de 1 a 21 conforme a ordem da realização das entrevistas, a idade do participante juntamente com seu estado conjugal, sendo adotado a letra “C” para os homens que vivem com uma companheira e a letra “S” para os homens que vivem sozinhos (viúvos ou solteiros).

Optou-se por gravar os depoimentos dos participantes por esta possibilitar total fidelidade aos depoimentos, sem perda de dados da fala, além de poder observar as expressões e gestos dos sujeitos. As gravações ficarão na posse do pesquisador por um período de cinco anos. Após esse prazo serão destruídas.

A abordagem dos participantes se deu através de entrevista norteada por instrumento semiestruturado (Apêndice 2), composto de indagações abertas previamente formuladas, que ajudaram a direcionar a conversa para a temática proposta. A escolha da técnica da entrevista deu-se por acreditar que, por não seguir uma sequência rígida de abordagem, esta poderá favorecer aos sujeitos do estudo

um contexto no qual estes se sintam à vontade para expressarem suas vivências quanto ao CaP, sem receios e sem constrangimentos sobre seus atos e atitudes.

A entrevista se caracteriza como técnica por excelência utilizada pelos pesquisadores para obter informações subjetivas para posterior compreensão dos processos e produtos construídos pelos sujeitos sobre determinado fenômeno. Como técnica de coleta dos dados, a entrevista, através da comunicação verbal, se caracteriza pela captação de informações geradas pelos atores que como sujeitos-objetos da pesquisa vivenciam um determinado fenômeno social. (LÜDKE, 1990; CRUZ NETO, 1995, TURATO, 2005; MINAYO, 2008; TRIVIÑOS, 2010).

A entrevista semiestruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas dos informantes. A participação consciente e atuante do pesquisador, ao realizar este tipo de entrevista, favorece a descrição dos fenômenos sociais, bem como sua explicação e total compreensão (TRIVIÑOS, 2010).

O roteiro semiestruturado de perguntas (Apêndice 2) subsidiou a reflexão acerca da representação social sobre o processo saúde e doença na perspectiva dos homens que vivenciaram o CaP no qual estes puderam discorrer livremente sobre o tema sem, contudo, perder o foco central do estudo. Novos questionamentos foram incorporados no momento da entrevista quando houve necessidade de aprofundar determinado assunto ou retomar o tema central.

Os dados foram coletados no período de 26 de outubro de 2016 até 18 de janeiro de 2017. As entrevistas foram realizadas no âmbito das USAFAs. Os potenciais participantes foram recrutados por meio de convite individual, através dos Agentes Comunitários de Saúde, sendo agendado o comparecimento dos participantes na USAFA de sua referência para a realização da entrevista.

À medida que os dados foram sendo coletados e transcritos na íntegra, foi realizada uma leitura cuidadosa e apurada das informações com o intuito de verificar a necessidade de continuidade ou não de novas entrevistas. Visto que a fase de coleta de dados deve se dar por concluída, quando não surgirem mais conteúdos novos a respeito do objeto de representação proposto pelo estudo, de acordo com as condições sociais de produção a serem comparadas (SOUZA FILHO, 1995).

#### 4.5 A ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PARA A ANÁLISE

Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, tem-se como início ao processo de elaboração da análise a fase de transcrição para melhor compreensão dos dados. Todas as informações referentes a esta etapa foram acessadas através de leituras contínuas de modo sistemático.

Das estruturas essenciais foram buscadas a apreensão e organização que constituiu as unidades de significação e assim, desenvolve-se a análise compreensiva do processo saúde doença de homens que vivenciaram o CaP. Desta forma, esta etapa correspondeu a escolha dos documentos que foram analisados mediante a leitura flutuante a organização do material.

Para desenvolver uma análise aprofundada das mensagens obtidas, foi selecionado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011).

A análise de conteúdo é considerada um método de interpretação de qualquer tipo de comunicação, principalmente das formas escrita ou falada, sendo definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 44).

Esse método de análise “visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares” (BARDIN, 2011, p. 46)

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo desenvolve-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

- A pré-análise corresponde à escolha dos documentos que serão analisados mediante a leitura flutuante e organização do material selecionado para delimitar o Corpus da investigação, que deverá estar permeado de exaustividade, representatividade e homogeneidade. A Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos consideram a leitura exaustiva dos documentos selecionados e, se necessário, a reformulação das indagações.

- A exploração do material visa administrar sistematicamente as decisões realizadas na pré-análise, constituindo se em procedimentos como a codificação e a classificação dos dados e a escolha das categorias teóricas específicas dos temas.
- O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação consistem na imposição de relações, inferências e interpretações do analista, sustentando cientificamente as informações colhidas. É nesta fase em que os resultados brutos serão tratados e analisados a fim de se tornarem válidos e significativos.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram atendidos todos os requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos em consonância com o previsto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O processo de coleta de dados foi antecedido pelo cadastro do projeto na plataforma Brasil e por sua aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer número 1.734.201 e CAAE 55955015.0.0000.5147 de 19 de setembro de 2016, para análise do atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Tendo em vista que a pesquisa envolveu riscos mínimos, ou seja, semelhante aqueles presentes nas atividades cotidianas como numa conversa, houve a preocupação da pesquisadora em minimizar tais desconfortos na medida em que foi efetuada uma abordagem individualizada e respeitosa quanto ao nível de escolaridade, propiciando aos potenciais participantes condições para que sua participação ocorresse sem constrangimento e com liberdade de escolha.

Cabe acrescentar que os usuários se dispuseram a participar desta investigação de forma voluntária e não remunerada, expressando sua aquiescência pela assinatura do TCLE. Foram garantidos o sigilo, o anonimato e a elucidação quanto aos riscos de sua participação.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Apresentamos a seguir a caracterização dos homens que participaram desta pesquisa, a partir das entrevistas realizadas (Quadros 01 e 02).

Participante	Idade	Estado conjugal	Total de pessoas que residem no domicílio	Nº Filhos	Predisposição familiar	Renda Familiar (Em salários mínimos)	Profissão/Ocupação
E1	69	Companheira	02	02	Não	1 a 2	Corretor
E2	75	Companheira	02	01	Não	2 a 3	Decorador
E3	76	Companheira	02	03	Irmão	1 a 2	Comerciante
E4	62	Companheira	03	03	Não	>3	Segurança
E5	85	Sozinho	01	03	Não	>3	Segurança
E6	83	Companheira	04	02	Não	>3	Administrador
E7	72	Companheira	02	04	Não	2 a 3	Comerciante
E8	67	Companheira	03	02	Não	2 a 3	Metalúrgico
E9	76	Sozinho	03	05	Pai	>3	Auxiliar administrativo
E10	66	Companheira	04	02	Irmão	2 a 3	Comerciante
E11	73	Companheira	03	02	Não	1 a 2	Comerciante
E12	78	Sozinho	02	01	Não	1 a 2	Pintor
E13	61	Companheira	02	01	Não	1 a 2	Encanador
E14	83	Companheira	03	03	Não	>3	Químico industrial
E15	78	Companheira	02	03	Irmão	1 a 2	Pedreiro
E16	74	Sozinho	01	03	Não	1 a 2	Ferramenteiro
E17	73	Companheira	02	05	Não	2 a 3	Maquinista Ferroviário
E18	71	Companheira	02	02	Não	>3	Administrador
E19	60	Companheira	02	03	Não	>3	Comerciante
E20	85	Companheira	02	02	Não	2 a 3	Auxiliar administrativo
E21	66	Companheira	03	03	Não	>3	Químico

**Quadro 1: Distribuição das variáveis sociodemográficas dos 21 participantes, Praia Grande, Mai/2017.**

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Participante	Escolaridade	Cor da pele	Religião	Tabagismo	Alcoolismo
E1	MC	Branco	Evangélico	Sim	Não
E2	MC	Branco	Católico	Não	Não
E3	FI	Branco	Católico	Não	Não
E4	FC	Pardo	Espirita	Não	Não
E5	SC	Branco	Espirita	Não	Não
E6	SC	Branco	Espirita	Não	Sim
E7	FC	Branco	Católico	Não	Não
E8	FI	Negro	Católico	Não	Sim
E9	FC	Branco	Sem religião	Não	Não
E10	FC	Branco	Espirita	Não	Não
E11	FC	Branco	Espirita	Não	Não
E12	FC	Branco	Testemunha de Jeová	Não	Não
E13	NA	Pardo	Testemunha de Jeová	Não	Sim
E14	SC	Branco	Evangélico	Não	Sim
E15	FC	Branco	Católico	Sim	Sim
E16	MC	Branco	Evangélico	Não	Não
E17	MC	Branco	Evangélico	Não	Não
E18	SC	Branco	Sem religião	Não	Sim
E19	MI	Branco	Católico	Não	Sim
E20	MC	Branco	Católico	Não	Não
E21	SC	Branco	Católico	Não	Não

**Quadro 2: Distribuição das variáveis sociodemográficas dos 21 participantes, Praia Grande, Mai/2017.**

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

**Legenda:** NA: não alfabetizado; FC: fundamental completo; FI: fundamental incompleto; MC: médio completo; MI: médio incompleto; SC: superior completo.

Esta caracterização nos permite realizar uma análise integral e contextualizada do grupo estudado, através de alguns dados sócioeconômicos e de saúde, com a finalidade de distinguir esses sujeitos, embora isso não tenha sido estabelecido como um dos objetivos da pesquisa.

De acordo com os dados, ressaltamos que, entre os 21 entrevistados, 33,4% encontravam-se na faixa etária compreendida entre os 60 e 69 anos, 47,6% entre a faixa etária de 70 a 79 anos e 19% na faixa etária entre 80 e 89 anos. A maior idade dos entrevistados foi de 85 anos e a mínima foi de 60 anos.

Em relação ao estado conjugal, 81% dos informantes afirmaram ter uma companheira (casado ou em união estável) e 19% disseram viver sozinhos (viúvo ou solteiro).

Quanto ao número total de pessoas que residem no domicílio do participante, 9,5% disseram que residiam sozinhos, 52,3% residem duas pessoas, 28,6% residem com três pessoas e 9,5% residem com quatro pessoas.

Do total dos sujeitos, 14,3% dos homens tinham um filho, 33,4% dois filhos, 38,1% três filhos, 4,7% quatro filhos e 9,5% cinco filhos.

Em 33,5% dos entrevistados, a renda individual/familiar variou de 1 a 2 salários mínimos, 28,5% de 2 a 3 salários mínimos e 38% revelaram uma renda maior que 3 salários mínimos. Para a situação atual de trabalho, todos encontram-se aposentados.

Do total dos participantes, 4,7% não era alfabetizado, 33,4% possuíam ensino fundamental completo, 9,5% ensino fundamental incompleto, 23,8% concluíram o ensino médio, 4,7% tinha o ensino médio incompleto e 23,8% possuíam nível superior completo.

Quanto a cor da pele, 81% entrevistados se autodeclararam brancos, 14,3% pardos e 4,7% negros.

Em relação a religião, 9,5% dos entrevistados disseram não pertencer a nenhuma religião e 90,5% dos entrevistados disseram ter uma religião. Destes, 42,2% disseram ser católicos, 26,31% espíritas, 21% evangélicos e 10,6% testemunhas de Jeová.

Do total dos sujeitos, a maioria informou não ser tabagista (n=18). Já para o alcoolismo, 71,4% disseram que não faziam uso de álcool e 28,6% disseram que faziam uso socialmente.

Para predisposição familiar, 76,2% dos participantes negaram algum histórico familiar para câncer de próstata, 19,1% dos participantes disseram que o irmão apresentou diagnóstico de câncer de próstata e 4,7% dos participantes disseram que o pai teve o diagnóstico da doença.

Após as informações expostas, passaremos para a análise das categorias eleitas para o estudo.

## 5.2 REPRESENTAÇÕES SOBRE O QUE É SAÚDE POR HOMENS QUE VIVENCIARAM O CÂNCER DE PRÓSTATA

Esta categoria analisa as representações dos homens que vivenciaram o CaP em relação à saúde. O conceito de saúde vem sendo modificado, a saúde é compreendida não somente como ausência de doença, mas, sim, como uma condição que produz oportunidades e permite a apreciação da vida. Acresce ainda que “a saúde não é um estado, mas um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana” (BOFF, 2004 p.144)

Para Péres *et al* (2008) a saúde garante a condição de se manter ativo, satisfazendo algumas necessidades básicas. A qualidade de vida indica o nível das condições básicas e suplementares do ser humano. Geralmente, a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e esta é fundamental para que o indivíduo ou comunidade tenha saúde, assim, promover saúde é promover qualidade de vida. Torna-se pertinente ressaltar que muitos homens reconhecem a relevância da saúde e a consideram algo essencial em suas vidas, conforme os relatos a seguir:

*É tudo né, é ter qualidade de vida. (E<sub>169C</sub>)*

*Sem problemas, o que eu fazia com 60 eu faço hoje com 85 anos. Saúde tem que estar em primeiro lugar. (E<sub>585S</sub>)*

*A Saúde, a saúde é essencial. Não é nem necessária é essencial. Ter saúde é um estado de conforto... (E<sub>683C</sub>)*

*Ah é a melhor coisa do mundo. Saúde é o principal, saúde é vida. (E<sub>972S</sub>)*

*Olha é a maior alegria que um homem pode ter. Saúde é tudo na vida. Não existe um bem maior... (E<sub>1278S</sub>)*

*Saúde, saúde é a pessoa ter saúde sem dor, sem nada. (E<sub>1361C</sub>)*

*Saúde é você fazer tudo que deseja... (E<sub>1483C</sub>)*

*Ter saúde é muito melhor. Saúde é uma coisa muito importante. Se você tem saúde, você tem tudo. Pode não ter dinheiro, mas tem tudo, saúde é tudo. (E<sub>1578C</sub>)*

*Saúde é tudo, porque é dolorido, pensar que está com problema sério e não conseguir resolver. (E<sub>1960C</sub>)*

*Ter saúde e você poder fazer tudo que você quer, poder comer tudo que você quer, poder ir aonde você quer e quando você quer, enfim, e ter uma vida normal com qualidade de vida. (E2166C)*

A partir das falas apresentadas, constata-se que o fato de a pessoa ter saúde não significa apenas saúde física e mental, mas sim que estejam bem consigo mesmos e com a vida, é estar em um corpo organicamente equilibrado, livre de dor e em uma relação harmoniosa, que permita viver com qualidade para que se possa desfrutar da vida.

Minayo (2000) afirma que qualidade de vida é um entendimento eminentemente humano, o qual se aproxima ao grau de satisfação encontrado na vida tanto familiar, quanto amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial. Possibilita a capacidade de elaborar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de bem-estar. O termo abrange diversos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Burnley (1998) lembra que, entre as teorias que buscam explicar as causas das doenças, a teoria do “estilo de vida”, congruente com a ideologia dominante de saúde, sugere que a prevenção é uma responsabilidade pessoal, cujo foco de intervenção se dará sobre o controle dos fatores de risco individuais.

Nessa perspectiva, alguns entrevistados associaram saúde com o seu modo de vida e forma de agir, se responsabilizando pelas consequências de seus atos. Nota-se nas falas mencionadas abaixo a autoadministração dos riscos e a responsabilidade individual pela própria saúde.

*Minha rotina mudou para melhor porque eu estou cuidando melhor de mim. Hoje eu estou tratando a saúde com mais seriedade. (E462C)*

*O importante para você não ter problema na próstata depende exclusivamente de você, depende do que você faz, não adianta você ficar sentado, você tem que fazer alguma coisa, correr atrás do problema. Então hoje com relação a minha saúde eu me dou nota 10. Eu procuro não trazer coisas negativas para mim. O meu negócio é ser positivo. (E585S)*

*...a saúde é isso é você tentar levar a saúde da melhor forma possível evitando muitas coisas que você tem que evitar. É você chegar a uma certa idade e sentir que teu corpo te obedece... (E762C)*

*... eu estou sempre me cuidando, eu não tenho este preconceito que a turma tem, eu quero é me curar. Ter saúde é você cuidar de você, é você se cuidar. Inclusive eu falo para meus filhos a saúde começa pela higiene. (E972S)*

*... depende da gente do modo de como você agir, de trata o seu organismo, mas também depende muito das circunstancias. (E1773C)*

A responsabilização individual pela saúde se destaca por promover a higidez ao adotar medidas para modificar os seus determinantes, tendo em vista os benefícios da própria qualidade de vida. De acordo com a OMS, os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Tais determinantes incluem tanto aqueles que estão sob o controle das pessoas tais como condutas individuais, estilos de vida, utilização dos serviços de saúde, como os que estão fora de seu controle como as condições sociais, econômicas, ambientais e a prestação de serviços.

A capacidade e as habilidades para o trabalho são elementos constituintes importantes do “ethos masculino” nas classes trabalhadoras (NARDI, 1998). O trabalho tem a eficiência simbólica para garantir as atribuições sociais característicos da identidade masculina. É aquele que vai provocar a doença e determinar uma série de limitações morais e físicas. Herzlich e Pierret (1991), afirmam que ser saudável a partir da Revolução Industrial passou a ser sinônimo de ser capaz de trabalhar, como podemos perceber através dos relatos a seguir:

*Eu tinha bastante saúde né, porque eu trabalhava, levantava 5 da manhã chegava 8, 9 da noite. (E1173C)*

*... eu posso dizer que eu trabalhei mesmo, eu trabalhei, eu administrei uma empresa de 900 funcionários ... eu trabalhei pesado pegando ferramentas muito pesadas, me esforçando das 6 da manhã até a noite, então eu tenho certeza que eu cansei. (E1674S)*

Outro aspecto relacionado às representações da saúde, ancora nas questões relacionadas aos hábitos alimentares, e aparece na fala dos sujeitos, quando estes associam a alimentação como veículo de garantia de boa saúde.

*O comer, o alimento é em primeiro plano, o segundo e saúde, porque sem comer você não vive. (E462C)*

*Para mim viver com saúde primeiro depende da minha alimentação, por exemplo, carne em hipótese alguma, eu sou mais da parte vegetariana. Agora por que eu faço isso, porque eu estou conservando a minha saúde. (E585S)*

*Só modifiquei o sistema de comer e de beber. Eu hoje eu não como nada gorduroso, eu não bebo, não como gordura, não como fritura, evito doce, não como açúcar, não tomo café e mudei a minha vida. Inclusive o que aconteceu em função da minha própria vida eu sempre fui assim. (E762C)*

*Eu só diminuí muita coisa na alimentação, sal e açúcar eu reduzi bem. Eu não sou muito de churrasco, então eu tenho uma vida razoável, sem muito excesso. (E867C)*

*Na rotina é que eu mudei é que eu não tenho feito tanto esforço, tenho me alimentado com mais fruta do que outro tipo de alimento. Eu passei a comer fruta principalmente laranja, mamão, manga, comer pipoca, aveia... (E972S)*

*... cortei gorduras, e refrigerante também eu tomo pouco, porque tem muito açúcar, então eu evito. (E1773C)*

A comunidade científica vem reunindo evidências para comprovar a relação entre dieta e saúde, especialmente na prevenção e no controle de doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo o câncer. Laplantine (1991) em seu pensamento contemporâneo refere que somos tentados a classificar os alimentos como “bons” e “maus”, podendo ser designados inimigos principalmente a gordura, o açúcar e o sal, além da bebida alcoólica, colesterol e condimentos. Fato que pode ser observado nos relatos acima nos quais fazem parte das explicações sobre malefícios de certos alimentos para a saúde e, inclusive contribuem para agravar a responsabilidade da alimentação como causa de doenças.

As mudanças do estilo de vida são direcionadas pela preocupação com a saúde. Além da importância de adquirir uma alimentação saudável, a representação

social formulada, engloba também a prática de atividade física e a preservação do sono, conforme os relatos a seguir:

*Ter Saúde é tudo, é ter à alimentação, fazer exercícios essas coisas que a gente podendo faz. (E<sub>275C</sub>)*

*Eu não sou de passar noitadas. (E<sub>585S</sub>)*

*Eu que sei de saúde, é o que já estava começando a fazer, me alimentar melhor, dormir um pouco melhor, porque eu durmo tarde e uma atividade física. (E<sub>1066C</sub>)*

*Eu não perco noites de sono ... quando chega a hora de dormir 22:30h, 23h eu já estou dormindo, ou seja, depois das 22h eu já estou dormindo. (E<sub>1278S</sub>)*

*Eu sabia que eu ia ficar bom, porque eu sempre tive uma ótima saúde porque sempre fiz esporte, eu sempre pratiquei. Eu continuo fazendo esporte, eu pratico bastante esporte, faço musculação, só não caminho. (E<sub>1871C</sub>)*

O estilo de vida, caracterizado por um conjunto de comportamentos de risco relacionados à saúde, adotado pelos indivíduos da sociedade moderna, tem sido apontado como um dos principais modulares dos níveis de saúde. O estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Para a maior parte da população, os maiores riscos para a saúde e o bem-estar advêm do próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais presentes (NAHAS, 2001).

O conceito de saúde é intensificado como uma realização no plano individual do sujeito, à medida que este muda seus hábitos para adquirir melhores condições de vida. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas. Abster-se dos comportamentos prejudiciais à saúde tais como o tabagismo e o alcoolismo estão presentes nos relatos dos entrevistados como meios de garantir uma vida saudável:

*Porque eu sou uma pessoa que me cuido não fumo, desde 1974, quando eu descobri que estava com problema eu parei de beber, agora o que eu bebia, era só socialmente assim a noite. Mas nunca abusei de bebida, de jeito nenhum. Eu então cisme e disse não vou beber mais, eu tive o problema aí eu vou parar. (E<sub>376C</sub>)*

*Então você está judiando de seu corpo, então você não pode se dar como satisfeito, há eu estou bebendo, está bebendo não vocês está se destruindo. O cara que fuma está se destruindo. (E<sub>762C</sub>)*

*Eu tinha bastante saúde né.... No princípio não estava nem aí, tomava uma cerveja, agora parei de tomar (E<sub>1173C</sub>)*

*Eu não fumo, não bebo. (E<sub>1278S</sub>)*

Os cuidados integrais com o corpo e a saúde implicam promover a saúde e prevenir as doenças, constituindo se nas melhores estratégias para enfrentar seus condicionantes e determinantes sociais, de modo a impactar a favor da qualidade de vida. Apesar de adotar tais medidas, estas ações não eximem por completo o organismo do adoecimento, cujas causas e determinações são múltiplas e variadas.

### 5.3 CÂNCER DE PRÓSTATA: REPRESENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA E A DESCOBERTA

Nesta categoria, analisaremos as representações de como os homens que vivenciaram o câncer de próstata conhecem sobre a doença, os sentimentos que emergiram ao descobrir sua condição de adoecimento, e as dificuldades encontradas na superação desse agravo.

Ratificando a importância de apreender como as pessoas representam o processo saúde-doença, de modo a possibilitar através da comunicação, o conhecimento das reais necessidades do indivíduo, constitui como base importante para o planejamento de atividades que promovam a prevenção e o controle da enfermidade.

De acordo com Richer e Ezer (2000), para entender a doença e o sofrimento deve se considerar seu significado. Este, por sua vez, é interpretado com base em um julgamento sobre as impressões produzidas pelo corpo, assim, para entender o

significado e o sentido dado a esta experiência, deve-se considerar a integração dos significados passados, procurando ao mesmo tempo por significados da vida atual.

Para Langdon (2009), as pessoas estão sempre interagindo de modo que elas compreendam e interpretam o que os outros estão dizendo e também se relacionam segundo suas interpretações. Nessa perspectiva, a pessoa percebe, interpreta e reage a uma realidade construída, e não a uma que é preexistente ou limitada.

Decidir ou interpretar que você está doente é um processo que é construído junto ao seu grupo, envolvendo noções compartilhadas sobre o corpo, seu funcionamento e quais sinais indicam que algo está errado, a gravidade da situação e como interpretá-la. Desta forma os relatos a seguir apresentam a representação sobre o conceito de próstata, a descrevem anatomicamente, relatando seu funcionamento e relacionando-a com o sistema urinário, com a vida sexual e com as alterações ocasionadas pela neoplasia e seus estágios de gravidade:

*A próstata, você tem a bexiga depois que sai da bexiga vem o reto e aqui embaixo da bexiga são duas glândulas e no meio, vem o canal da bexiga, vem o canal que vai para o pênis né para você poder urinar. Então o que acontece, se ela inflama então bloqueia a saída, a urina. Então o que acontece, tem que ser desbloqueado, como foi feito no tratamento para abrir o canal para você poder urinar bem. (E<sub>376C</sub>)*

*O pouco que eu sei é que é uma glândula, muito pequena (...). Eu sei que é um tumor, que obstrui o canal da urina. Impede a urina (E<sub>462C</sub>)*

*.... Doí porque pelo que me falaram a próstata fixa a bexiga o que dá fortes dores quando a urina sai. (E<sub>762C</sub>)*

*A próstata e nada mais, nada menos que uma glândula que vai aumentando. Então se você pegar ela no começo com remédio e tratamento. Você consegue mantê-la, eu não digo acabar, mas equilibra-la. (E<sub>762C</sub>)*

*Basicamente que é uma inflamação, que acontece na próstata, e que tem quatro fases, a inicial, a leve a média e a irreversível. Então até na terceira fase à possibilidade de fazer o tratamento químico ou fazer uma cirurgia. (E<sub>1674S</sub>)*

*A próstata é um órgão, que pelo o que eu entendo é o que produz o esperma. E um órgão ligado a vida sexual do homem. Essa*

*injeção que eu tomo é para diminuir a testosterona, porque a testosterona quando esta alta é ela que ativa o câncer. (E1773C)*

Ao saberem do seu diagnóstico os pacientes buscam se informar através de livros e acesso à internet como maneira de ampliar seus conhecimentos por ser de seu interesse, uma vez que é sua saúde que está em discussão. Torna-se importante para o paciente ser seletivo e discutir com o médico sobre as informações obtidas, visto que o diagnóstico e tratamento de câncer apresentam muitas variáveis, sendo um processo complexo que requer equilíbrio, transparência e informações adequadas a cada paciente (ONCOGUIA, 2017).

Todo o indivíduo tem o direito de pesquisar sobre sua saúde em qualquer meio de informação. Um estudo realizado na Universidade de Copenhague revelou que 35% dos pacientes que sofrem de câncer na Dinamarca usam a internet em todas as fases do tratamento. No Brasil, calcula-se que mais de 10 milhões de internautas fazem pesquisas sobre saúde com regularidade (ONCOGUIA, 2017). A descoberta perante a doença desperta nos participantes o interesse em se inteirarem sobre o assunto através de pesquisas em livros e pela internet conforme os relatos a seguir:

*... eu comecei a analisar o que era a próstata, livro falou em próstata, em Viagra tudo isso eu pegava um papel que tenha algo sobre isso eu começo a ler. Porque isso é do nosso interesse. (E762C)*

*E eu sei também né, vi na internet uma retirada de próstata. (E972S)*

*Eu não sabia nada do que era câncer de próstata. Ai depois desses exames e tudo que eu fui procurar na internet para mim ter uma ideia do que seria. (E1960C)*

*Tudo, eu li um monte de literatura, inclusive para fazer a biópsia (...). Então eu estou sempre atualizado, eu leio tudo, porque é a vida da gente, se a gente bobear... (E2166C)*

Conforme Almanza-muñoz e Holland (1999) pontua, o medo do câncer e suas representações negativas permanece por séculos estigmatizado na nossa sociedade e nos pacientes com a doença. O diagnóstico para uma doença oncológica,

permanece ainda associado a uma sentença de morte. O registro que fica não é do medo de simplesmente morrer, mas sim o de morrer de câncer.

A palavra câncer ainda hoje é um estigma, muitos preferem não a pronunciar e há quem não goste nem de tocar no assunto, por acreditar ser sinônimo do fim. O câncer é uma doença crônica que se tratada é possível ter uma longa vida, assim, a aceitação da doença ocorre com o aumento do conhecimento que dela se adquire, quanto mais se sabe sobre o assunto, menor é o estigma, o medo e o preconceito.

Descrever a doença do câncer torna-se uma tarefa difícil de ser representada por constituir reflexos de uma concepção segundo a qual a doença é intratável e extremamente dolorosa. De acordo com Sontag (1984) a doença câncer foi intensamente sobrecarregada com ornamentos da metáfora. As pessoas adotam esse mecanismo para tentar explicar a doença a partir de algo familiar, utilizando para isso essa figura de linguagem.

Para Helman (2003) as metáforas são incorporadas ou internalizadas por aqueles que as utilizam, passando a fazer parte tanto do modo como os indivíduos vivenciam os eventos quanto dos sentidos que dão a estas experiências, podendo ser individuais em seu próprio corpo ou fora dele.

Percebe-se a utilização das metáforas utilizadas pelos sujeitos do estudo ao utilizarem as expressões o câncer se “ramifica”, se “arrama” como se fosse uma planta, no sentido de se dividir em vários ramos e se espalhar como se fosse uma raiz. Outra metáfora encontrada nos relatos compara o câncer a uma ferida, que se não tiver cuidados ela aumenta e ocasiona a necrose, no sentido de perda.

Os tipos de câncer benigno e maligno também aparecem no sentido metafórico de que é benigno, é do bem associando a possibilidade de tratamento no início da doença e maligno como sendo do mal, se deixado de lado, abandonado.

*Esse câncer é um tumor que vai crescendo, vai crescendo e cada vez ficando pior e chega um ponto que você não tem recursos, se você abandona e não procura saber o que é. (E376C)*

*... é tanto o choque que dá da doença, do adoecimento, a palavra câncer, porque antigamente eu não falava, falava CA, hoje não, já é uma palavra mais aceitável. Eu procuro passar para outras pessoas que não é aquele bicho papão. (...) eu sei que ele se ramifica. Meu cunhado faleceu porque ele operou e não tirou todo o tumor ele se ramificou. (E462C)*

*É um tumor que pode ser maligno ou benigno. Se tratado no início, há possibilidade, é simples, só que não pode abandonar. (E<sub>867C</sub>)*

*O que é o câncer, o câncer é como se fosse uma ferida em uma parte do seu corpo que se você não cuida, esta ferida vai aumentando, ela vai necrosando até quando ela chega a tomar conta do seu corpo até que não tem mais jeito (...) vai chegar à conclusão que não tem mais jeito, não tem nem como operar mais. (E<sub>972S</sub>)*

*...é interno porque as vezes sai para fora e arrama para outros lugares. (E<sub>1960C</sub>)*

Para aceitar e enfrentar os desafios gerados por esta patologia, os homens que vivenciaram o CaP adotaram atitudes mobilizadoras como a religiosidade, a espiritualidade e o apoio da família.

A religiosidade e a espiritualidade encontram-se aliadas as pessoas que se deparam com alguma enfermidade, uma vez que uma das principais razões que levam a procura de ajuda religiosa são devido aos problemas de saúde (FLECK *et al*, 2003).

Para Ferreti (2003), existe no Brasil, uma grande ligação entre saúde e religião devido a maioria das pessoas considerar a doença como algo ocasionado tanto por fatores materiais, espirituais e mágicos, além de acreditar na ação de atos sagrados na prevenção e na cura de enfermidades.

A religião tem o poder de alterar o significado de uma doença para o indivíduo que sofre, além de ser considerada uma forma de modificar a visão de mundo desse sujeito. Isso implica na mudança dos significados que a pessoa atribui a sua patologia ou ainda a uma alteração em seu estilo de vida (MELO e OLIVEIRA, 2010)

Conforme Seidl e cols. (2001) o enfrentamento religioso pode ser visto de forma positiva por estar associado a estratégias de enfrentamento ativo, planejamento, reinterpretção positiva e suporte social instrumental e emocional. Desse modo percebemos através dos relatos a seguir que a religiosidade/espiritualidade constitui uma estratégia de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis, como o diagnóstico do câncer.

*Mas eu não me acomodei, porque eu também sou evangélico, orei muito, pedi a palavra de Deus, e eu confio na palavra de Deus né, e eu recebi uma resposta né. Esse câncer não é para sua morte, é para você glorificar a Deus. Deus tem poder né.*

*Então eu confiei nisso né, e fui até o fim e não me preocupo com nada, está tudo bem, eu como de tudo, eu faço de tudo. (E169C).*

*... tô bem agora graças a Deus, tô curado, e agradeço muito a Deus em primeiro lugar e as pessoas que cuidaram de mim né, eu só tenho a agradecer, são casos como você que está querendo saber que é muito importante é bacana, lá eu agradecei todos eles (...) E cada aplicação que eu tomava, eu pedia a Deus e agradecia, pela cura que estava me dando. E isso eu pedia muito a Deus, não só pedia, mas agradeço também. E eu fui feliz, Graças a Deus. (E376C)*

*... na própria doutrina ensinam para a gente que se tiver que ter não vai escapar. Senão tiver não estava no seu plano (...) se tiver que tá no caminho as coisas que tem que vir acontecer vai acontecer, só que tem que estar preparado que é difícil, é muito difícil, as pessoas estarem preparadas, mas a gente vai aprendendo. (E462C)*

*Eu não sei, veja bem eu tive sempre sorte, da maneira de você pedir, da maneira de você falar, mas não de exigir. Eu procuro não trazer coisas negativas para mim. O meu negócio é ser positivo. (E585S)*

*... eu estou frequentando uma ceara espreita, a gente vai lá só para receber fluidos positivos. (E972S)*

*... eu faço tratamento alternativo, junto, em conjunto de holística né, eu faço muito reiki, eu tomo passos energéticos. Essa parte espiritual que a gente trata eu acho que deu um suporte de ajuda bom para todos esses anos. Mas eu faço junto caminha junto o espiritual e o físico. Eu sou bem controlado, de não ter nervosismo, isso ajudou me ajudou bastante nessa minha jornada. (E1173C)*

*Então eu tenho certeza, eu tenho muita fé em Deus. Eu sei que tudo que vocês, cada comprimido que vocês dão para gente é uma gotinha que Deus manda pingar na vida da gente. E se a gente merece que essa gotinha resolva, é através de vocês que chega na gente. Isso é que eu acho que dá certo. Por isso não tem nada errado. (E1674S)*

*Saúde é um bem que Deus dá para gente (...) Está nas mãos de Deus e Deus sabe o que eu tenho que passar, se eu to passando por isso aqui e que eu tenho que passar. Eu tenho que agradecer de estar respirando e por ter acordado hoje, e eu graças a Deus acordei, então eu só tenho a agradecer. (E1773C)*

A partir do momento em que é dado o diagnóstico do câncer, representa um novo marco para o paciente. Como o indivíduo é um ser com necessidades

biopsicossociais, o apoio de familiares e pessoas queridas torna-se essencial por conseguir permear toda essa relação potencializando positivamente a adaptação a esse momento da vida.

*... eu percebo que quando tem algum problema as pessoas se aproximam mais da família. (...), mas eu acho que deve falar para a família, a gente não deve esconder nada, vai de a pessoa aceitar. Eu aceitei e estou curado. Aceitar e nossa escolha. Se não aceitar fica difícil. (E<sub>462C</sub>)*

*Eu tentei levar assim numa boa porque minha companheira ficou nervosa e tudo. Então você tem que ter apoio e eu tive apoio dos meus filhos. Eles moram em São Paulo e me acompanharam no hospital, na cirurgia então eu tive apoio deles e dela também. (E<sub>1960C</sub>)*

As crenças retratadas em relação à doença contribuem para que cada indivíduo vivencie o adoecimento de forma única, devido a sua construção subjetiva. O estar doente depende da percepção do sujeito em relação à sua condição e devido a características de sua personalidade, de como lida com as frustrações, das vantagens e desvantagens das circunstâncias de adoecimento, assim como de sua relação com o adoecimento (Spitz, 1997).

Encarar o momento de sofrimento pode, finalmente, ser positivo ou se tornar uma situação com consequências negativas, dependendo da cultura do médico e da maneira de encarar a vida do paciente (Silva, 2006).

O adoecimento pelo CaP pode ser encarado de forma positiva, sem estar associada ao estigma do câncer, por esta patologia ser prevalente em homens com mais de 60 anos e o risco de seu desenvolvimento ser mais vulnerável nesta faixa etária. Pode-se notar através dos relatos a seguir, a maneira favorável de lidar com a descoberta da doença oncológica:

*Se toda doença for como o câncer de próstata, eu não tenho o que falar porque eu nunca senti nada, não me afetou em nada no meu dia a dia. Receber a notícia do câncer foi normal porque eu sabia que todo homem é passível de ter o câncer de próstata. (E<sub>683C</sub>)*

*Uma passagem, mais uma passagem da vida. Eu não me assustei muito não. Não vou dizer que eu não me assustei,*

*logico, mas eu não cheguei a um ponto de me desesperar. Mas enfim só o tempo iria me dizer o que iria acontecer (E762C).*

*Uma doença que fica constante ou agente se adapta a ela ou vai sofrer, eu prefiro adaptar né. Porque não dá você resolve os problemas possíveis, o impossível esquece eles. (E1066C)*

*Eu diria assim, que eu não me assustei porque como já teve vez que pessoas da família que faleceram por problemas de câncer, então eu apenas fiquei imaginando qual era a relação que tivesse um com outro. (E1674S)*

*Olha, eu não tenho receio da morte, ela não me afetou emocionalmente. Mas para mim não alterou assim, emocionalmente, não me alterou em nada, continua tudo numa boa, tranquilo. (E1871C)*

Pode-se encontrar na literatura diversos autores que expõem o estigma do câncer relacionando-o a sentimentos negativos. Ainda é presente na sociedade o mito de que o câncer é uma “doença maldita” e, desta maneira, pode traduzir conotações negativas se comparado a outras enfermidades (BARBOSA e FRANCISCO, 2007).

O que colabora também para os sentimentos negativos perante o CaP é o fato de poder ser percebido através de sua forma mais grave, quando se dá o desenvolvimento de uma metástase. Este agravamento da doença, torna-se impactante por vislumbrar o sofrimento vivido na primeira vez, trazendo-lhe o inconformismo e o sentimento de tristeza.

Apesar de alguns doentes conseguirem adaptar-se à doença, outros apresentam dificuldades nessa adaptação após o diagnóstico do câncer, o que acaba ocasionando a ocorrência de perturbações emocionais, como ansiedade, tristeza e depressão clinicamente significativas. Quanto à possibilidade do surgimento de metástase os sentimentos negativos podem persistir como relatado por E1278S.

*A princípio foi complicado né, porque quando eu adoeci, eu falei para os meus filhos e todo mundo ficou alvoroçado. (E169C)*

*Foi um baque muito duro para mim... aí o mundo abriu para mim (E275C)*

*Com o resultado me sentia chateado, quando eu ia falar o que eu tinha me vinha lagrimas, eu sou muito sensível, eu não queria ficar doente. Eu queria viver até uns 85 anos para mim estava bom. (E972S)*

*Primeira coisa é o susto, caramba né, já pensou agente tem câncer de próstata, tenho visto tanta gente fazendo cirurgia de próstata e o cara já era. Me deu um tombo aí fiquei chateado pra caramba. Para mim isso significou uma mudança na minha vida. Mudou completamente (E<sub>1066C</sub>)*

*E eu já sofri muito quando descobri que estava com câncer. Eu fiquei um tanto abalado, fiquei um tanto ressentido(...). Agora o que deu problema é que deu uma deficiência muito grande, neste último ano porque agente encontrou uma calcificação no cérebro, um nódulo no testículo, e está desconfiado de ter metástase nos ossos. Eu emagreci muito, estou tendo muita dificuldade na movimentação, e foi assim em um ano que deu esse baque, porque antes estava normal. (E<sub>1278S</sub>)*

*Agora quando eu soube que estava com câncer pelo amor de Deus meu mundo desmontou (...). Mas quando eu soube, o chão fugiu do pé, eu fiquei arrasado. (E<sub>1361C</sub>)*

*Descobrir foi duro, nossa senhora. Há muita coisa ne, um maior desespero né, foi uma semana de tristeza, fiquei desesperado. Mas o primeiro dia que era tristeza, nossa você pensa em até se matar. No primeiro dia você não sabe o que faz, é triste. (E<sub>1578C</sub>)*

*Há influenciou muito né, começou a doer as pernas, a gente se sente abatido, a gente se sente chateado ne. (E<sub>2085C</sub>)*

A concepção da representação da doença está diretamente ligada às debilidades do organismo, que quando em estágios avançados, sem perspectiva de melhora e com limitações, constitui o verdadeiro estado de doença, possibilitando a compreensão de que pequenos desequilíbrios orgânicos podem não ser pontuados como doença, podendo assim, o estado de saúde conviver harmonicamente com alguns sinais e sintomas clínicos de uma patologia, desde que estes não prejudiquem e limitem o conforto e a qualidade de vida do indivíduo, ancorado na mudança paradigmática, pelo qual passou o conceito de saúde e de doença (MINAYO, 1999)

Desta forma, o indivíduo é quem avalia a transformação do normal em patológico, porque é ele quem sofre as consequências no momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (CANGUILHEM, 2009). O entendimento sobre doença nos possibilitou compreender o significado da doença na vida desses homens por ancorarem suas representações sobre doença ao grau limitante que a mesma pode causar, de modo a impedir a realização de atividades conforme os recortes das entrevistas a seguir:

*Quando a gente está impedido de fazer qualquer coisa, qualquer atividade, isso pra mim é uma doença. Não pode fazer uma coisa por causa disso ou daquilo, você perde parte do que você é. (E<sub>1066C</sub>)*

*É alguma coisa que me impede de fazer alguma coisa que eu poderia fazer, se eu tivesse inteiro normal. (E<sub>376C</sub>)*

*Doente e a pessoa não conseguir fazer mais nada né, ficar no hospital internado, isso aí é doença né. (E<sub>1361C</sub>)*

*Estar doente é não conseguir fazer nada. (E<sub>1483C</sub>)*

*Ter doença é limitação, é frustração, a gente não quer admitir a finitude da nossa vida, e quando você pega a saúde, você vê, epa, epa, estou chegando no fim, então realmente é frustrante né. (E<sub>2166C</sub>)*

Os homens se consideram doentes a partir das alterações em sua rotina quando se deparam com as limitações ou impossibilidades de realizar as atividades diárias. Este deixa de ocupar sua posição de invulnerabilidade, revelando suas limitações e fragilidades. Spitz (1997) afirma que qualquer que seja a origem de uma doença, ela sempre representa um prejuízo ao nosso narcisismo, uma ferida no sentimento de onipotência e uma vivência de fragilidade e dependência em relação aos outros.

Para Costa, Alves e Lunardi (2006), o adoecer pelo câncer propicia a ideia de diminuição da sua capacidade de autonomia e uma maior fragilidade física. O sujeito se vê diante da impossibilidade de cuidar do seu próprio corpo e a necessidade da dependência de cuidadores, o que contribui para aflorar seus sentimentos de sofrimento e de terminalidade do processo de viver, conforme observado nos recortes abaixo:

*... eu hoje ficar doente numa cama para mim seria horrível, eu não aceitaria. Tem pessoas que aceitam a doença normalmente, há estou doente, tudo bem, espera que os outros ajudem, eu já não gostaria (E<sub>762C</sub>)*

*Eu estou correndo atrás, se eu tiver que morrer, eu não quero só ficar de cama está entendendo, eu não quero ficar dependendo*

*de ninguém, eu nunca quis ser dependente. Eu sou assim, prefiro morrer do que ficar vegetando numa cama. (E<sub>9</sub>72S)*

*É quando o organismo não corresponde aos padrões já estabelecidos pela medicina. Existe um padrão fora deste padrão está doente. (E<sub>8</sub>67C)*

A representação de doença também aparece em seu conceito não subjetivo. Ferreira *et al* (2014) definem tal conceito como a elaboração de diagnósticos através de sinais e sintomas definidores de uma doença descrita nos manuais médicos. Assim, doença é considerada um desvio do que se espera do organismo normal, uma perturbação passível de ser diagnosticada e tratada, independentemente da variância individual do processo do adoecer.

Ao relatar sobre a doença CaP, os participantes do estudo ancoram o câncer no sintoma da dor física. Para Helman (2003) o modo de manifestação de uma enfermidade é determinado, na maioria das vezes, por fatores socioculturais, possuindo assim sua própria linguagem de sofrimento encontrando-se relacionado às experiências subjetivas de comprometimento do bem-estar e do reconhecimento social dessas experiências. É através dos fatores culturais que os indivíduos determinam quais sinais ou sintomas são percebidos como anormais ou normais.

Andreoli *et al* (1998) destacam que o CaP incipiente é assintomático. O fato de não apresentar sintomas em sua fase inicial pode ocasionar maiores riscos para a doença. De acordo com Ferreira e Nardi (1999), calcula-se que cerca de 75% a 80% dos tumores não se expressam clinicamente.

Assim, percebe-se que ao adoecer pelo CaP para alguns pacientes, não foram perceptíveis os sintomas, sendo representada para os sujeitos a seguir como uma doença silenciosa que não ocasiona a dor.

*... dores eu não sentia. (E<sub>5</sub>85S)*

*... porque infelizmente isso é uma doença que não te dói, que não se manifesta. (E<sub>7</sub>62C)*

*... o câncer que eu tive não é dolorido, eu não sentia que estava com câncer, eu não sentia dor alguma, como até hoje eu não sinto. (E<sub>12</sub>78S)*

*Os sintomas eu não senti nada porque não dói. (E<sub>13</sub>61C)*

*Sintomas não existe eu não sentia nada. (E<sub>1483C</sub>)*

*E eu não senti sintoma nenhum. (E<sub>1773C</sub>)*

Sabe-se, por outro lado, que o câncer prostático quando apresenta sintomas, na maioria das vezes, estes aparecem quando a doença já está avançada e é tardiamente diagnosticada, já que as glândulas periféricas são as mais propensas à degeneração maligna, gerando os sintomas tardios (SROUGI, 2003).

Andreoli *et al* (1998) também ressaltam que tal neoplasia, quando invasiva localmente, pode causar obstrução urinária, produzindo sintomas semelhantes aos da Hiperplasia Benigna da Próstata ou obstruir os ureteres, podendo levar à hidronefrose.

Os principais sintomas descritos pelos entrevistados estão relacionados ao sistema urinário, tais como a dificuldade de controlar a necessidade de urinar, a diminuição do fluxo de urina, além de estarem associados a sintomas de dor durante a micção.

*A dor é muito grande quando você quer fazer xixi e não consegue (...). Aí comecei a sentir dor na hora de fazer xixi, aí eu ia para o Pronto socorro e eles colocaram sonda, porque a dor é demais (E<sub>275C</sub>)*

*... da dificuldade de urinar..., mas eu sentia aquela dificuldade para urinar e não conseguia (E<sub>376C</sub>)*

*... eu comecei a verificar que eu tinha problema de urina, mas isso era um negócio muito lento. (E<sub>762C</sub>)*

*Sintoma, teve época que eu sentia uma diminuição da urina. (E<sub>867C</sub>)*

*... também sei que de repente, ficar espirando tossindo, porque eu não vou ter muito controle no sistema urinário. (E<sub>972S</sub>)*

*... se eu tiver que fazer um movimento rápido aí pode ser que saia alguma coisa ... a única coisa que tem é a incontinência urinária, no caso de fazer as vezes fazer uma força, as vezes relaxa demais e dá aquela pisada agente relaxa e parece que escapa alguma coisa. (E<sub>1066C</sub>)*

*... eu fui no banheiro urina e começou a doer... (E<sub>1578C</sub>)*

*Antes eu tinha aquele problema de não poder segurar a urina que eu não conseguia, tinha que sair correndo, na época do frio era pior ainda. (E<sub>1960C</sub>)*

*Quantos aos sintomas a urina começou a ralar um pouco e tal.*  
(E<sub>2085C</sub>)

*... aquela infecção urinária, que quando atacou provavelmente foi o próprio câncer que atacou a infecção né.* (E<sub>2166C</sub>)

As mudanças reconhecidas no corpo são resultantes dos sinais e sintomas construídos culturalmente e estas dão formas às mudanças físicas e emocionais, enquadrando-se dentro de um padrão identificável, tanto para a pessoa doente como para aqueles que estão ao seu redor. A enfermidade é caracterizada pela percepção que as pessoas têm de alterações físicas e suas relações com os outros aspectos da sua construção histórica, assim, o padrão resultante dos sinais e sintomas representam o primeiro estágio do adoecimento (HELMAN, 2003).

Os significados do corpo dependem das interpretações dos sujeitos de acordo com a realidade da experiência do adoecer, tornando-se um fenômeno singular e ao mesmo tempo plural do existir humano.

Para Helman (2003), quando há um consenso entre pessoas de uma mesma cultura ou comunidade sobre um padrão de sinais e sintomas, sobre sua origem, seu significado e seu tratamento, trata-se de uma “doença popular”. Para este autor as doenças populares são mais do que sinais e sintomas físicos. Elas possuem também uma série de significados simbólicos, morais, sociais e psicológicos para suas vítimas.

O câncer tem sido visto como um processo irreversível, sendo associado a um desfecho trágico. No entanto, o avanço da ciência possibilitou o surgimento de tratamentos e perspectivas de curas tanto para o CaP quanto para outros vários tipos de câncer. Nesse cenário a prevenção e o diagnóstico precoce vêm sendo considerados fatores importantes, pois contribuem para a redução dos casos de mortalidade e o aumento da taxa de sobrevivência em anos associado à manutenção da qualidade de vida (DAMIÃO, 2015).

Nos relatos pode-se perceber o conhecimento dos entrevistados sobre a importância de se cuidar e de participar de campanhas voltadas para a saúde do homem como forma de prevenção, além de realizar o tratamento o mais precoce possível, como forma de evitar a morte.

*Eu descobri que todo homem devia fazer o exame. Todo homem é passível de ter o câncer de próstata e eu fui fazer como prevenção.* (E<sub>462C</sub>)

*A doença é essa, é você saber prevenir. Prevenir um pouquinho você consegue levar além. (E683C)*

*Então se há uma campanha e o homem larga de ser machista, e procura se cuidar, eu acho que seria bom. (E762C)*

*... se a pessoa não fazer tratamento acaba morrendo ... esse problema não dói, só que se não cuidar morre. (E1361C)*

*... o câncer de próstata se você não cuidar ela pode se expandir inclusive para os outros órgãos (...)levam inclusive a morte se não for cuidada no devido tempo. (E1871C)*

Apesar das discussões sobre a eficácia e necessidade de realização do exame de PSA, este ainda serve como medida de prevenção sendo utilizado como parâmetro para os entrevistados, que tem como conceito de PSA o valor máximo de 4. Quando este valor é excedido tem-se a representação de alteração no exame o que remete a preocupação em relação ao desenvolvimento do câncer.

*...meu PSA estava 6,5, quando eu fiz a biópsia em uma semana, ele foi para 15, e se passar de 20 ai já é complicado entendeu (...) Eu sei que não tem nada, meu PSA não tem nem um, é 0000... e o homem só pode ter 4. PSA 4, se tiver 4,5 já tem um pontinho lá, tipo um pontinho de lápis assim. (E169C)*

*... e que não pode chegar a 12 ou a um grau muito mais alto porque aí já não tem mais jeito. (E462C)*

*Fiz agora um PSA deu 6. Eu sei que o máximo é 4. (E585S)*

*Isso é fundamental, porque não é porque eu fiz a cirurgia que eu não preciso continuar a fazer o exame de PSA. Eu preciso fazer. (E1871C)*

*O meu PSA estava muito alto né, estava 35 e o ideal é 4 né. (E2085C)*

Conforme Gomes (2008) relata em seu estudo a prevenção do CaP em geral é tratada a partir de uma fundamentação que integra conhecimentos da pesquisa básica, clínica médica e epidemiologia, sendo pouco abordado a relação que pode ser estabelecida entre o toque retal, um dos principais alvos da prevenção secundária e modelos hegemônicos de masculinidade.

Compreender os aspectos subjetivos e culturais envolvidos na construção da masculinidade como os preconceitos e medos infundados e toque retal

problematizado pela masculinidade hegemônica, pode contribuir para que se possa lidar com problemas que impeçam os homens de fazer a prevenção do câncer próstata (GOMES, 2008). Conforme os relatos a seguir percebemos o reconhecimento de atitudes machistas perante os homens.

*Primeiro lugar, os homens ainda são muito machistas (...) amigo que idade você tem, eu estou com 50, você já fez exame de próstata, não, nem eu faço, medico não vai tocar em mim, não vai pôr dedo em lugar nenhum, quer dizer, ainda existe o machismo do homem. Então o homem ainda é machista é não vai procurar. (E762C)*

*Eu acho mais ignorância dos homens, fazer o toque não aceitam. Eu não, eu fiz eu faço, não tem problema. (E1173C)*

O diagnóstico e o estadiamento para o CaP se faz através do estudo histopatológico realizado através da biópsia, procedimento realizado por todos os entrevistados. Através dos relatos a seguir percebe-se que sua realização está associada a um exame dolorido e desconfortável de se realizar.

*... quando você faz a biópsia, sabe como é feito a biópsia no homem?... É tipo de um revolver, então eles penetram pelos anus né, parece que você está em outro mundo de dor. Aí dá 12 tiros, aí cada tiro que dá espirra até lagrima de dor, aí vai um laser lá dentro, se não tiver um câncer aí ele volta normalmente, se tiver um câncer ele vai tirando um pedacinho, ou então tira vários pedacinhos né, aí quando você faz a biópsia tem que ser urgente, ou opera ou faz a radioterapia. (E169C)*

*... fui procurar o médico para fazer a biópsia. E fiz. Normalmente é quantidade é uma média de fragmentos que eles tiram para fazer o exame, tiram 21 no mínimo. Por hora foi bom, porque agora nós vamos fazer uma análise em todos os 21 fragmentos e o que tiver o carcinoma e nele que vamos trabalhar. Em 5 fragmentos constataram carcinoma. Ele falou olha para você vai facilitar porque pegou um câncer logo no começo, que ele está arraigado, este câncer não vai para o seu corpo (E585S)*

*Então fiz a biópsia. Aí sofri para fazer a biópsia, aí até falei se tiver que fazer biópsia mais uma vez eu morro, mas não faço. Na biópsia eles escolheram lá 14 amostras (...). Aí fui pegar o exame e quando vi lá ademocarcinoma comprometendo 40 %. (E972S)*

*Biopsia duas vezes, e é ruim, porque é pelo ânus, aí eles colocam o negócio lá e um alicatinho e vão puxando, e dói pra caramba. Na primeira não doeu nada e na segunda já acusou o câncer. (E<sub>1173C</sub>)*

Para Olivieri (2015), é fundamental a oferta de ações educativas visando a superação de comportamentos equivocados e prejudiciais à saúde do homem. O fato de homens não procurarem os serviços de saúde por não se sentirem doentes, torna-se uma característica do imaginário social dos homens que só procuram atendimento em situações limítrofes. A prevenção é o melhor meio para se manter saudável. Um diagnóstico precoce, proporciona um tratamento precoce e assim menos danos.

Torna-se indispensável investir em maior conscientização da população masculina em relação a doença e suas formas de enfrentamento, uma vez que o homem passa a se descobrir, interrogando-se e buscando respostas aos seus desejos e observações. Este é o protagonista da sua própria história e pode atuar no desenvolvimento crítico da tomada de consciência para melhorar a sua qualidade de vida.

#### 5.4 HOMENS TECENDO REPRESENTAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA

Nesta categoria de análise, serão abordadas as representações sobre tratamento para o CaP. Está nos permitiu perceber como foi para os entrevistados a escolha de seu tratamento sua experiência ao realiza-lo e as consequências geradas após sua realização, visto que existem várias opções para o tratamento que devem objetivar não somente o controle oncológico, mas também manter a qualidade de vida.

Nas diferentes culturas, a expectativa do tratamento de uma doença pode apresentar formas diferentes de serem contextualizadas. Sua compreensão exige o entendimento do adoecer e as implicações que esse fato tem para a vida das pessoas, as quais variam de culturas e sociedades. O conhecimento de cada indivíduo torna-se fundamental para decisões sobre o cuidado com a saúde. Uma pessoa discute ou avalia as possibilidades do cuidado de uma enfermidade a partir do seu conhecimento

e experiência, escolhendo além dos diferentes tipos de assistência, as recomendações que fazem sentido para ela (HELMAN, 2003).

O tratamento para o câncer é definido em função da perspectiva de vida do paciente do estadiamento da doença, assim, as principais formas de tratamento para o CaP citadas pelos entrevistados foram a radioterapia realizada por 13 (61,9%) homens, procedimento cirúrgico feito por 5 (23,8%) homens e tratamento hormonal por 3 (14,2%) homens.

Para Rabelo, Alves e Souza (1999) o segmento do processo terapêutico não é só um plano programado, mas uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para sua experiência do passado, interpreta-a de acordo com as circunstâncias e o seu conhecimento do presente. A escolha do tratamento está relacionada com a imagem que se tem do que pode ser a sua opção, e se essa imagem que ele faz reproduz o mais adequado para o seu tratamento. Uma imagem sobre um processo terapêutico tem um caráter fluido, uma vez que não é inerente formada pela adesão dos enfermos a um modelo interpretativo, mas é construído dentro das suas relações sociais.

Através dos relatos a seguir podemos perceber o conceito que os indivíduos construíram sobre o processo terapêutico para o CaP a partir de suas experiências e relações sociais, como a do processo cirúrgico associado ao fim da vida sexual do homem e sobre os benefícios e malefícios do tratamento com a radioterapia.

*Opera Dra?? É, opera. Eu vou pensar né, porque eu não queria operar, a experiência que eu tinha e que o homem quando opera o câncer acabou o homem, é 99,9% só um milagre, só Deus mesmo para conseguir que ele não fique impotente, acabou o homem, acabou, zerou. E eu não queria isso, eu não quero isso para minha vida, porque eu estou bem ainda né. (...). Aí eu ainda falei com a minha esposa, então eu vou morrer com esse câncer. Porque eu posso viver mais um ano, dois anos, vou viver com ele, porque eu não vou operar. Já estava sentindo dentro de mim que ia me dar problema depois. (E<sub>169C</sub>)*

*... quando você faz o tratamento, que é a radioterapia pode te causar um dano maior porque ela pode te ajudar, pode resolver seu problema. A radioterapia pode queimar uma área que não deveria porque não é tão perfeito assim, tem falhas. Depois disso se você tiver mais alguma coisa você nunca mais vai poder fazer esta cirurgia se você fizer a cirurgia, você pode fazer a radio depois. Se você fizer a cirurgia é impotência, se você fizer o tratamento pode ser que não, mas que pode ser que cause isso. (E<sub>1066C</sub>)*

A primeira opção de tratamento para homens com expectativa de vida maior que cinco anos e que não apresentem contraindicação cirúrgica é a prostatectomia radical, um tratamento eficaz e curativo que oferece uma maior sobrevivência que a radioterapia (DAMIÃO *et al.*, 2015). Apesar disso, em alguns casos fica a critério do paciente a escolha pelo melhor tratamento a ser realizado.

*...eles falaram se eu queria fazer a radioterapia ou a operação, aí eu preferi operar. (E275C)*

*Agora é das duas, uma ou você faz tratamento ou você faz cirurgia. Tratamento não quero fazer porque a gente sofre muito, eu tenho o estomago muito fraco. Eu prefiro que extirpa isso aí logo de uma vez. (E972S)*

*O médico no dia do diagnostico ele até falou, você tem dois caminhos a seguir, ou você faz a cirurgia ou o tratamento. Eu falei doutor o qual dos dois seria melhor, e ele falou vou te falar o que tem de bom em um e o que tem de bom no outro aí você compara e decide (...) eu pensei tenho 66 que eu vou fazer? Eu quero é viver, se não der para viver de um jeito eu vivo de outro. Eu tenho outras coisas para fazer, muitas, aí decidi pela cirurgia (...) fiz um prostatectomia radical, e eu não senti nada, absolutamente nada. A cirurgia foi tudo bem. (E1066C)*

*O tratamento eu procurei a radio. Porque me deram duas opções radio e quimio ou operar. Os médicos, os três médicos que eu tratei aqui, me orientaram a fazer a radio, todos os três. Eu fiz a radio. (E462C)*

Apesar da eficácia da prostatectomia radical, Srougi (2003), ressalta que este procedimento é muito agressivo podendo acarretar certas complicações como o estreitamento da nova união entre a bexiga e a uretra, incontinência e fugas involuntárias de urina e impotência sexual. Mesmo assim, há possibilidade de se corrigir tais problemas, obtendo-se a cura do paciente. Nos relatos a seguir percebemos quais foram as principais consequências da realização desse procedimento.

*Faz dois anos e tenho que usar fralda até hoje. Porque e eu não sinto a hora de fazer xixi, porque já estava tomando a via urinaria do pênis. Esse negócio aí de fazer xixi né, que eu não seguro*

*para fazer xixi, que é como criança né, 24h por dia de fralda né, viver a vida toda de fralda. (E<sub>275C</sub>)*

*... eu ficava atento ao jato da urina, porque se ele diminuísse, fosse mais fino, eu ficaria mais apreensivo, mas isso nunca aconteceu. Às vezes eu controlava pelo jato de urina, eu falava, não, ele está bem. (E<sub>462C</sub>)*

*... a única coisa que tem é a incontinência urinária, no caso de fazer as vezes fazer uma força, as vezes relaxa demais e dá aquela pisada agente relaxa e parece que escapa alguma coisa. (E<sub>1066C</sub>)*

Em um estudo realizado por Kelsey, Owens e White (2004) com 27 homens com CaP sobre a experiência de tratamento radioterápico, descreve que essa experiência está relacionada a uma sensação de desconforto pelos efeitos colaterais, com a debilitação, hemorroidas e alteração na sua vida sexual. Corroborando com a pesquisa a realização da radioterapia para os entrevistados tem como representação ser um procedimento que apresenta dificuldades de ser concluído por deixar o indivíduo debilitante e enfraquecido, além da complicação do procedimento para realizar a radioterapia como nos demonstra o relato de E<sub>1578C</sub>.

*... eu estou urinando sangue, minha urina ta saindo sangue, eu to com uma infecção, porque quando você faz a radioterapia, você fica com muita facilidade para pegar uma infecção. Você tem que tomar cuidado para ir ao banheiro, você fica com a imunidade muito baixa. (E<sub>169C</sub>).*

*A radioterapia foi difícil, eu fiz 38 seções na primeira vez. E depois começou os seios também, e eu tive que fazer aplicações de radioterapia no seio também. E a radioterapia afetou a bexiga um pouco, e eu operei a bexiga. Eu acredito que foi mais pela radioterapia, porque foi muitas seções seguidas. (E<sub>1173C</sub>)*

*Fiz o tratamento, 37 sessões (...) o tratamento foi muito bom, só que enfraquece muito a gente, deixa a gente esgotado sabe. Estou recuperando, você vai recuperando devagar. (...). Eu estou sentido ainda meu corpo fraco e eu não voltei a ser o homem que eu tinha energia antes... (E<sub>1278S</sub>)*

*O tratamento foi difícil, difícil é você ter que tomar agua, se você urinar ali... há.... Olha para trás 100 pessoas esperando para entrar na máquina, a máquina fica dois dias parada. E fora disso é ruim né, você tem que tomar 3 copos de agua, e muitas vezes você tenta dar uma sacaneada, eu tentei dar uma sacaneada. Ai*

*depois que arrumou puxa eu daqui, puxa eu dali, ai tudo certinho a máquina entrou, o médico fechou a porta, ai começou, plac, plaft, porque eu não tinha bebido agua. A máquina acusa na mesma hora. Ai então eu tomei o copo de agua, aí naquele cansaço né. E outra coisa se você entrar lá sem beber agua, é prejudicial e muito ariscado. O médico disse para mim que eu tinha que operar, e eu com a minha idade não aquentava operar. Aí você fica mais desesperado ainda. Depois chegou que eu fui fazendo as rádios, aí melhorou. Sabe o que é ter duas pessoas para te amarrar na máquina, tem que deixar certo né, tem que deixar no lugar certo. Um puxa de lá e você tem que ficar parado, acerta direitinho, aí fica na posição certa, aí começa. Aí fecha a porta, você sozinho, aí começa a máquina rodar. 38 vezes, sem parar. (E1578C)*

O diagnóstico do CaP pode provocar algumas alterações na vida do homem, constituindo-se uma ameaça a sua identidade masculina. Sabe-se que os tratamentos para tal neoplasia podem interferir na sexualidade do homem, ocasionando perda do desejo sexual e disfunção erétil. (SROUGI, 2003).

O paciente que vivencia o câncer pode ter sua sexualidade prejudicada pelo medo relacionado a possibilidade de morte, pela perda da autoestima, que muitas vezes está associada à imagem do corpo alterado, além de ter seu comportamento sexual inibido tanto pelo fator psicológico do tratamento do câncer quanto pelos fatores fisiológicos envolvidos na doença e seus tratamentos (MOREIRA, 2013).

De acordo com Kendirei *et al* (2006) uma série de fatores determinam a ocorrência de disfunção erétil após a cirurgia de próstata tais como a idade, o grau de lesão nos nervos cavernosos durante a cirurgia, o estágio do câncer e a associação com outras doenças, em especial as vasculares.

Srougi (2003) afirma que a impotência sexual surge na maioria dos homens que realizaram a operação com mais de 70 anos, em cerca de 50% dos homens com idade entre 55 e 65 anos e em torno de 15% dos indivíduos com menos de 55 anos.

Como a próstata está localizada anatomicamente em uma área responsável pelas funções sexuais do homem, esta acaba por desencadear uma série de conflitos ligados a sexualidade. Assim, Srougi, (2003) ressalta sobre o conceito errôneo de que a próstata é responsável por controlar a função e o prazer sexual, quando sua única ligação com a vida sexual é produzir parte do líquido seminal expelido na ejaculação, ou seja ela desempenha um papel importante na fase reprodutiva do homem, já que

o líquido seminal transporta os espermatozoides originados nos testículos. No entanto não tem relação com o prazer sexual.

Podemos perceber através dos relatos a seguir a representação sobre a sexualidade dos pacientes após realizarem o tratamento para o CaP, sendo associado a uma castração, a inibição de ser um ser reprodutor.

*O câncer de próstata é a mesma coisa que castra, você não tem mais nada, você não sente mais nada, mas isso eu já saía antes de operar. (E<sub>275C</sub>)*

*...eu sei que a injeção ela inibiu a parte sexual, então, você vai me perguntar, você faz sexo, hoje não porque não dá mais, primeiro por causa da idade que eu sei que não tem nada a ver com a idade, mas em função do problema te inibe por completo a parte sexual. Para mim fez bem, fez porque eu não vivo só de fazer sexo. (E<sub>585S</sub>)*

*Em primeiro lugar eu vou deixar de ser, não sei se definitivamente ou não deixar de ser um reprodutor. (E<sub>972S</sub>)*

*Eu sei o que causa a cirurgia, o pós-cirúrgico aí eu sei o que é isso porque me falaram, impotência, uma serie de coisa (...). Foi isso aí, sexo eu parei. (E<sub>1066C</sub>)*

*Sexualmente deixei de ter (E<sub>1173C</sub>)*

*... e a relação né, com a mulher né, aí as vezes é meio complicado né... (E<sub>1361C</sub>)*

*...na minha idade sexualmente já é difícil né já é pouco, não é uma vida ativa sexualmente. E agora tomando esse medicamento, essa injeção, foi que a testosterona abaixou e automaticamente também o desejo sexual acaba também né, porque na própria receita diz que é uma castração virtual, é como se estivesse castrado. (E<sub>1773C</sub>)*

*... a única coisa que mudou que nunca mais teve potência né, acabou, matou, matou toda a potência. (E<sub>1483C</sub>)*

A terapêutica endócrina representa, ainda, o único método eficiente e objetivo para se deter a evolução do câncer da próstata em suas fases mais avançadas. O uso de hormônios que bloqueiam a testosterona contribui para inibir o crescimento do tumor e conseqüentemente resulta na disfunção erétil.

As buscas medicamentosas para o tratamento do problema da disfunção erétil também estão presentes nas falas dos entrevistados.

*O que mudou para mim foi o lado sexual, mudou muito o lado sexual depois disso aí. Eu nunca mais senti dor. Eu nunca mais senti dor, eu tenho cada vez mais vontade. Para mim sexualmente melhorou muito. (E<sub>683C</sub>)*

*E sexualmente eu tenho umas restrições lógico né, eu tenho que tomar os comprimidos né para quando eu querer ter uma relação. (E<sub>1871C</sub>)*

*Somente mesmo a parte sexual que muda né, mexe com a pessoa, não tem jeito, uma vez que você tira a próstata não tem mais jeito. Então e só a base de Viagra né, ou essa injeção que ele me passou que é manipulada. (E<sub>1960C</sub>)*

Uma vida sexual satisfatória e normal é essencial ao bem-estar do homem/casal. Para Montague (1996), a disfunção erétil é uma manifestação que perturba a qualidade de vida do homem além de afetar negativamente o relacionamento interpessoal, representando uma questão de saúde mundial que afeta cerca de metade dos homens acima de 40 anos.

Para Santos (2007) os homens que tiveram CaP apresentam dificuldade em lidar com o envelhecimento, representado pelo adoecimento e pelo declínio da atividade sexual. Porém, a autora ressalta que alguns pacientes com CaP, antes mesmo da doença, já apresentavam modificações na atividade sexual devido ao processo natural de envelhecimento, de modo que o CaP ou o tratamento não representam os únicos fatores relacionados à disfunção erétil.

## 5.5 A RELAÇÃO ESTABELECIDADA PELOS HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesta categoria, analisaremos as representações dos homens que vivenciaram o câncer de próstata sobre o processo de cuidado envolvendo o papel do serviço de saúde ofertado tanto pela atenção primária à saúde nas USAFAs, quanto na atenção secundária e terciária à saúde nos centros de especialidade.

### 5.5.1 A atenção primária à saúde

A APS está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado. Entre seus objetivos incluem-se: a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco a que está população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença (BRASIL, 1997; CAMPOS e GUERRERO, 2010).

Partindo das representações da saúde e da doença, quando questionados sobre a percepção pelo serviço ofertado de um modo geral, os sujeitos da pesquisa ao se referirem ao serviço das USAFAs, também referenciado como posto/postinho de saúde mostram se satisfeitos com o atendimento, com o cuidado e apoio disponibilizado aos usuários, além da confiança e amizade criados pelo vínculo proporcionado por este serviço.

*Aqui no posto eu não posso reclamar, sempre que precisei me atenderam muito bem. (E<sub>275C</sub>)*

*Olha eu vou dizer para você aqui no postinho, maravilhosamente bem (...). Agora falo para você de coração vocês aqui são maravilhosos, não tem o que falar. (E<sub>376C</sub>)*

*...porque é isso atenção, eu acho que o idoso não precisa de muita coisa nem de remédio, é mais atenção. É o convívio, confiando, é dizer eu agora confio em alguém, no médico, na enfermeira, então tem que confiar. Eu não confiava, eu não tinha esse hábito, agora eu tenho, e faz bem. Para mim faz muito bem. (E<sub>462C</sub>)*

*E se tratando de posto de saúde eu nunca tive problema, nem eu nem minha senhora. (E<sub>585S</sub>)*

*Aqui, a doutora, ela me deu até apoio. Quando eu precisei agente sofreu muito. (E<sub>1066C</sub>)*

*Bem, sempre que eu preciso ir no posto eu vou, o médico de lá é amigo da gente sabe. Ele procura sempre facilitar as coisas, se a gente está sentindo mais ou menos fala com ele, olha não*

*tô me sentido lá grande coisa, acho que já está na hora de fazer o exame de sangue, aí já vai já colhe. (E<sub>1278S</sub>)*

*Na verdade, eu não tenho o que reclamar. (...). As enfermeiras me trataram bem. Sempre fui bem tratado. Aqui também tenho amizade com todo mundo, fui bem tratado e bem cuidado. (E<sub>1773C</sub>)*

*Muito bom aqui, as médicas são muito boas, as enfermeiras aqui sempre me tratam muito bem. (E<sub>2085C</sub>)*

*Olha eu não posso me queixar dos serviços de saúde, porque quando eu tinha o convenio eu não usava, quando eu passei a usar eles me expulsaram pelo poder econômico, pela idade, como você é aposentado você não consegue mais pagar. E nos últimos anos que eu tinha o convenio, o convenio era pior do que a gente imaginava que fosse o sistema. Quando eu comecei a usar o sistema de saúde pela primeira vez pelo menos aqui, foi igual ou melhor do que eu estava sendo atendido pelo convenio, e não era qualquer convenio. Então aqui, eu posso dizer que é bom, eu posso dizer que estou sendo bem atendido. (E<sub>2166C</sub>)*

Mesmo que exista no imaginário que o setor privado é melhor na perspectiva de atendimento à saúde, de fato o que se percebe na perspectiva do usuário e que o sistema público consegue lhe oferecer um atendimento de qualidade e com uma boa capacidade de resolução dos problemas.

Para Rosa, Pelegrini e Lima (2011), a interpretação dos usuários sobre resolutividade assistencial está associada com aquilo que eles identificam como sendo a solução para os seus problemas de saúde. Assim, a resolutividade da assistência está representada pela realização de encaminhamentos para atendimentos especializados. Através dos relatos percebe-se que foram encontrados obstáculos na obtenção de resolutividade, tais como a demora para conseguir um encaminhamento para o serviço de especialidade, o que acaba ocasionando a busca de resolubilidade pelo próprio usuário, fazendo com que sem encaminhamentos procure outros serviços que sejam mais responsivos para o seu problema.

Evidenciaram-se também dificuldades na obtenção de resolutividade nos serviços aos quais o usuário era encaminhado para diversos setores conforme a hierarquia do sistema de saúde, ocasionando uma demora para se encontrar a resolução de seu problema. Os recortes das falas dos sujeitos ilustram o assunto:

*Tudo o que eu estou dizendo é importante porque demorou muito o meu caso e podia ter sido resolvido com mais rapidez se a situação não fosse tão ruim, da saúde, infelizmente no Brasil. (...). Aí me mandaram para um médico e quando eu fui lá, tinha mais de 200 pacientes. Eu fiquei lá e fiquei apavorado (...). Aí quando você está com dificuldades você começou a sentir algumas alterações, e resolve ir ver o médico, ele vai ver certos problemas e muitas vezes ele não consegue ser atendido. Eu não sei como hoje está, mas quando eu passei ficaram me jogando para o [serviço secundário] dela para o [serviço de oncologia], era um círculo vicioso, aqui eu cheguei a vir umas 6 vezes. Até que me jogaram no lugar certo. (E762C)*

*... problema é a demora, a demora no atendimento, é muita demora. (E1483C)*

*Olha sinceridade aqui [USAFA] é fraco, lá não [serviço de oncologia]. (E1578C)*

*Eu procurei um urologista, esse não era da USAFA, porque eu tentei procurar e não consegui porque tinha muito obstáculo e demora e tudo, então eu fui procurar outras soluções né. No caso eu paguei uma consulta levei todos os meus exames e constatou mesmo que eu estava com problema de próstata (...) E antes disso eu procurei aqui novamente a USAFA, porque teria que passar pelo médico da USAFA para dar o encaminhamento para o oncologista. (E1960C)*

Os entrevistados referiram também dificuldades de acesso aos exames laboratoriais, desde a demora para sua marcação, realização e resultado até conseguir ser atendido por um profissional de saúde, o que acaba comprometendo o seu diagnóstico e atrasando o seu tratamento. A partir do discurso dos entrevistados, apreendemos representações sobre o descontentamento dos homens em relação aos exames:

*Quando eu comecei a fazer o retorno aqui aí começou a complicar, porque o PSA né.... Essa última vez aqui foi um ano, para mim conseguir um PSA, o exame de urina para eu levar para a oncologista, um ano. (...). Pedia para o laboratório, há tem que fazer outro, aí ia e fazia outro, tem que fazer outro, ai fiz um monte. (E169C)*

*Porque é assim faz o exame não chama vai ter que fazer outro exame porque a médica que ver o exame atual 6 meses já não dá mais. (E1066C)*

*O meu problema foi aqui na USAFA que eu não tive um bom acompanhamento e os exames são muito demorados (E<sub>1173C</sub>)*

*Então no aspecto de atendimento eu tô com problema aqui. Começou lá quando estava no outro postinho e que depois passou para cá. Eu fiz exame de PSA e não peguei o resultado até hoje. Já faz uns 8 meses. (E<sub>1871C</sub>)*

*... um exame de sangue demora muita coisa, tudo que você precisa é muito demorado, tem muita gente precisando da USAFA. (E<sub>1960C</sub>)*

De acordo com os relatos percebemos que as principais queixas dos usuários da atenção básica estão na demanda reprimida para consultas médicas, para encaminhamentos para especialidades, para a realização de exames laboratoriais e a liberação dos resultados.

A APS é definida como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde que, quando bem organizada, tem potencial para garantir a maioria das necessidades de saúde da população, de modo a filtrar o acesso a níveis de atenção especializada, através da realização de encaminhamentos e a utilização do serviço sempre que necessário, conforme sua demanda. (BRASIL, 2006; ESCOREL, 2007).

O acesso à saúde deveria extrapolar a assistência em si, a não garantia do direito a APS como porta de entrada com facilidade no acesso e resolutividade para às necessidades de saúde dos usuários, viola o seu direito, compromete a assistência adequada, por vezes postergando sua ocorrência, afetando negativamente o diagnóstico e o manejo do problema, resultando na busca do serviço de saúde em outro nível de atenção, favorecendo as iniquidades no acesso (BRASIL, 2001B; ESCOREL, 2007; CORREA, 2011).

### **5.5.2 Serviços especializados em oncologia**

O paciente com câncer tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for assinado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (BRASL, 2012). Dentre os sujeitos do estudo, destacamos que alguns elaboram representações sobre a rapidez dos

serviços especializados para oncologia e para encaminhamentos para a realização de tratamentos, visto a gravidade do problema e a necessidade de um atendimento o mais breve possível.

*... fui atendido rápido depois que eu fui encaminhado para lá. (E<sub>275C</sub>)*

*O médico me mandou para o [serviço secundário] e imediatamente em 20 dias eu já estava no hospital (E<sub>762C</sub>)*

*... eles atendem mais rápido. (E<sub>1578C</sub>)*

*O [serviço de oncologia] também foi rápido, fiz a biópsia e saiu rápido os exames peguei já os retornos com o médico, encaminhamento para São Paulo também foi muito rápido. Então coisa assim de um mês e meio eu operei. Aí eu fiz exame, não foi demorado, foi tudo rápido, agilizado. Porque é um problema sério, então não pode ficar esperando. (E<sub>1960C</sub>)*

O tratamento de pacientes de oncologia pelo SUS recebem equipamentos de alta tecnologia, incorporam medicamentos modernos e propõem o fortalecimento médico-paciente por meio da humanização para ter sucesso na luta contra a doença. Para o acompanhamento dos pacientes oncológicos, considera-se importante a necessidade de se empreender uma visão holística e multidisciplinar, de modo a visualizar seus aspectos bio-psico-sócioespirituais, pois o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos, tornando-se indispensável reconhecer os clientes e seus familiares como seres humanos singulares, vivenciando um difícil momento de suas vidas (COSTA, LUNARDI FILHO e SOARES, 2003).

Nessa perspectiva, temos alguns discursos sobre a representação dos serviços de especialidade oncológica, nos quais os entrevistados relatam sobre a estrutura e organização dos serviços diferenciados, o atendimento realizado por várias especialidades como o controle alimentar realizado pela nutricionista, a gratuidade e qualidade dos serviços ofertados e a dedicação e esclarecimentos dados aos usuários, conforme os relatos a seguir:

*... eu não imaginava que existisse isso aqui no Brasil, coisa maravilhosa (...). Eu fiquei 4 meses lá no hospital, 5 refeições por dia, pois quando o cara está com câncer, ele não pode comer*

*isso, ele não pode comer aquilo e ele vai para casa e come o que ele quiser. Lá tem que comer lá, tem 5 refeições de graça. Tudo, nutricionista, você vai comer aquilo que pode comer. E o amor também que é dado lá né, todo mundo atende com amor, os médicos, tudo, tudo com muito amor. (...) vai para lá, não paga nada, nem um centavo. Até para você conhecer a cidade, tem ônibus de graça, 5 refeições de graça, você pode levar um acompanhante, ou a esposa, um irmão, ou um parente de graça, tem acomodação de graça, não gasta um centavo. Eu só tenho a agradecer ao hospital (E<sub>169</sub>C).*

*... um atendimento que você fica bobo de ver. Você entra no portão da entrada do hospital, tem as faixas que você está designado a ir, assim você não precisa perguntar para ninguém, você põe o pé na sua faixa e não precisa perguntar para ninguém, e onde ela termina e onde fica o atendimento. Fica assim, bastante gente, você pega uma senha. Dentro de 15 a 20 min você é chamado, aí você é pesado, aí você vai senta de novo. Daí 15 min te chama de novo. Você entra lá 8h, quando é 10 horas você já está na rua. Que atendimento! Não é aquele atendimento que você chega de manhã e sai de noite. É um atendimento espetacular. (E<sub>376</sub>C)*

*E por incrível que pareça a gente não abre mão de onde trata o câncer da próstata, lá a gente tem os remédios e tudo. Nunca tivemos falta de remédio e nada. (...) E eu não quero mexer, inclusive com o doutor eu fiquei meio balançado porque ele disse que eu tinha que passar tudo para cá, mas eu não queria abrir mão da medica de lá, porque eu gosto muito dela e do tratamento que tem lá no hospital. (E<sub>1173</sub>C)*

*... lá é quatro cinco médicos toda hora passando, tem muito estagiário né. Eu passei por três ou quatro médicos. O atendimento é diferente. E lá a gente passa em tudo. Eu fiz exames lá. (E<sub>1578</sub>C)*

*Mas ocorreu tudo bem, fui atendido fui muito bem atendido lá, é um hospital ótimo, nota 10. Não tive receio nenhum, fui muito bem explicado o que ia ser feito o que ia ocorrer. (E<sub>1960</sub>C)*

Torna-se importante a maneira como a equipe de profissionais se comunica com o paciente oncológico de modo a mobilizar toda a assistência emocional que será prestada, sendo essencial buscar compreender os pacientes em suas múltiplas relações para proporcionar uma abordagem profissional humanizada profundamente solidária, geradora não só de saúde, mas, principalmente, de vida (PESSINI, 1996).

Nessa perspectiva, a comunicação não deve ser vista, apenas, como um processo de transmissão de informações, mas compreendida como uma possibilidade de entendimento entre as pessoas.

A relação dos profissionais de saúde com o paciente de oncologia carrega peculiaridades que lhe são próprias. Sua abordagem torna-se difícil por esta patologia ser compreendida como traumatizante perante o imaginário pessoal e coletivo, ocasionando sentimentos de angústias, medos e sofrimentos na vida dos pacientes e de suas familiares, tornando-se necessário estabelecer um vínculo com o profissional como coadjuvante terapêutico. Um bom relacionamento entre profissional e paciente contribui para aumentar a satisfação do paciente e influenciar positivamente o seu estado de saúde, além de contribuir para a qualidade do serviço de saúde (CAPRARA e RODRIGUES, 2004; SILVA *et al*, 2011)

A confiança no parecer médico a respeito do diagnóstico, prognóstico e tratamento são representados nos relatos a seguir:

*...enfermeira me ensinou como eu tenho que proceder. E para não ter pensamentos negativos. (...) A doutora e a enfermeira explicaram para mim, olha você vai sentar aqui no corredor e fica observando, fiquei umas 3 horas e já comecei a ver de tudo. Ai que eu comecei a dar valor a entender como é. O que é o câncer o que é você passar por um choque de repente. (E462C)*

*A primeira palavra quem me falou foi o oncologista, você está com câncer. Só que ele falou de uma forma não abrupta. Vou te dizer o que é o câncer para você não pensar que por causa disso eu vou morrer. Você não vai morrer por causa disso. Você vai morrer por outra coisa, menos o seu problema de câncer de próstata, mas você precisa tratar. (E585S)*

*Eu tive muito apoio dos médicos. Eu tive uma médica que ela foi muito clara comigo, ela me disse, dessa você não vai morrer. Então quando você encontra uma pessoa que trabalha no caso do câncer, ela me deixou bem consciente aí eu fiz diversas perguntas, como seria minha vida sexual, porque eu estava pegando 38 sessões de radioterapia, qual seria o regimento do procedimento de tudo isso. Então tudo isso ela me explicou e eu fiquei bem a par do que ia acontecer comigo. (E762C)*

*Agora o que eu mais confiei é que eu acho fundamental, eu confiei no médico, e quando ele me explicou tudo eu percebi que eu entendi muito disso. E o que é também fundamental (E1674S)*

*Assim quando eu peguei o primeiro médico, a primeira coisa que ele falou para mim foi, você vai morrer com este câncer, mas você não vai morrer por causa dele. Se você fizer todo tratamento certinho que nos mandar sem problemas. E aquilo já entrou na minha cabeça. (E<sub>1173C</sub>)*

*E me falaram que eu estava bom, que eu posso morrer de qualquer coisa menos de câncer. (E<sub>1278S</sub>)*

*Como o médico falou não nada que do seu pai, do seu irmão não tem nada a ver com o que é teu, mas se você tem fé e se você tem força e pensamento de saber que pode dar tudo certo não tem nenhum problema. E eu falei olha eu não tenho medo nenhum da hora de morrer, minha consciência que eu não quero ter ela pesada. Então para mim, eu já vi que iria dar o que tinha que dar. (E<sub>1674S</sub>)*

Os seguimentos de pacientes de câncer urológicos são realizados a cada três ou quatro meses nos primeiros dois ou três anos após o tratamento e uma ou duas vezes ao ano a partir de então (CRMPR, 2013). As recorrências nem sempre são detectadas no decurso das visitas de rotina, pelo contrário, muitas vezes são identificadas ou suspeitadas pelos próprios pacientes entre os controles programados. Assim, torna-se relevante que os pacientes estejam atentos a eventuais mudanças em seu estado de saúde e realizem o acompanhamento conforme indicado pelos seus médicos e os procurem em caso de alterações significativas. Os recortes das falas dos sujeitos ilustram o assunto:

*Aí eu entrei lá e fiz um desses tratamentos, fui muito bem atendido, como até hoje eu tenho que fazer o acompanhamento, até 5 anos que faz o acompanhamento e esse acompanhamento são a cada 3 meses. Eu levo o PSA (...) eu passo a cada 3 meses, com o oncologista né, e no mais está tudo bem está acompanhando, está dando tudo resultado bom. E o que eu falo a você é que daqui para frente eu tenho que estar acompanhando, até eles me darem alta né. (E<sub>376C</sub>)*

*Tem sete anos que eu tive o câncer e ainda faço o acompanhamento, e inclusive já está marcada a volta, dentro de quatro a cinco meses eu estou passando com o médico. (E<sub>1361C</sub>)*

*Foi um ano para fazer esse negócio, por cinco anos eles tratam de mim agora, por cinco anos eu tenho que estar lá. (E<sub>1578C</sub>)*

*De 6 em 6 meses eu vou lá para fazer os exames para ver se está tudo certo. Agora que já deu 2 anos é de ano em ano.*  
(E275C)

Com o aumento progressivo da demanda por diagnósticos e tratamentos oncológicos, torna-se importante que a rede de assistência para oncologia ofereça uma estrutura adequada e possibilite a ampliação da cobertura do atendimento, de forma a assegurar os princípios do SUS para os usuários que dela necessitam, tais como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção oncológica. (BRASIL, 2011B).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é indubitavelmente um problema de saúde pública no Brasil em função da elevada morbimortalidade. Em consonância com o processo de transição epidemiológica vivenciado pelo país, a incidência do câncer vem aumentando. Medidas de prevenção do câncer têm sido reconhecidas e recomendadas, especialmente em relação aos tipos mais frequentes, o que contribui para que seja reforçado o papel do setor de saúde pública, visto que este ocupa a função de agente principal para a execução das atividades nesse campo.

A todo instante, as pessoas são cobradas e influenciadas pelo meio social em que se encontram, e este meio também estabelece como devem ser seus pensamentos, seus modos de agir e seus comportamentos. Desse modo, o processo de adoecimento pelo câncer caracteriza-se como um fenômeno coletivo de origem na relação do indivíduo com seu meio, o que amplia as possibilidades de prognóstico favorável se adotadas estratégias para prevenção, detecção precoce e tratamento adequado.

No caso do câncer de próstata, o estudo possibilitou evidenciar que este está diretamente relacionado com a forma como se percebe suas atitudes e consequências no meio social. Assim sendo, o contexto da RS como referencial teórico tornou-se relevante para se obter melhor interpretação do imaginário individual e social dos homens sobre esta neoplasia, além de ter possibilitado analisar seu contexto sociocultural, sua comunicação interindividual, seus conhecimentos, seus valores, suas atitudes perante esta patologia e seus hábitos de vida relacionados à saúde.

Na medida em que se consegue compreender o universo dos homens que passaram pela experiência de um diagnóstico de câncer de próstata, indo além das suas falas e de suas ações em geral, a articulação entre o representado e a vivência do adoecimento pode ser conseguida e servir de base para proporcionar um mecanismo de ajuda no sentido de fortalecer suas capacidades e habilidades como ser humano e contribuir para políticas e ações que contemplem suas necessidades.

As representações apresentadas pelos indivíduos justificam-se pelas experiências vivenciadas através do grupo de homens que adoeceram pelo câncer de próstata, no qual obtiveram uma linguagem socializada, permitindo a construção de conceitos que os guiaram a formar suas ideias e opiniões, delineando a representação

criada para saúde e para doença, envolvendo seu tratamento e suas relações com os serviços de saúde.

Os conceitos de saúde manifestos sobre as representações de saúde demonstraram que os homens reconhecem a importância da saúde, considerando-a como algo essencial em suas vidas e como um dos requisitos para melhorar a sua qualidade de vida. Ter uma boa saúde está associado ao modo de vida e forma de agir, sendo o próprio indivíduo responsável pela sua saúde e por adotar medidas para mudar seu estilo de vida. O trabalho por constituir atribuições sociais características da identidade masculina aparece também como representação de saúde como ser saudável.

Cuidados integrais com o corpo e a saúde implicam promover a saúde e prevenir as doenças, constituindo-se nas melhores estratégias para enfrentar seus condicionantes e determinantes sociais. Desta forma, ter hábitos alimentares saudáveis, praticar atividade física, preservar as horas de sono e se abster dos comportamentos prejudiciais à saúde, tais como o tabagismo e o alcoolismo, estão associados à uma boa saúde.

Apesar de se adotar medidas para impactar a favor da qualidade de vida e se obter uma boa saúde, estas ações não eximem por completo o organismo do adoecimento, cujas causas e determinações são múltiplas e variadas.

Os indivíduos percebem, interpretam e reagem a uma realidade construída. Decidir que está doente é um processo que é construído junto ao grupo, envolvendo conceitos como a representação sobre a definição de próstata, sendo descrita em sua forma anatômica, seu funcionamento e a relacionando com o sistema urinário, com a vida sexual e com as alterações ocasionadas pela neoplasia e seus estágios de gravidade. A descoberta perante à doença desperta nos indivíduos o interesse em se inteirarem mais sobre sua patologia, realizando pesquisas sobre ela.

Como a palavra câncer ainda hoje é um estigma, descrevê-la pode tornar-se uma tarefa difícil, assim percebe-se o uso de metáforas ao mencioná-la. Outra estratégia de enfrentamento constitui-se no apego à religiosidade/espiritualidade e a familiares, visto que o ser humano é um ser com necessidades biopsicossociais e, assim, contribui de forma positiva a esse momento da vida.

O adoecimento pela neoplasia da próstata pode ser encarado de forma positiva, como uma passagem da vida, uma forma de se adaptar à doença, sem afetar o

emocional. Mas outros apresentam dificuldades nessa adaptação, o que acaba ocasionando a ocorrência de perturbações emocionais, como ansiedade e tristeza.

A representação da doença para os homens, neste estudo, aparece também ligada à restrição física do homem, de modo a impedir a realização de atividades do cotidiano, pois os homens se consideram doentes. A impossibilidade de cuidar do seu próprio corpo e a necessidade da dependência de cuidadores contribuem para aflorar seus sentimentos de sofrimento e de terminalidade de viver.

O câncer é uma doença silenciosa e nem sempre os sintomas são perceptíveis, estes em sua maioria se manifestam quando a doença já está avançada e a doença é tardiamente diagnosticada, assim os principais sintomas representados pelo adoecer pelo câncer de próstata foram relacionados ao sistema urinário, tais como a dificuldade de controlar a necessidade de urinar, a diminuição do fluxo de urina, além de estar associado a sintomas de dor durante a micção.

Como meios de prevenção, foram citadas a participação em campanhas voltadas para a saúde do homem e a realização de exames de PSA e toque retal. O reconhecimento de atitudes machistas perante a realização do toque retal ainda persiste. O preconceito e o medo para a realização desse exame, assim como a desinformação a respeito do CaP, ainda é uma realidade em nossa sociedade.

O diagnóstico e o estadiamento para o câncer de próstata se faz através da realização da biópsia, e este exame é representado como um exame dolorido e desconfortável de se realizar. Quanto ao tratamento apesar das recordações para cada caso, ficou representado neste estudo, que fica a critério do paciente a escolha pelo melhor tratamento a ser realizado por ele.

A realização da prostatectomia radical foi representada como um processo cirúrgico associado ao fim da vida sexual do homem e com alterações no sistema urinário, ocasionando frequentemente a incontinência. A radioterapia tem como representação ser um procedimento que apresenta dificuldades de ser concluído por deixar o indivíduo debilitante e enfraquecido.

A representação sobre a sexualidade após a realização do tratamento, está associada a uma castração, a inibição de ser um ser reprodutor e ao fim da atividade sexual. Para lidar com este problema alguns homens adotam o uso de medicamentos para a disfunção erétil.

Outra questão que emergiu neste estudo, está na percepção pelos serviços ofertados de um modo geral. Quando ao serviço das USAFAs, os participantes desta

pesquisa mostraram-se satisfeitos em relação ao atendimento, ao cuidado e apoio disponibilizado a eles, além da confiança e amizade criadas pelo vínculo proporcionado por este serviço. Porém, encontraram alguns obstáculos na obtenção de resolutividade, tais como a demora em conseguir o encaminhamento para o serviço de especialidade, demora em se encontrar a resolução de seu problema por serem encaminhados para diversos setores conforme a hierarquia do sistema de saúde e a dificuldade de acesso aos exames laboratoriais, o que acaba por comprometer o diagnóstico e atrasar o tratamento.

Quanto ao serviço de especialidade, as representações foram sobre a rapidez dos serviços no setor de oncologia, que, quando comparado ao serviço das USAFAs, apresenta maior agilidade em encaminhamentos e início de tratamento. Outros pontos destacados neste setor foram o atendimento multidisciplinar, a dedicação e esclarecimentos dados aos usuários, sua estrutura, sua organização, a qualidade e a gratuidade dos serviços disponibilizados para o paciente oncológico.

O relacionamento entre profissional e paciente também foi representado, de modo que este referiu confiança no parecer médico, o que contribui para sua satisfação e por influenciar positivamente o seu estado de saúde. A realização de acompanhamentos posteriores à conclusão do tratamento se mostrou presente, o que representa saber que tudo está caminhando bem para se obter a alta e a cura tão desejada.

Frente às informações apreendidas, considera-se que os resultados nos possibilitaram responder aos questionamentos do estudo. Este estudo possibilitou compreender o contexto no qual se dá o adoecimento pelo câncer prostático e suas formas de enfrentamento e esclarecer o processo pelo qual os homens pensam sobre sua saúde e sua doença, contribuindo desta forma para ajudá-lo a viver a experiência do adoecimento e para obter melhorias na assistência e na orientação às práticas em saúde.

Percebe-se a necessidade de desenvolver estratégias para a identificação dos fatores determinantes e condicionantes para o câncer de próstata, visando o desenvolvimento de ações que promovam a redução de danos e a proteção da vida dos indivíduos, além de uma organização de uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção, desde a APS até a atenção especializada visando à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos ao paciente oncológico.

Percebemos também, através deste estudo, a necessidade da conscientização dos serviços de saúde para programar ações e estratégias específicas à saúde do homem e, assim, melhorar os processos de educação da população para que conheçam mais e melhor sobre o câncer de próstata e possam aumentar a adesão aos exames de detecção precoce e contribuir para a redução de diagnósticos em estágios avançados desta doença.

Reforça-se a adoção de tecnologias leves, como a escuta qualificada e um atendimento humanizado, para auxiliar e aproximar os homens às unidades de saúde. Destaca-se também a necessidade de impulsionar a educação permanente, para que os profissionais consigam intervir no processo saúde-doença de modo integral, com uma visão não somente no biológico, mas também em seus aspectos psicológicos, econômicos, culturais e políticos.

Ressalta-se, ainda, a importância de uma rede adequadamente estruturada e que seja capaz de possibilitar a ampliação da cobertura do atendimento, de forma a assegurar a universalidade, equidade e integralidade da atenção aos pacientes que dela necessitam.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para gestores e profissionais de saúde compreenderem o adoecimento pelo câncer de próstata, para que possam direcionar políticas e organizar a assistência de forma a contemplar as necessidades de uma doença oncológica.

Como limitações desse estudo aponta-se a dificuldade de acessar as pessoas com câncer de próstata, devido a inviabilidade da estrutura de organização e operacionalização da rede de atendimento. Torna-se pertinente para os serviços de saúde o cadastro das enfermidades dos usuários no sistema de saúde para que se tenha dados mais fidedignos sobre a incidência de determinado problema de saúde do município ou em um grupo específico de pessoas, possibilitando também identificar fatores externos que contribuem para o surgimento de epidemias e endemias e auxiliando a tomada de medidas educativas, preventivas e de combate direcionadas a determinadas doenças com maior incidência.

Dessa forma, entendemos que uma lacuna que pode ser explorada em estudos posteriores é a avaliação da rede de atendimento às pessoas com neoplasia no município. Deixamos a expectativa de que novos estudos possam surgir sobre a temática diante dos desafios colocados pela doença que demandam investimentos constantes em pesquisas para melhorias na saúde pública.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**, v. 2, p. 27-38, 1998
- ADAM P e HERZLICH C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc; 2001.
- ALMANZA-MUÑOZ, J. J.; HOLLAND, J.C. La comunicación de las malas noticias em la relación médicopaciente. III. Guía clínica práctica baseada em evidencia. **Revista de Sanidade Militar**, México, v.53, n.3, p.220-224, 1999
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Modelos de saúde-doença: introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Medci Ed.: 27-64 p. 2002.
- ALMEIDA, Â. M. D. O. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e estado**, v. 24, n. 3, p. 713-737, 2009.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Múltiplas Leituras**, v. 1, n. 1, p. 18-43, 2009.
- AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION (AUA). Early Detection of Prostate Cancer. 2013. Disponível em: < [http://www.auanet.org/advnews/psa-testing-toolkit.cfm?WT.mc\\_id=PRT16758ADV](http://www.auanet.org/advnews/psa-testing-toolkit.cfm?WT.mc_id=PRT16758ADV) >. Acesso em: 10 nov. 2015
- ANDREOLI T.E *et al.* Cecil Medicina interna básica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.510.
- ANKERST, D. P. *et al.* The impact of prostate volume, number of biopsy cores and American Urological Association symptom score on the sensitivity of cancer detection using the Prostate Cancer Prevention Trial risk calculator. **The Journal of urology**, v. 190, n. 1, p. 70-76, 2013. ISSN 0022-5347
- ANTONPOULOS, I. M. *et al.* Racial differences in prostate cancer prevalence / Análise da prevalência de câncer de próstata entre as diversas etnias. **Braz. j. urol.** 28(3): 214-220 p. 2002
- BARBOSA, L. N. F. e FRANCISCO, A. L. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Rev. SBPH**. vol.10, n.1, p. 9-24. 2007
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARNES, R. W. Carcinoma of the prostate: a comparative study of modes of treatment. **J Urol**, v. 44, p. 169-76, 1940
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. ISSN 1984-0470.

BERTOLINI, D. N. P. **O gênero masculino e a arte de cuidar de si mesmo**. 2010. 1 CD-ROM. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/118307>> Acesso em 03 out. 2016

BOCK, A. M. B.; SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. Brasiliense, 1993.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 10.ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social**: relatório final Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

\_\_\_\_\_. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80p.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 13.045. Altera as Leis nº 9263, de 12 de janeiro de 1996, que "regula o 7º§ do art. 266 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências", e 10.289, de 20 de setembro de 2001, que "institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata", a fim de garantir maior efetividade no combate à doença. **Diário Oficial da União** de 26 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União** de 23 nov. 2012

\_\_\_\_\_. Lei Nº 9263. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1de 5 de Jan de 1996

\_\_\_\_\_. Lei Nº 10.289. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata **Diário Oficial da União** de 20 set. 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde, o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: Relatório final**; Brasília; 2001B. Acesso em: 23 de mar de 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11\\_cns.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Distritos Sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença, 1986, p. 11-13.

\_\_\_\_\_. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.: 160 p. 2011

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde 4: 60 p. 2006b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 2.439/GM DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.** Disponível em [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria\\_2439.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf). Acesso em: 28 jun. 2016

\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0DAF/PortariaGMMS87413.pdf> Acesso em 28 jun. 2016

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei 3500/97.** Institui a Semana Nacional de Combate e Prevenção ao Câncer de Próstata. Disponível em: < [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra) >. Acesso em: 09 set. 2015

\_\_\_\_\_. **Rastreamento.** Brasília Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Primária, n. 29 95 p. 2010.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de Contas da União;** Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011B.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rastreamento do Câncer da Próstata 2013. Disponível em: < [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento\\_prostata\\_resumido.2013.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf) >. Acesso em: 24 ago. 2015

\_\_\_\_\_. **Política nacional de promoção da saúde.** Ministério da Saúde, 2006.

BURNLEY, I.H. Inequalities in the transition of ischaemic heart disease mortality in new south wales, Australia, 1969-1994. *Social Science and Medicine*, v.47, n.9, p.1209-22, 1998

CAMPOS, G. W.S; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. In: Saúde em debate. Hucitec, 2010.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde**, 4:287-307, 1997.

CAPRARA A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva** 2004; 9(1):139-146

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2ª. São Paulo: Cortez, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ (CRM-PR). **Emenda: Câncer urológico: Critérios de alta para pacientes com câncer**. PARECER Nº 2422 /2013CRM-PR. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPR/pareceres/2013/2422\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPR/pareceres/2013/2422_2013.pdf). Acesso em: 23 fev. 2017

CORREA, Á. C. P. *et al.* Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, Sept. 2011

COSTA, C. A.; LUNARDI FILHO, W. D.; SOARES, N. V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 56, n. 3, p. 310-4, 2003.

COSTA, V.T.; ALVES, P.C.; LUNARDI, V.L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 27-31, 2006.

COUTO, M. T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu) [online]**, v. 14, n. 1414-3283, p. 257-270, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003> >. Acesso em: 13 out 2015.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. O. (Ed.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1995. p.51-66.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM R; GRABOIS V, *et al* (Ed.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD 2011. p.21-33.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DALL'OGGIO, M. *et al.* Diretrizes de câncer de próstata. **Sociedade Brasileira de Urologia**, Rio de Janeiro, 2011.

DAMIÃO, R. *et al.* Câncer de próstata. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, 2015.

DE CAMPOS OLIVEIRA, M. A.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

DE OLIVEIRA, D. C. Representações Sociais e Saúde Pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Revista de Ciências Humanas**, n.2, p.47-65,2000.

DE SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Eduerj, 1998.

SCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2007

FERREIRA U. e NARDI A. C. Câncer de próstata. In: **Netto Jr., N.R. Urologia prática.** São Paulo, 4.ed. ampl, cap. 11.5, pg. 237-246, 1999.

FERREIRA, D. C. *et al.* A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Rev. bras. educ. méd**, v. 38, n. 2, p. 283-288, 2014.

FLECK, M. P. A. *et al* Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública**, 37, 446- 455. 2003

GAMA, A. F.; SANTOS, A. R. B. D.; FOFONCA, E. Teoria das representações sociais: uma análise crítica da comunicação de massa e da mídia. **Revista Eletrônica Temática.**, n. 10, 2010.

GIACOIA, O. **Sonhos e pesadelos da razão esclarecida: Nietzsche e a modernidade.** 1 ed. Passo Fundo/RS: UPF, 2005.

GIOVANELLA, L. *et al.* Políticas e sistema de saúde no Brasil. In: (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, 2012. p.1097-1097.

GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc saúde colet**, v. 16, n. Supl 1, p. 983-992, 2011.

GOMES, R. *et al.* A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. 2008. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.13, n.1, pp.235-246. 2008, ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100027>. Acesso em 05 fev. 2017

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde.** Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, R.; DO NASCIMENTO, E. F.; DE ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de

homens com baixa escolaridades e homens de ensino superior. **Cad. saude publica**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GUEDES A. G.; CALDEIRA-JÚNIOR A. M. As Vantagens da Utilização do Exame Antígeno Prostático Específico (PSA) no Diagnóstico do Câncer de Próstata. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 3, n. 1, p. 82-88, 2014.

HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. Trad. **Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERZLICH, C. e PIERRET, J. **Malades d'Hier, Malades d' Aujourd'hui** 2ed. Paris:Payot. 1991.

HILTON, W. M. et al. Temporal changes in the clinical approach to diagnosing prostate cancer. **Journal of the National Cancer Institute. Monographs**, v. 2012, n. 45, p. 162, 2012

HOROCHOVSKI, M. T. H. Representações sociais: delineamentos de uma categoria analítica. **Em Tese**, v. 1, n. 2, p. 92-106, 2004. ISSN 1806-5023.

HOSPITAL SÃO PAULO. Novembro Azul: Mês de prevenção ao câncer de próstata. Disponível em: < <http://www.hsp.com.br/?p=2248> >. Acesso em: 09 set. 2015

HOWLADER, N., *et al.* "Use of imputed population-based cancer registry data as a method of accounting for missing information: application to estrogen receptor status for breast cancer." **American journal of epidemiology** v. 176, n. 4, p. 347-356, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354100> >. Acesso em: 11 mar. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Atlas On-line de Mortalidade do INCA**. Disponível em: [https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo08/consultar.xhtml;jsessionid=141EFD04\\_01F9E5139BA5D184922322D2](https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo08/consultar.xhtml;jsessionid=141EFD04_01F9E5139BA5D184922322D2). Acesso em: 08 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **O câncer e seus fatores de risco o que a educação pode evitar?** Rio de Janeiro: INCA 2013.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata: documento de consenso**: INCA Rio de Janeiro 2002

INTERNATIONAL MENS DAY. Dia Internacional do Homem. Disponível em: < <http://internationalmensday.co/brazil/> >. Acesso em: 08 set. 2015

JODELET, D. Loucuras e representações sociais. **Petrópolis: Vozes**, p. 13-24, 2005

JODELET, D. **Les représentations sociales** Paris Presses Universitaires de France, 1989.

KELSEY, S.G.; OWENS, J.; WHITE, A. The experience of radiotherapy for localized prostate cancer: the men's perspective. **European Journal Cancer Care**, n.13, p. 272-8, 2004

KENDIRCI M. *et al* Gene therapy for erectile dysfunction: Fact or fiction? **Eur Urol** 50: 1208–1222. 2006.

LANGDON, E. J. (2009). Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev Bras Enferm**, 62 (2), 323-6.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAURELL, A. C.; La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. 1982

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Artmed; UFMG, 1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1990.

MARTINS, L. A.-C. P.; MARTINS, R. D. A. Os “miasmas” e a teoria microbiana das doenças. **Scientific American História** (6), p. 68-73, 2006.

MINAS GERAIS. **Situação do câncer em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde: estimativas de incidência e mortalidade para o ano 2013, válidas para 2014: perfil da mortalidade: perfil da assistência na alta complexidade**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG). v.1: 360 p. 2013.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis. Saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 12ª edição, 1999, 356 p.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000, p.7-18

MONTAGUE, D. K. *et al*. **The American Urological Association Erectile Dysfunction Clinical Guidelines Panel Report on The Treatment of Organic Erectile Dysfunction**. Baltimore, MD: American Urological Association, 1996.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Trad. de Álvaro Cabral. Zahar, 1978

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003. ISBN 8532628966

- NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.
- NARDI H.C. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho, pp. 95-104. In LFD Duarte & OF Leal. (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Fiocruz, Rio de Janeiro HERZLICH, C.; PIERRET, J. **Malades d'hier, maladies d'aujourd'hui**. Paris: Payot; 1998.
- NARDOZZA JÚNIOR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. *Urologia fundamental*. **São Paulo**: Planmark, 2010.
- NARVAI, P. C. *et al.* **Práticas de saúde pública**. In: *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.
- NELSON, W. G. *et al.* Prostate Cancer. In: ABELOFF, M. D.; ARMITAGE, J. O., *et al* (Ed.). **Abeloff's Clinical Oncology**. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2008. p.1653-1700
- NELSON, W. G.; *et al.* The diet as a cause of human prostate cancer. In: (Ed.). **Advances in Nutrition and Cancer**: Springer, p.51-68. 2014. ISBN 3642380069
- OJEWOLA, R. W. *et al.* Clinico-pathological correlation of digital rectal examination findings amongst Nigerian men with prostatic diseases: A prospective study of 236 cases. **Nigerian Journal of Surgery**, v. 19, n. 1, p. 26-31, 2013. ISSN 1117-6806.
- OLIVIERI, M. **Representações sociais de homens sobre o exame preventivo do câncer de próstata**. 2015. 106f. (Mestrado profissional) Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.2015.
- OLIVEIRA, M. S. B. S. D. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. 19 N<sup>o</sup>.55 180-186p. 2004
- OLIVEIRA, P. C. D. **Ancestralidade genética e genes de susceptibilidade em portadores de câncer de próstata do Estado da Bahia**. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz. 2014
- ONCOGUIA. **Cada vez mais pacientes buscam Informações Médicas na Internet**. Disponível em: <http://oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=57&id=719&menu=2>. Acesso em: 15 fev. 2017
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Câncer**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em: 01 nov. 2015.
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Dia Nacional do Homem. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3253%3Adia-nacional-dasaude-do-homem-&Itemid=498](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3253%3Adia-nacional-dasaude-do-homem-&Itemid=498)>. Acesso em: 08 nov. 2015.
- PATRIOTA, L. M. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. **Serviço Social em Revista**, v. 10, n. 1, 2007

PEREIRA, I. B. *et al.* Índice glicêmico e carga glicêmica dietética versus marcadores antropométricos de adiposidade em pacientes com câncer de próstata. **Nutrire**, v. 36, n. Suplemento, p. 211-211, 2011.

PÉRES, D. S. *et al.* Representações sociais de mulheres diabéticas, de camadas populares, em relação ao processo saúde-doença. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, maio/jun. 2008.

PESSINI L. B. C. **Problemas atuais de bioética**. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 1996. 527 p

PIRES, L. Novembro Azul conscientiza sobre câncer de próstata. 2013. Disponível em: < <http://www.ladoaladopelavida.org.br/ser-homem/novembro-azul/novembro-azul-conscientiza-sobre-ocancer-de-prostata> >. Acesso em: 09 nov. 2015

RABELO, M.C., ALVES, P.C.B., e SOUZA, I. M. A. **Experiência a doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. P. 264

REIS, S. L. A.; BELLINI, L. M. Representações Sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Teoria e Prática da Educação**, v. 12, n. 1, p. 133-144, 2011.

RICHER, M. C.; EZER, H. Understanding eliefs and meanings in experience of câncer: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, n.5, p. 1108-1115, 2000.

ROLO, F. **100 Perguntas sobre hiperplasia benigna da próstata**: Associação Portuguesa de Urologia.

ROMERO, F. R. *et al.* The prevalence of prostate cancer in Brazil is higher in Black men than in White men: systematic review and meta-analysis. **International braz j urol**, v. 38, n. 4, p. 440-447, 2012.

ROMERO, F. R. **Fatores de risco para câncer de próstata em uma amostra da população de Curitiba, PR**. 2013

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 32, n. 2 (jun. 2011), p. 345-351, 2011.

SANTOS, R. B. **Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, v. 8, n. 13, 2000. ISSN 1983-201X.

- SILVA, B. F. **Processo saúde-doença: representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família**. Juiz de Fora: Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de Juiz de Fora: 99 p. 2013.
- SILVA, C. M. G. C. H. *et al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva** [online]., vol.16, suppl.1, pp.1457-1465. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700081>. Acesso em: 03 fev. 2017
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU). Datafolha. Disponível: <http://portaldaurologia.org.br/>. Acesso em: 08 jul. 2016.
- SONTAG, S. **A Doença como Metáfora**. Rio de Janeiro, Graal. 1984.
- SOUZA FILHO, E. A. Análise de representações sociais. In: SPINK MJ (Ed.). **O conhecimento do cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- SPITZ, L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. **Cad IPUB Saúde Mental no Hospital Geral do Rio de Janeiro Inst Psiquiatria UFRJ**, v. 6, p. 85-97, 1997.
- SROUGI, M. Câncer de próstata: uma opinião médica. Disponível em: < <http://www.unifesp.br/dcir/urologia/uroline/ed1098/tela.htm>. Acesso em: 03 set. 2015
- SROUGI, M. Próstata: isso é com você. São Paulo: **Publifolha**, 2003. 125p.
- TONINI, C. C. **Representações sociais do processo saúde-doença dos trabalhadores rurais - via metodologia Q no distrito de Arroio do Só, Município de Santa Maria, RS**. Santa Maria: Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Ciências Rurais, Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural: 130 p. 2006
- TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 11, n. 5-6, p. 365-73, 2002.
- TRINDADE, Z. A. Masculinidades e práticas de saúde. In: ALMEIDA, A. M. O. e SANTOS, M. F. S. (Ed.). **Representações sociais masculinas de saúde e doença**. GM Editora. Vitória, p.99-128, 2011
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. - 19. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa **Rev Saúde Pública**, v.39,n.3,p.507-14, 2005.
- URA,M.L.P.B.F.;FRANCO,P.B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169-186, 2004.
- VIANNA, L.A.C. Processo saúde-doença. **Módulo Político Gestor. UNA-SUS**, 2011.
- VIEIRA, K.L.D. *et al.* Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 120-7, 2013.

## APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre e esclarecido pós-informado



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Processo saúde doença: representações sociais de homens que vivenciam ou vivenciaram o câncer de próstata”. Nesta pesquisa pretendemos analisar as representações sociais sobre o processo saúde-doença na perspectiva de homens que vivenciam ou vivenciaram adoecimento pelo câncer de próstata. O motivo que nos leva a estudar e realizar esta pesquisa é que seus resultados podem subsidiar o significado do câncer de próstata para o homem acometido com esta patologia e sua compreensão sobre saúde e doença tornando-se um caminho para entender as formas de enfrentamento dessa realidade, o que nos possibilita oferecer outras maneiras de assistir o paciente e orientar as práticas em saúde, além de ajudar a viver a experiência do adoecimento e de responder de forma positiva à doença ou às reações decorrentes dela. Para esta pesquisa sua participação consistirá em responder as questões formuladas pela pesquisadora durante a entrevista, de forma que a sua opinião sobre o assunto possa ser emitida livremente. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar, banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá com elementos para prestar uma melhor assistência no campo da saúde. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Processo saúde doença: representações sociais de homens que vivenciam ou vivenciaram o câncer de próstata”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Praia Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

**Nome do Pesquisador Responsável: Livia Alves Cinsa**  
**Endereço: Rua José Lourenço, 1855, São Pedro.**  
**CEP: 36035690 / Juiz de Fora – MG Fone: (32) 991960106.**  
**E-mail: [liviacinsa@hotmail.com](mailto:liviacinsa@hotmail.com)**

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

## APÊNDICE 2: Roteiro para entrevista semiestruturada

Título: **Processo saúde-doença: representações sociais de homens que vivenciaram o câncer de próstata**

Pesquisadora: Lívia Alves Cinsa

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Coorientador: MaximilianoRibeiro Guerra

Instrumento de coleta de dados

<b>DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b>	
<b>Identificação:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Profissão:</b>	<b>Ocupação:</b>
<b>Grau de instrução em anos:</b> <input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto	<b>Renda familiar (salário mínimo):</b> <input type="checkbox"/> < 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 <input type="checkbox"/> > 3 <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Não respondeu
<b>Estado conjugal:</b> <input type="checkbox"/> Com companheiro (casado ou união estável) <input type="checkbox"/> Sozinho (viúvo ou solteiro)	Números de pessoas que residem com você no seu domicílio:
Tem filhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantos?	<b>Religião:</b>
<b>Cor da pele:</b>	<b>Predisposição familiar:</b>
<b>Tabagismo:</b>	<b>Alcoolismo:</b>
<b>QUESTÕES NORTEADORAS DE ENTREVISTA</b>	
<p>Como você descobriu que estava com câncer de próstata?</p> <p>O que você sabe sobre Câncer de próstata?</p> <p>O que o câncer de próstata significa na sua vida?</p> <p>Como têm sido sua rotina após o câncer de próstata?</p> <p>Para você o que é ter saúde?</p> <p>Para você o que é estar doente?</p> <p>Como você vê o seu cuidado no sistema de Saúde (Postinho e outros serviços de saúde)?</p>	

## ANEXO 1: Permissão do Secretário de Saúde do município da Estância Balneária de Praia Grande para realização da pesquisa



### MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

Estado de São Paulo

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

Praia Grande, 30 de março de 2016.

**OFÍCIO SESAP 12 Nº 125/2016 - CSN/CSN REF. CEAAPSP**

REF: Resposta ao Of.01/2016 da Universidade Federal de Juiz de Fora / Faculdade de Medicina / Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Objeto: Pesquisa acadêmica intitulada "PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS QUE VIVENCIAM OU VIVENCIARAM O CÂNCER DE PRÓSTATA (aluna: Lívia Alves Cinsa).

Ilma. Profª. Girlene Alves da Silva  
Professora Orientadora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

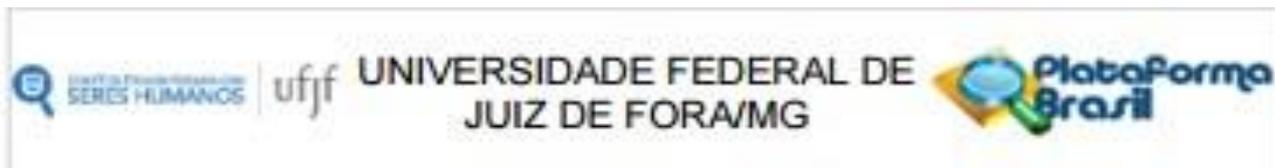
Prezado Professor,

Tendo em vista a solicitação formulada por meio do expediente recebido por esta Secretaria de Saúde Pública e considerando as atribuições da Comissão Especial de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas em Saúde Pública (CEAAPSP), definidas pela Portaria SESAP nº 025/2014, encaminho, anexo, parecer exarado pela CEAAPSP, devidamente aprovado por mim para providências cabíveis.

Atenciosamente,

  
Dr. Francisco Jaimez Gago  
Secretário Municipal de Saúde

## ANEXO 2: Parecer do comitê de ética e pesquisa com seres humanos



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: representações sociais de homens que vivenciam ou vivenciaram o câncer de próstata

**Pesquisador:** Lívia Alves Cinsa

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 55955016.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.734.201

#### Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar as representações sociais sobre o processo saúde-doença na perspectiva de homens que vivenciam ou vivenciaram adoecimento pelo câncer de próstata. O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O(s) pesquisador(es) descreve(m) que: "Tendo em vista que a pesquisa envolve riscos mínimos, ou seja, semelhante aos presentes nas atividades cotidianas como numa conversa, existirá a preocupação da pesquisadora em minimizar tais desconfortos na medida em que se propõe uma abordagem individualizada e respeitosa quanto ao nível de escolaridade, propiciando aos potenciais participantes condições para que sua participação ocorra sem constrangimento e com liberdade de escolha. Cabe acrescentar que os usuários que se dispuserem a participação

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

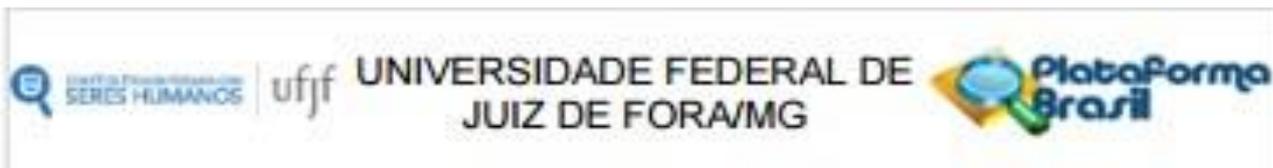
**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**Fax:** (32)1102-3788

**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.734.201

desta investigação, que será de forma voluntária e não remunerada, deverão expressar sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo prevista a coleta de impressão digital entre os analfabetos com acréscimo da assinatura do acompanhante nos casos que estes estejam presentes na ocasião da abordagem. Serão garantidos o sigilo, o anonimato e a elucidação quanto aos riscos participação dos participantes. Como benefícios tem-se entender as formas de enfrentamento da realidade de vivenciar o câncer de próstata, ajudar a viver a experiência do adoecimento e de responder de forma positiva à doença ou às reações decorrentes dela. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referencias bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa,além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c; e com o Manual para submissão de pesquisa "Desenho".

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida,com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes,assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades,garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa,contato

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N		<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO		
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA	
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.734.201

do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Recomendações:**

OBS: O participante da pesquisa tem garantido e assegurado o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. O ressarcimento, é somente quando ele ou seus acompanhantes tiverem de despesas decorrentes da pesquisa quando necessário, tais como transporte e alimentação. Segundo a resolução 466/12 CNS itens II.7 e 21; IV.3 letras g e h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Março de 2017.

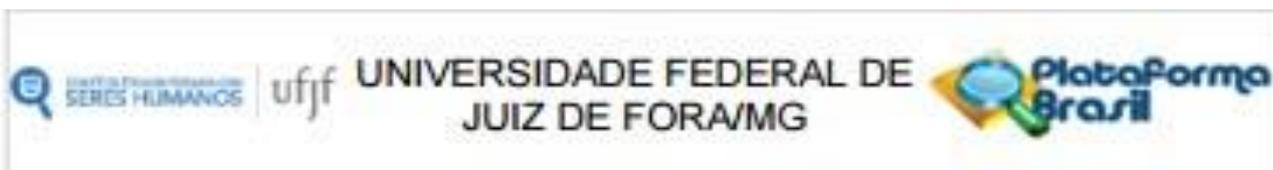
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_710479.pdf	03/09/2016 09:50:44		Aceito

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.734.201

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCaprostataSetemro.doc	03/09/2016 09:49:56	Lívia Alves Cinsa	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.docx	20/07/2016 22:57:48	Lívia Alves Cinsa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEufjf.doc	20/07/2016 22:28:39	Lívia Alves Cinsa	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoLivia.pdf	20/07/2016 22:03:11	Lívia Alves Cinsa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCaprostatamaio.doc	11/05/2016 00:32:23	Lívia Alves Cinsa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaonates.pdf	07/05/2016 20:58:04	Lívia Alves Cinsa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficioPG1.pdf	03/05/2016 22:39:38	Lívia Alves Cinsa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	oficioPG2.pdf	03/05/2016 22:39:16	Lívia Alves Cinsa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 19 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Vânia Lúcia Silva**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**Fax:** (32)1102-3788

**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br