



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM**



RAFAEL CARLOS MACEDO DE SOUZA

**SENTIDOS DO SER-AÍ-HOMEM-APÓS-CIRURGIA-MUTILADORA-DO-SISTEMA-
GENTURINÁRIO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO À SAÚDE DO HOMEM**

Juiz de Fora

2017

RAFAEL CARLOS MACEDO DE SOUZA

**SENTIDOS DO SER-AÍ-HOMEM-APÓS-CIRURGIA-MUTILADORA-DO-SISTEMA-
GENITURINÁRIO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO À SAÚDE DO HOMEM**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: O Cotidiano do Cuidar em Saúde e em Enfermagem, Linha: Cuidando do adulto e do idoso: O cotidiano como espaço de representações, articulada à linha Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Mestrado em Enfermagem da FACENF/UFJF.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Anna Maria Oliveira Salimena

**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)

Souza, Rafael Carlos Macedo de.

Sentidos do ser-aí-homem-após-cirurgia-mutiladora-do-sistema geniturinário : contribuições para o cuidado à saúde do homem / Rafael Carlos Macedo de Souza. -- 2017.

70 p.

Orientadora: Anna Maria Oliveira Salimena

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

1. Saúde do homem. 2. Amputação. 3. Sistema geniturinário. 4. Enfermagem. I. Salimena, Anna Maria Oliveira, orient. II. Título.



**SENTIDOS DO SER-AÍ-HOMEM-APÓS-CIRURGIA-MUTILADORA-DO-
SISTEMA-GENITURINÁRIO: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO À SAÚDE
DO HOMEM**

RAFAEL CARLOS MACEDO DE SOUZA

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

Aprovada em: 23/08/2017

Profª. Drª. Anna Maria de Oliveira Salimena (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Profª. Drª. Célia Pereira Caldas
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ
1ª Avaliadora

Profª. Drª. Ivis Emilia de Oliveira Souza
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ
2ª Avaliadora

Profª. Drª. Heloisa Campos Paschoalin
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
Suplente

Profª. Drª. Thais Vasconcelos Amorim
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
Suplente

Dedico esta dissertação aos meus pais e meus irmãos, pois me apoiaram até aqui, cada um a seu modo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir existir, por todo seu cuidado e carinho comigo tornando os meus sonhos possíveis.

Aos meus pais, Roberto e Efigênia, no modo de ser-com de vocês, permeado de amor e cuidado comigo, me ensinaram a perseverar e não desistir dos meus sonhos.

Aos meus irmãos, Leandro e Augusto, por compreenderem minhas ausências. O apoio de vocês é fundamental para mim. Amo vocês!

Aos meus amigos, por serem sempre presença e tornarem meus dias mais felizes. Sei que torceram por esta vitória.

As minhas colegas de orientação no mestrado, Ludimila Campos e Raquel Peixoto, esse caminhar buscando compreender a fenomenologia heideggeriana foi mais leve com a ajuda e o companheirismo de vocês.

As amigas, Luiza Vieira e Mariana Galvão, colegas na turma do mestrado, pesquisadoras e mulheres brilhantes, sou grato pelos nossos momentos de desabafo, discussões e por todo conhecimento compartilhado durante esses anos de aprendizado pessoal e profissional.

Aos colegas da turma de mestrado, por todos os momentos que vivemos no cotidiano de tantas exigências acadêmicas.

Minha querida orientadora, Professora Doutora Anna Maria Oliveira Salimena, seu modo de ser-com, sendo sempre preocupada, compreensiva e presente, possibilitaram maior abertura nessa relação orientadora-orientando. Guardarei sempre suas palavras e seus incentivos. Obrigado por me ajudar a compreender que sou-possível e que existem outros modos de poder-ser-no-mundo.

A cada Professora Doutora que participou da construção desta dissertação:

Célia Pereira Caldas, por prontamente aceitar participar deste meu momento acadêmico, obrigado pelo carinho e atenção. Seus comentários e sugestões foram essenciais.

Ívis Emília de Oliveira Souza, seu modo sereno de ser e ensinar contribuíram substancialmente no meu caminhar para a fenomenologia. Suas contribuições enriqueceram as páginas desta dissertação.

Heloisa Campos Paschoalin, minha orientadora na graduação, obrigado por todo suporte e auxílio em todas as etapas desta investigação. A Senhora contribuiu de maneira singular com a construção desta dissertação e com meu crescimento pessoal e profissional.

Thaís Vasconcelos Amorim, por participar desde a primeira banca desta dissertação, indicando suas fragilidades e potencialidades, suas contribuições, sobretudo no que tange a fenomenologia permitiram tecer cuidadosamente a forma final desta dissertação.

Aos depoentes, que se mostraram receptivos e com o sim de vocês em participar desta pesquisa, compartilhando suas falas e seus sentimentos, permitiram que esta dissertação se tornasse possível.

À todos, que mesmo não sendo aqui mencionados, incentivaram e possibilitaram a realização deste estudo.

*“Não é sobre chegar no topo do mundo
e saber que venceu.
É sobre escalar e sentir
que o caminho te fortaleceu.”*

Trem bala – Ana Vilela

RESUMO

As cirurgias mutiladoras no sistema geniturinário masculino embora apresentem baixa morbidade, geram comprometimento na qualidade de vida daqueles que necessitam destes procedimentos, devido ao caráter mutilante que afeta suas dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais. Objetivou-se desvelar sentidos do ser homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário. Pesquisa de natureza qualitativa com referencial teórico, filosófico e metodológico fundado na fenomenologia de Martin Heidegger. O cenário foi um Hospital Universitário da Zona da Mata Mineira, com a participação de 13 homens após cirurgia mutiladora no pênis, testículo e próstata. Os depoimentos foram colhidos nos meses de junho a agosto de 2016 por meio de entrevista fenomenológica com as questões norteadoras: como está o seu dia a dia após a cirurgia; como você se sente após a cirurgia e quais os significados desta cirurgia para você no seu dia a dia. Após leitura atenta foram apreendidas as estruturas essenciais que permitiram a criação das Unidades de Significação: Sentir dor e que melhorou com a cirurgia; Sentir medo e depois perceber que é tudo normal; Entender que é necessário ter cuidado durante o tratamento e fazer acompanhamento; Viver as mudanças na rotina devido à incontinência urinária e redução da força sexual; Sentir constrangimento, guardar segredo e se sentir diferente. A hermenêutica permitiu desvelar os sentidos do ser-aí-homem-após-uma-cirurgia-mutiladora-no-sistema-geniturinario, revelando que inicialmente é estar preso à facticidade de enfrentar uma intervenção cirúrgica, que até então, não foi esperada. No cotidiano o *dasein* se encontra na maioria das vezes, no modo-de-ser do impessoal, alienado da sua possibilidade de ser-si-mesmo se mostra decadente e revela o modo do pavor e horror da angústia impropria. Mas, que ocupado do tratamento toma para si a responsabilidade de cuidado consigo e revela o modo-de-ser da preocupação assumindo a possibilidade da cura. No modo-de-ser mais próprio do cotidiano, o impessoal, abrem-se para a falação e a curiosidade. Com o sentimento da perda da masculinidade revela o modo do terror e um modo deficiente de ser-aí-com-os-outros. O estudo contribui de maneira singular no que foi ratificado a partir dos depoimentos: sofrer uma mutilação parcial ou total de um órgão que possui inúmeros significados para o homem e que implica diretamente em sua masculinidade é prejudicial para seu bem-estar.

Descritores: Saúde do homem; Amputação; Sistema geniturinário; Enfermagem.

ABSTRACT

Mutilation surgeries in the male genitourinary system, although presenting low morbidity, lead to a compromise in the quality of life of those who need these procedures due to the mutilating nature that affects their physical, social, psychological and spiritual dimensions. The objective was to reveal the meanings of being a man after mutilating surgery in the genitourinary system. Research of qualitative nature with theoretical, philosophical and methodological reference founded on the phenomenology of Martin Heidegger. The scenario was a University Hospital of the Zona da Mata Mineira, with the participation of 13 men after mutilating surgery on the penis, testis and prostate. The testimonies were collected in the months of June to August of 2016 through a phenomenological interview with the guiding questions: how is his day to day after the surgery; how you feel after surgery and what the meanings of this surgery are for you in your day to day life. After careful reading, the essential structures that allowed the creation of the Units of Significance were seized: Feeling pain and what has improved with surgery; Feeling scared and then realizing that everything is normal; Understand that care must be taken during treatment and follow-up; To live the changes in the routine due to the urinary incontinence and reduction of the sexual force; Feeling embarrassed, secretive and feeling different. Hermeneutics allowed us to unveil the senses of being-there-man-after-a-surgery-mutilator-in-system-genitourinary, revealing that initially it is being stuck with the facticity of facing a surgical intervention, which until then, was not expected. In everyday life, Dasein finds itself most of the time, in the impersonal way of being, alienated from its possibility of being-itself, decadent and revealing the mode of dread and horror of improper anguish. But, that busy of the treatment takes to itself the responsibility of taking care of with him and reveals the way-of-being of the worry assuming the possibility of the cure. In the way of being more proper of the everyday, the impersonal, open to the talk and the curiosity. With the feeling of loss of masculinity reveals the mode of terror and a poor way of being-with-others. The study contributes in a unique way to what has been ratified from the testimonies: to undergo a partial or total mutilation of an organ that has innumerable meanings for man and that directly implies his masculinity is detrimental to his well-being.

Descriptor: Men's Health; Amputation; Urogenital System; Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O despertar para o tema.....	10
1.2 Justificativa e relevância.....	12
1.3 A situação em estudo.....	13
1.4 Objetivo	16
2 SOLO DE TRADIÇÃO	17
2.1 Saúde do homem: aspectos de gênero e aspectos políticos.....	17
2.2 Cirurgias mutiladoras geniturinárias em homens	20
2.2.1 Penectomia	22
2.2.2 Orquiectomia.....	23
2.2.3 Prostatectomia	24
2.3 Assistência de enfermagem ao homem no contexto das cirurgias mutiladoras do sistema geniturinário	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO.....	30
3.1 Fenomenologia como possibilidade	30
3.2 Martin Heidegger como caminho	31
4 TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	35
4.1 Aspectos éticos	35
4.2 O cenário do estudo	36
4.3 Os depoentes.....	36
4.4 Coleta e análise dos depoimentos.....	37
5 ANÁLISE COMPREENSIVA.....	38
5.1 Historiografia.....	38
5.2 O encontro com o depoente e sua disposição afetiva	40
5.3 Unidades de Significação	43
5.4 Compreensão Vaga e Mediana.....	48
5.5 O Fio Condutor.....	50
5.6 Hermenêutica.....	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERENCIAS	61
ANEXOS	65
Anexo A.....	65
Anexo B.....	68
APÊNDICE	69
Apêndice A.....	69

1 INTRODUÇÃO

1.1 O despertar para o tema

Meu caminhar na enfermagem teve início no ano de 2011. Ao ingressar no Curso de Graduação em Enfermagem observei que o ambiente acadêmico era predominantemente feminino, tanto por docentes como por discentes. Dentro deste ambiente feminilizado, compreendi também que as disciplinas oferecidas pelo curso abordavam situações do gênero masculino de forma superficial, indireta e fragmentada.

O conteúdo relacionado à Saúde do Homem foi abordado de forma genérica dentro da Disciplina de Saúde do Adulto, ocorrendo à ausência de conteúdos específicos sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças para esta parcela significativa da população brasileira. Sendo assim, a saúde do homem não foi contemplada em sua totalidade, o ensino era descontextualizado sobre os aspectos culturais, sociais e políticos relacionados a esta temática. De maneira diferente, o conteúdo relacionado à Saúde da Mulher era ministrado em uma disciplina obrigatória que contextualizava seus aspectos socioculturais e correlacionava à prevenção de doenças e agravos específicos à saúde desta população.

Neste contexto, durante minha trajetória, almejando me tornar enfermeiro busquei desenvolver um olhar atento à saúde do homem e seus determinantes sociais, com o intuito de compreender melhor a saúde dessa população.

Ainda durante minha formação acadêmica, por meio do exercício prático da enfermagem, tive por inúmeras vezes a oportunidade de vivenciar no Setor de Cirurgia de Homens o cuidado àqueles que aguardavam e/ou já haviam enfrentado uma cirurgia. Ao conviver com esses homens, observei e por diversas vezes ouvi seus relatos de fragilidade, de insegurança e de medo frente ao ato anestésico-cirúrgico.

O tratamento cirúrgico, mesmo como medida terapêutica, mostra-se como um ato de natureza invasiva e intervencionista que reflete diretamente na rotina daquele que vivencia esta intervenção, portanto acarreta inúmeras modificações no seu dia-a-dia. Prestar um atendimento com ética e respeito quanto à subjetividade intrínseca a cada paciente, pode proporcionar uma assistência perioperatória adequada diminuindo os impactos durante sua internação hospitalar e posteriormente ao retomar suas atividades diárias.

Buscando me aproximar mais do homem no contexto cirúrgico, realizei meu estágio curricular no setor de Cirurgia de Homens do Hospital Universitário da Universidade Federal

de Juiz de Fora (HU-UFJF). Observava a assistência focada no modelo biomédico, voltada na maioria das vezes apenas para uma patologia que necessitava de tratamento, sem, contudo se atentar ao homem como um ser existencial.

Diante do exposto, optei por desenvolver meu Trabalho de Conclusão de Curso¹ com homens durante o período pré-operatório de cirurgias urológicas. O estudo se direcionou a responder minhas inquietações sobre os sentimentos vividos e as necessidades biopsicossociais apresentadas por eles durante sua internação no setor cirúrgico. Os resultados mostraram que os principais sentimentos eram de preocupação, ansiedade e medo relacionado ao ato anestésico-cirúrgico.

Durante a análise do estudo, evidenciou-se que a maioria das cirurgias realizadas foi mutiladora, aquelas que realizam a retirada total ou parcial de um órgão. Ainda envolvido com os resultados desta pesquisa, constatei que esses pacientes demandavam atendimento distinto por parte de todos os profissionais de saúde, sobretudo os profissionais de enfermagem. O motivo é que alguns homens tinham dificuldades na busca por assistência de saúde e cultivavam a ideia de que não adoeceriam. Compreendi, então, que este comportamento é pautado no modelo da masculinidade hegemônica, em que homens e mulheres possuem padrões diferentes em relação ao autocuidado e à saúde.

Graduei-me e adentrei o mercado de trabalho como enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva de uma instituição hospitalar de ensino. Neste setor tive a oportunidade de conviver com pacientes com diversas patologias e vários tipos de tratamento, contudo, meu olhar atento ao homem no contexto cirúrgico se mantinha o mesmo. Por inúmeras vezes cuidei de pacientes naquele setor durante o período pós-operatório de cirurgias urológicas mutiladoras. Nestas ocasiões me recordava dos depoimentos que tive a oportunidade de ouvir e dos pacientes que havia entrevistado¹. Observei que estes pacientes se sentiam apreensivos com o novo proposto pela intervenção realizada, sobretudo com a nova realidade que seria vivenciada por eles, conviver com a mutilação de um órgão com o qual eles haviam nascido e que estava relacionado à sua masculinidade.

Desse modo me senti instigado a lançar novo olhar sobre estes homens e sua dimensão existencial. Portanto, pauto como questão norteadora deste estudo: quais os sentidos do ser homem após vivenciar uma cirurgia mutiladora no sistema genitourinário?

¹ SOUZA, R.C.M. Sentimentos de homens no pré-operatório de cirurgias urológicas. 2015. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

1.2 Justificativa e relevância

Buscando justificar a importância da presente investigação, direcionei-me a uma busca na literatura para conhecer o que tem sido produzido sobre a temática relacionada ao dia a dia do homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário. O levantamento dos artigos foi realizado durante os meses de junho e julho de 2017, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Medical Literature Analyses and Retrieval System* (MEDLINE) via Portal de Periódico da CAPES.

Os critérios de inclusão delineados foram: artigos disponíveis eletronicamente na íntegra provenientes de estudos primários que fossem relacionados à temática desta investigação, publicados em português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão relacionados à falta de adesão à temática e repetição nas bases de dados, na possibilidade de repetição, utilizou-se o primeiro artigo encontrado.

Para a busca na Lilacs optou-se por utilizar os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) interligados pelos Operadores Booleanos And e OR. Os descritores e os operadores foram utilizados com a seguinte associação: ("cirurgia" OR "procedimentos cirúrgicos urológicos" OR "procedimentos cirúrgicos operatórios" OR "amputação" OR "prostatectomia") AND ("sistema urogenital" OR "sistema geniturinário" OR "genitália masculina" OR "Penis" OR "testículo" OR "prostata") AND ("Saúde do homem" OR "Masculino"), assim foram encontrados 94 referências. Na Pubmed foi utilizado os termos disponíveis no MeSH com a associação: ("Amputation") AND ("Penis" OR "testis" OR "prostate") AND ("humans"), desta maneira foram selecionados 65 referências.

Neste momento foi realizada a leitura dos títulos e resumos para a seleção das referências encontradas. Utilizou-se uma tabela contendo os seguintes critérios: NA – não é artigo, NID – não tem no idioma, NP – não é pesquisa, NT – não é da temática e NQ – não responde a questão (Quais as repercussões de uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário para o homem?). Sendo as informações sintetizadas e apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Síntese do processo de seleção das referências encontradas.

Base	Total de referências	NA	NID	NP	NT	NQ	Artigos selecionados
Lilacs	94	6	0	4	56	15	13
Pubmed	65	0	0	32	24	0	9

Fonte: o autor.

Observou-se um grande número de referências e artigos relacionados à opinião do autor, relatos de experiência e artigos de reflexão. Os artigos elegíveis para análise na íntegra foram 22. Após a busca pelos artigos, evidenciou-se que, dos nove selecionados na Pubmed, dois eram editoriais, um relato de caso e um não foi encontrado na íntegra, compondo a amostra final cinco artigos. Já na Lilacs, dos 13 artigos elegíveis, cinco não estavam disponíveis na íntegra, participando oito artigos da amostra final.

Desta maneira foram analisados 13 artigos. Com a análise evidenciam-se artigos relacionados às complicações do procedimento cirúrgico como a incontinência urinária, modificações na sexualidade e na ereção observadas após a prostatectomia, reconstrução do pênis após a amputação e a morbidade e mortalidade após a operação. Foram encontrados um maior número de artigos relacionados à prostatectomia e nenhum relacionado à orquiectomia.

Portanto, neste movimento apresentado em busca de compreender melhor o momento que estes homens vivenciam após uma cirurgia mutiladora no sistema genitourinário, encontrei lacuna na literatura sobre o dia a dia destes homens, sobretudo no que diz respeito à compreensão dos significados atribuídos às condições do processo saúde-doença e nenhum estudo foi evidenciado que retratasse os sentidos do homem nesta vivência.

1.3 A situação em estudo

Ao vivenciar o cuidado com os pacientes durante o período perioperatório, observei que grande é o número dos homens que necessitavam de cirurgias urológicas e que tais procedimentos, muitas vezes, apresentavam incertezas e constrangimentos maiores do que aqueles que demandavam por cirurgias de outras especialidades.

Buscando contextualizar a problemática das cirurgias genitourinárias em homens, realizei um levantamento de caráter exploratório e descritivo sobre o quantitativo de cirurgias realizadas e seus respectivos órgãos alvo em uma instituição hospitalar universitária da Zona da Mata Mineira que possui quatro leitos pactuados para realização de cirurgias urológicas em homens.

Na tabela I, apresento a distribuição dos procedimentos cirúrgicos genitourinários conforme os órgãos que foram alvo da intervenção, ocorridos no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015, constituindo uma série histórica de cinco anos.

Tabela 1: Distribuição dos procedimentos cirúrgicos geniturinários realizados em uma instituição hospitalar universitária da Zona da Mata Mineira durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2015.

Órgãos da intervenção cirúrgica	Frequência absoluta
Rim, uretra, ureter e bexiga	589
Próstata e vesícula seminal	263
Pênis	260
Bolsa escrotal, testículos e cordão espermático	254
Total	1366

Fonte: BRASIL, 2017.

As cirurgias mutiladoras no aparelho geniturinário masculino embora apresentem baixa morbidade, geram alto comprometimento na qualidade de vida daqueles que necessitam destes procedimentos, devido ao caráter mutilante que afeta suas dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais.

A terminologia cirúrgica é composta por um prefixo relacionado ao órgão alvo e um sufixo que indica o procedimento cirúrgico realizado. Sendo assim, a retirada cirúrgica dos órgãos relacionados ao aparelho geniturinário masculino são: Prostatectomia, Penectomia e Orquiectomia (PARRA; SAAD, 2001).

Na tabela II, apresento o quantitativo de procedimentos cirúrgicos mutiladores realizados no sistema geniturinário pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de dezembro de 2015 a novembro de 2016, construindo uma série histórica de 12 meses. Os dados são apresentados conforme as cinco regiões brasileiras: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul.

Tabela 2: Procedimentos cirúrgicos mutiladores realizados no sistema geniturinário masculino pelo SUS no período de dezembro de 2015 a novembro de 2016.

Regiões do Brasil	Penectomia	Orquiectomia	Prostatectomia
Sudeste	107	2386	2994
Nordeste	67	1141	2811
Sul	20	912	1138
Norte	17	255	735
Centro-Oeste	11	434	635
Total	222	5128	8313

FONTE: BRASIL, 2017.

No contexto brasileiro, evidencia-se que no período de um ano foram realizadas 13.663 cirurgias mutiladoras no sistema geniturinário em homens, sendo o estado de Minas Gerias responsável pela realização de 1559 cirurgias (BRASIL, 2017). Destaco que estes

dados são para sustentar minha situação de estudo, pois sua análise caberia um aprofundamento mais significativo do que este apresentado.

Entre os diversos fatores que podem levar os homens a realizar uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário, cabe destaque as neoplasias que acometem estes órgãos, assim o câncer de próstata leva a realização da Prostatectomia, o câncer de pênis a Penectomia e o câncer de testículo a Orquiectomia (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010). Contudo, outros fatores ocasionam a realização de uma cirurgia mutiladora como: automutilação do pênis, a causa mais comum de mutilação no pênis; torção testicular, que se não tratada nas primeiras quatro a seis horas leva o órgão a ficar inviável necessitando da amputação; hiperplasia benigna da próstata ocorre o aumento da próstata, sobretudo nos homens acima de 50 anos, podendo ocasionar na necessidade de amputação parcial ou total (TOWNSEND, 2010). Consideram-se também os fatores externos relacionados às lesões causadas por armas brancas, armas de fogo e acidentes.

Em estudos de revisão da literatura nacional sobre o câncer de pênis e o câncer de próstata, evidenciou-se que o tratamento e a possibilidade de amputação dos órgãos são considerados pela população masculina como um grande fator de impacto na sexualidade, na autoimagem e na autoestima, modificando a vida sexual, afetiva e social e como consequência implicando na perda da virilidade e da essência masculina (GARCIA et al., 2013; LIMA; HAHN, 2016).

Salimena (2007, p. 27), ao referir-se aos procedimentos cirúrgicos destaca a necessidade de observar o subjetivo de quem a experiencia, considerando que “trata-se de ir além do aspecto meramente biológico, dedicando-se a encontrar as facetas do fenômeno que contribuem para o cuidado, compreendendo a saúde em seu sentido amplo, integral e humano”. Neste sentido, torna-se necessário que o olhar a estes homens seja sensível a ponto de compreender suas fragilidades e suas reais necessidades, atendendo aos seus anseios, não apenas em sua esfera física, mas em toda a sua esfera existencial (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Então, buscando compreender os fenômenos que me inquietam como homem e enfermeiro proponho como objeto deste estudo os sentidos do ser homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário.

1.4 Objetivo

Desvelar sentidos do ser homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

O movimento inicial desta pesquisa se direcionou a apreender o Solo de Tradição que versa sobre os aspectos relevantes produzidos sobre a temática da saúde do homem e as cirurgias geniturinárias mutiladoras apresentando, portanto a posição prévia existente na literatura, o conhecimento atual da ciência e o estado da arte do fenômeno em estudo.

Para Heidegger (2015), o solo de tradição é tudo aquilo produzido pela ciência tradicional, é o ponto de partida para uma investigação fenomenológica, porque sendo factual, não alcançou o problema de estudo, pois este é filosófico, visto que busca desvelar os sentidos do ser homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário.

2.1 Saúde do homem: aspectos de gênero e aspectos políticos

Acreditando que o processo saúde-doença, entre outras coisas, é socialmente determinado pelo comportamento do homem na sociedade, diversos fatores influenciam a população masculina sobre esta questão. Compreende-se que os modelos de masculinidades existentes e dominantes, geram um olhar diferenciado no cuidado da própria saúde entre homens e mulheres. A partir das relações construídas entre gêneros, um conjunto de diferenças se constrói sócio culturalmente (CONNELL, 1995; PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006).

Entende-se por gênero, nos mais amplos termos, não apenas a definição existente relacionada à biologia reprodutiva e ao determinismo biológico, mas como uma estrutura complexa e composta pela construção social na relação de poder entre os sexos, definindo o que é ser de um sexo ou de outro na sociedade. Sexo está intrinsecamente relacionado apenas às características anatômicas do aparelho reprodutor. Contudo, estes significados podem se modificar temporalmente, especialmente entre as diferentes culturas e ao longo da vida de uma mesma pessoa. Portanto, gênero e sexo não são sinônimos (CONNELL, 1995; PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006).

Nos anos 70 e 80, com o surgimento do movimento feminista e o aparecimento da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), tem-se início a uma consciência crescente sobre mudanças nas relações de gênero. Uma crítica baseada no ‘papel masculino’ emerge. Papel masculino significa compreender que um conjunto de atitudes e expectativas sobre a masculinidade apropriada é imposta pela sociedade. A masculinidade é considerada como uma configuração existente na estrutura das relações de gênero e na posição do homem, sendo

este opressor sobre as demais relações de gênero existentes, portanto ao entender que varias relações de gênero coexistem na sociedade fala-se em masculinidades (CONNELL, 1995).

Ainda durante a gestação a masculinidade ou a feminilidade tida como ideal começa a se formar na imaginação dos pais. Os comportamentos esperados para as crianças vão se formando e se impondo pela sociedade até sua a consolidação na vida adulta, pautados por uma perspectiva de sociedade patriarcal, binária e heteronormativa. Compreender estes conceitos possibilita entender que os padrões de gênero vão se construindo a partir de um contexto social, político e histórico. Através deste entendimento de como o gênero é moldado é possível que ele seja também re-moldado (PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006).

Assim, múltiplas masculinidades possuem lugar na mesma sociedade. O padrão imposto e tido como normal para o homem é o de um sujeito ativo, viril, invulnerável e produtivo. Ao serem pressionados a agir deste modo, espera-se um distanciamento do comportamento tido como feminino enraizado nos sentimentos, no cuidado e na sensibilidade. Juntamente a estas expectativas e práticas, tem-se a hegemonia masculina sobre a população feminina, perpetuando assim as práticas patriarcais. Tem-se então o conceito formado de masculinidade hegemônica, que se distingue das demais masculinidades e é tida atualmente como a masculinidade normativa (CONNELL, 1995; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013; PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006).

É possível identificar esse pensamento da masculinidade hegemônica como um processo prejudicial à saúde do homem, pois diversos agravos desta população são atribuídos a ela. O homem tende a suprimir suas necessidades de saúde, pois relaciona a doença aos sinais de fragilidade e fraqueza, o que é considerado esperado apenas no comportamento feminino (BARRETO; ARRUDA; MARCON, 2015; YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

A hegemonia masculina acarreta comportamentos de risco para a saúde do homem, pois este se sente incomodado com a situação de estar doente e associa o cuidado à saúde como algo secundário, considerando ainda como prioritário o trabalho e o sustento da família. Nesse sentido, um estudo nacional realizado com dez trabalhadores em tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na cidade de Campinas, estado de São Paulo, identificou alguns aspectos do comportamento masculino que interferem no cuidado à saúde. Destacando a importância do trabalho, a resistência à procura do serviço de saúde, interferência do álcool e também do tabaco (YOSHIDA; ANDRADE, 2016).

Os homens, diferente das mulheres, acessam o sistema de saúde de forma episódica, na maioria das vezes, apenas quando ocorrem agravos na saúde. Esse fato reflete no alto índice de mortalidade masculina relacionado à suas vulnerabilidades frente às diversas

doenças preveníveis e tratáveis (AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2015). O conceito de vulnerabilidade é proposto por Ayres (1999) e considera como vulnerabilidade individual: a compreensão e aplicação das informações em sua vida; vulnerabilidade social: os fatores sociais como violência, educação, trabalho, lazer e outros; vulnerabilidade programática: o comprometimento de instituições no gerenciamento dos recursos disponíveis de atenção.

Barreto, Arruda e Marcon (2015), apontam que a maioria dos homens adultos apresenta um déficit de comportamento preventivo de saúde, na maioria das vezes eles optam por utilizar os serviços emergenciais para resolução dos seus problemas, deixando as Unidades de Atenção Primária à Saúde como segunda opção. Percebe-se a diferença do gênero masculino ao perpetuar a visão curativista do processo saúde-doença, considerando apenas a busca pelo imediatismo e uma resolução rápida, ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde.

Neste contexto, no campo da saúde, ao contrário do que se verifica na maior parte das demais esferas sociais, o homem aparece com trajetória desfavorecida. Observa-se a existência de políticas de saúde voltadas para crianças, idosos e para as mulheres, contudo que pouco favorece a saúde do homem. Assim, no ano de 2009 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009b; AGUIAR; SANTANA; SANTANA, 2015).

A PNAISH aponta para a necessidade de reconhecer os agravos do sexo masculino como verdadeiro problema de saúde pública e enfatiza a mudança que deve ser realizada na compreensão masculina sobre o cuidado com a saúde. Ela objetiva melhorar a condição de saúde do homem contribuindo com o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis nessa população, considerados altos em relação aos femininos. Foi constatado que 75% das enfermidades que acometem o sexo masculino estão concentradas em cinco grandes áreas especializadas: Cardiologia, Urologia, Saúde Mental, Gastroenterologia e Pneumologia (BRASIL, 2009b).

Nas suas diretrizes, a PNAISH evidencia a necessidade de reorganizar as ações de saúde voltadas ao público masculino, reforçando a promoção da saúde e prevenção dos agravos evitáveis. Para isso, essa política está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, porta principal do Sistema Único de Saúde com foco na Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Assim, a política reafirma e reconhece o exposto neste estudo: as vulnerabilidades dos homens e sua não adesão aos serviços de saúde estão relacionadas à normatização do tipo de masculinidade hegemônica e os estereótipos de gênero existentes. (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2008).

Apesar dos avanços ocorridos na área da saúde do homem após a implantação da PNAISH no município de São Luís, estado do Maranhão, o estudo evidenciou que a maioria das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas não executa o proposto pela política. Os resultados apontaram para a desarticulação das necessidades de saúde da população masculina com a organização do serviço, considerando também ausência no acolhimento, no acesso e na frágil qualificação dos profissionais envolvidos com esta população (SOUSA et al., 2015). Portanto, é necessária a adoção de práticas que estimulem a participação dos homens e de sua efetiva inserção nos serviços e ações de saúde.

Assim sendo, o desafio das pesquisas relacionadas à saúde do homem é tornar esse homem real, alguém que adoecer e morre, alguém que demanda cuidados e também de ajuda. Estratégias para que os homens adentrem o serviço de saúde e falem sobre o cuidado de si precisam de uma reestruturação. É necessário buscar atender a demanda individual e coletiva da população masculina, contando com o engajamento dos diferentes profissionais envolvidos com a saúde desta população nos diversos níveis de atenção. Buscando auxiliar este homem no reconhecimento de suas necessidades, do seu comportamento atual e de suas transgressões relacionadas às masculinidades estereotipadas, é um papel importante a ser assumido por profissionais da saúde para pensar e repensar propostas de políticas públicas efetivas a respeito desta temática (PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

2.2 Cirurgias mutiladoras geniturinárias em homens

No caminho percorrido buscando contextualizar as cirurgias mutiladoras geniturinárias em homens considero necessário abordar inicialmente aspectos relacionados ao corpo e à mutilação, pois estes foram necessários para que eu pudesse compreender a temática e os efeitos de uma intervenção mutiladora.

O corpo humano é histórico e cada sociedade impõe seus próprios padrões relacionando-os à sua cultura, padrões como o de beleza, de sexualidade, de gênero e de saúde surgem em razão de outros. Desde a Grécia Antiga inúmeras modificações ocorreram e continuam ocorrendo em um contínuo processo de mudanças, pois a concepção exercida sobre o corpo é dinâmica e muda historicamente (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011).

A imagem do corpo na Grécia Antiga era a de um corpo atlético, fértil e dotado de perfeita saúde, a imagem idealizada era de um corpo estético, belo, motivo de glorificação e interesse do Estado. Durante a Idade Média, com a união da Igreja e da Monarquia, os valores morais

se enrijecem e a preocupação com o corpo se torna proibida, a salvação e a santidade se tornam uma virtude e o oposto considerado como pecaminoso. Na Era Moderna, a partir do século XVII, ele se torna alvo de estudos e começa a aparecer nas obras de arte, as formas corporais são valorizadas e o corpo é então redescoberto. O homem começa a cultivar a si próprio (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011).

Inúmeras outras formas de tratar o corpo existiram (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011) e objetivou-se fazer uma breve caminhada buscando contextualizar as modificações sofridas pela história e as possibilidades de ver o corpo.

Assim, alterações negativas sofridas na imagem corporal interferem na identidade do homem, visto que esta é percebida como algo que mutila e desfigura, reflete em auto rejeição, incapacidade, tristeza e medo. Enfrentar a mutilação é algo particular, subjetivo e varia entre os diversos contextos sociais que a pessoa se insere (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010).

A imagem corporal, assim como o corpo, se constitui como um contínuo processo de construção e reconstrução pessoal e social. A sociedade constantemente impõe seus padrões de beleza, condicionando o que seria belo como aceitável e desejável. Ao se deparar com a alteração da própria imagem o homem se torna frágil e não reage de maneira única, pois diante da autoimagem as reações são distintas e subjetivas (BITTENCOURT et al., 2009).

Compreendendo a importância da autoimagem corporal a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) incorporou a sua Taxonomia Diagnóstica o diagnóstico de enfermagem “Distúrbio na Imagem Corporal”. Este se define como o momento em que a pessoa apresenta ou esta em risco de apresentar uma mudança real no próprio corpo. Portanto, a alteração da imagem é algo que deve ser observado e avaliado pelos enfermeiros, caracterizando sua importância e relevância para o bem-estar do paciente e o cuidado integral prestado. Com a perda de parte do corpo propõe-se como cuidado de enfermagem uma investigação sobre o significado da perda para o indivíduo e as pessoas próximas; esperar que a pessoa reaja com sentimentos negativos; promover o compartilhamento das informações com as pessoas próximas, dentre outros (BITTENCOURT et al., 2009; CARPENITO-MOYET, 2011; NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2015).

Assim, apresento alguns aspectos relevantes da tradição que versam sobre a Penectomia, Orquiectomia e a Prostatectomia, buscando contextualizar especificamente as cirurgias geniturinárias mutiladoras.

2.2.1 Penectomia

A Penectomia ou amputação do pênis está associada a fatores como: traumatismo genital, acidentes, automutilação, ato de vingança e o câncer de pênis (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; REIS et al., 2010).

No traumatismo peniano a conduta inicial esperada é a reconstrução do órgão, contudo a parte amputada precisa encontrar-se viável para a reconstituição, sendo que após 2 horas de isquemia o segmento amputado se torna inviável. Ao descartar a hipótese de reconstrução anatômica trata-se o coto peniano em busca da manutenção de um novo meato uretral (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

O carcinoma peniano é um tipo raro de câncer nos países desenvolvidos, porém mais frequente em países subdesenvolvidos. No Brasil este tipo de câncer é mais comum nas regiões socioeconomicamente desfavorecidas, como o Norte e Nordeste, onde foram realizadas 84 cirurgias no período de dezembro de 2015 a novembro de 2016, conforme dados Sistema de Informações Hospitalares do SUS (BRASIL, 2017). Sua prevalência é maior na sexta década de vida e é pouco encontrado nos jovens. Os fatores de risco apontados para o aparecimento da doença são: fimose; infecções sexualmente transmissíveis como o Papilomavírus Humano (HPV); baixa renda familiar; hábitos inadequados de higiene; baixa escolaridade e tabagismo (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

O homem inicialmente observa a presença de uma lesão peniana, podendo incluir mau cheiro e sangramento, as lesões variam em tamanho e profundidade. O diagnóstico é realizado por biópsia e análise microscópica. Uma vez que os homens procuram atendimento tardiamente, frequentemente a extensão da lesão é grande e profunda. O tratamento é baseado na extensão do tumor e na sua classificação, os tumores superficiais são tratados por meio de incisão cirúrgica a laser, quimioterapia ou radioterapia superficial. O tratamento dos tumores com extensão maior e profundamente invasivos, frequentemente são controlados por penectomia parcial e aqueles que se encontram na base ou na parte uretral bulbar do pênis demandam por penectomia total (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; REIS et al., 2010).

O estadiamento tumoral auxilia na escolha terapêutica e fornece informações sobre o prognóstico. Dois sistemas de estadiamento frequentemente são utilizados para o câncer de pênis, o Sistema TNM e a classificação de Jackson, porém o de Jackson é mais utilizado. A classificação proposta por Jackson aponta para: Estádio I, o tumor se encontra limitado à glândula e ou ao prepúcio; Estádio II, tumor invade o corpo cavernoso; Estádio III, tumor com

metástase para linfonodo inguinal; Estádio IV, tumor invade estruturas adjacentes ou ocorre à presença de linfonodos inoperáveis ou metástase a distância (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; REIS et al., 2010).

O prognóstico nos Estádios iniciais é bom, ocorrendo à cura na maioria dos casos, contudo nos pacientes com Estádio III e IV raramente conseguem sobreviver por cinco anos. A prevenção está relacionada a melhores condições de higiene, sexo seguro e combate ao fumo (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

A mutilação do pênis, órgão que desde a infância é utilizado para representar a virilidade masculina e socialmente está relacionado com os tipos de masculinidades existentes, pode causar prejuízo na autoestima e gerar sentimentos de angústia frente à falta do órgão genital, além de repercussões na autoimagem, na vida sexual, afetiva e social do homem (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; REIS et al., 2010; SILVA et al., 2014).

2.2.2 Orquiectomia

Torção testicular é considerada uma emergência urológica que exige um rápido suporte para preservar a viabilidade do testículo. O resultado da torção do cordão espermático é o comprometimento da irrigação testicular e o número de voltas determina a quantidade de insuficiência vascular, ocorrendo à lesão isquêmica quando se ultrapassa a janela entre 4 e 8 horas (TOWNSEND, 2010).

Há dois tipos de torção testicular: torção extravaginal e torção intravaginal. A torção extravaginal é a forma menos comum e ocorre no recém-nascido durante a fixação dos testículos, a descida do testículo até o escroto, podendo ocorrer à rotação do cordão espermático e da túnica vaginal. A torção intravaginal é a forma mais comum e ocorre devido à má fixação do testículo e do epidídimo dentro da túnica vaginal, ocorrendo à torção do cordão espermático e da túnica vaginal, normalmente diagnosticada em pacientes durante a puberdade com idade entre 12 a 18 anos, porém pode ocorrer em qualquer momento da vida (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; MOSCONI, 2008; TOWNSEND, 2010).

Tanto a torção extravaginal como a torção intravaginal se não tratadas a tempo levam ao estrangulamento da irrigação testicular e conseqüentemente a lesão isquêmica. Sua apresentação clínica frequentemente está relacionada à dor escrotal súbita, intensa e unilateral, podendo ocorrer história de sintomas anteriores devido à torção e destorção intermitente. O

diagnóstico ocorre com o exame físico associado a exame de imagem, como a cintilografia escrotal ou a ultrassonografia com Doppler (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; MOSCONI, 2008; TOWNSEND, 2010).

Depois de diagnosticada a torção testicular é indicada a realização de manobras manuais almejando o reposicionamento do testículo ou a exploração cirúrgica imediata. Contudo, se detectado a inviabilidade do testículo realiza-se a orquiectomia do testículo afetado (MOSCONI, 2008; TOWNSEND, 2010).

A neoplasia maligna do testículo é uma doença rara que acomete principalmente homens jovens, 15 a 35 anos de idade, porém tem se observado um aumento significativo da doença nos últimos 40 anos, principalmente nas nações mais industrializadas. No Brasil, sua incidência é de 2,2 para cada 100 mil habitantes. Os fatores de risco para esta neoplasia estão relacionados à criptorquidia (malformação genital do testículo), história familiar, trauma escrotal, infertilidade ou subfertilidade, entre outros (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; MOSCONI, 2008; TOWNSEND, 2010).

Geralmente se apresenta com nódulos ou tumefação do testículo e o diagnóstico é realizado pelo exame físico juntamente com exames de imagem, ultrassonografia escrotal, tomografia computadorizada e radiografias. O tratamento para os casos iniciais e de baixo risco consiste na observação vigilante, radioterapia, quimioterapia e o tratamento de rotina consiste na orquiectomia radical (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; MOSCONI, 2008; TOWNSEND, 2010).

2.2.3 Prostatectomia

O diagnóstico das complicações que acometem a próstata inicia-se com a determinação sérica do Antígeno Prostático Específico (PSA). Entre as afecções prostáticas mais comuns que podem elevá-lo, tem se a Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) e o câncer de próstata. Conforme orientação da Associação Americana de Urologia o rastreamento através do PSA deve ocorrer a partir dos 40 anos. A probabilidade de homens com valores de PSA entre 4 a 10ng/ml ou superiores a 10ng/ml serem diagnosticados com câncer de próstata respectivamente é de 30% e de 65%, porém mesmo nos níveis baixos de PSA o homem não se encontra totalmente seguro de que não tenha o câncer (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

No estadiamento da doença a dosagem do PSA fornece informações importantes para o momento da terapêutica a ser empregada. A chance da doença estar avançada é relacionada

a valores altos no PSA e este traz impacto tanto no prognóstico da doença como na decisão terapêutica, entre as várias opções destaco a radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e a cirurgia. Após o tratamento cirúrgico com a retirada total da próstata espera-se que o PSA atinja valores indetectáveis ou bem baixos, quando não atinge tais valores compreende-se como presença de tecido prostático residual ou metastático (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

A neoplasia benigna mais comum no homem é a HPB. Nos homens com 20 a 30 anos de idade a próstata pesa aproximadamente 20g, contudo o peso aumenta depois dos 50 anos, sendo então relacionado ao processo de envelhecimento. Sua prevalência nos homens com mais de 80 anos é de mais de 80%. Os sintomas mais comuns relacionados a esta neoplasia é o aumento na frequência das micções, urgência urinária, esvaziamento incompleto da bexiga e diminuição da força do jato urinário, entre outros, sendo a obstrução e retenção urinária o evento causado pela HPB (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; TOWNSEND, 2010).

O diagnóstico ocorre inicialmente com a determinação dos níveis de PSA relacionado ao exame físico, compreendendo a análise dos sintomas urinários e o exame de toque retal. O tratamento realizado possui dois objetivos, aliviar as manifestações clínicas e corrigir as complicações ocasionadas pelo crescimento prostático. Nos homens que apresentam sintomas leves frequentemente ocorre apenas à observação vigilante anualmente e aqueles com sintomas severos evoluem para o procedimento cirúrgico. As formas principais de tratamento cirúrgico utilizados são a Incisão Transuretral da Próstata (ITUP), Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP) e a Prostatectomia Aberta (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; TOWNSEND, 2010).

O câncer de próstata é considerado o mais comum no sexo masculino, exceto pelo câncer de pele não melanoma e um dos principais em mortalidade. A estimativa da doença é de 61.200 casos novos para o Brasil em 2016 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015). O aumento da expectativa de vida da população tem refletido um aumento considerável da doença no país, pois um dos fatores predisponentes para esta doença esta relacionado à idade do homem e sua história familiar. Outro fator relacionado ao aumento da doença é o aumento da detecção, seja pela disponibilidade do PSA como pelo aumento na conscientização dos homens ao procurar assistência (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; TOWNSEND, 2010).

Com o aumento no diagnóstico precoce cerca de 80% dos casos de CP são diagnosticados em fase inicial quando ainda se encontram localizados. Vários fatores são

analisados ao considerar o tratamento para os pacientes com CP como obstrução urinária, prognóstico, expectativa de vida e o estadiamento da doença. Para o tratamento curativo consideram-se aqueles com expectativa de vida superior a dez anos e nos estádios iniciais da doença, sendo indicado então a prostatectomia radical como padrão-ouro de tratamento (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; TOWNSEND, 2010).

Com a próstata mutilada as complicações pós-operatórias mais comuns são disfunção urinária e disfunção sexual, ocasionando em queda na qualidade de vida dos pacientes ao evidenciar uma piora no seu padrão sexual (NARDOZZA JUNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010).

2.3 Assistência de enfermagem ao homem no contexto das cirurgias mutiladoras do sistema geniturinário

A história do desenvolvimento teórico da enfermagem iniciou-se com os pensamentos e escritos de Florence Nigthingale. Após este período a enfermagem foi se construindo e se reconstruindo em busca de se consolidar como profissão. Florence propôs dois pressupostos para compreensão da prática profissional da enfermagem, sua natureza interpessoal: reconhece a importância entre o relacionamento enfermeiro e paciente; e o olhar holístico ao paciente: mente e corpo não se divide é um todo inseparável. A compreensão destes pressupostos torna impossível considerar um paciente como a prostatectomia do leito 225, pois o homem submetido a uma prostatectomia é indivisível, portanto ao ser cuidado sua dimensão física e fisiológica não são superiores a sua dimensão espiritual, social e psicológica (GEORGE, 2000).

Buscando alcançar a cientificidade da enfermagem e a sistematização da assistência, o Processo de Enfermagem (PE) foi proposto como método de trabalho para direcionar e ordenar o cuidado. O PE é uma atividade intelectual que visa abordar a prática de maneira ordenada e sistemática, abandonando o cuidar de maneira empírica e adotando ações a partir de evidências, o fazer acompanhando o saber (GEORGE, 2000; BRASIL, 2009a).

O PE e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) corroboram para definição do seu papel profissional e do seu espaço de atuação no sistema de saúde. Compreender o cuidar como essência e objetivo do trabalho do enfermeiro significa prestar uma assistência com primazia, tanto na avaliação do paciente como de seu contexto familiar, superando os limites da própria doença e alcançando o paciente como alguém único, singular (GEORGE, 2000; LUZ, 2016). O PE e a SAE visam proporcionar a individualização do

cuidado. Com a utilização destes métodos de trabalho é que os conhecimentos teóricos da enfermagem ganham novos significados, cooperando para o fortalecimento da enfermagem como ciência e prática profissional, além de contribuir com eficácia e eficiência para as reais necessidades humanas do paciente (BRASIL, 2009a; GARCIA, 2016).

No contexto cirúrgico, no ano de 1985, foi proposto um modelo assistencial para enfermagem denominado de Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) (FONSECA; PENICHE, 2009). Segundo a Associação Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado (SOBECC), a SAEP possui as seguintes fases: pré-operatório imediato, transoperatório, recuperação pós-anestésica, pós-operatório imediato e pós-operatório mediato (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, 2013).

O propósito da SAEP é definido por Fonseca e Peniche (2009, p. 2) como sendo “promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, no qual o paciente é singular e a assistência de enfermagem é uma intervenção conjunta”. Assistência integral compreende uma recusa ao reducionismo que ocorre no âmbito cirúrgico pelas altas tecnologias e tecnologias duras que envolvem o processo do cuidar neste setor, implica em uma aproximação entre o enfermeiro e a pessoa que se encontra no setor cirúrgico.

A visita de enfermagem, uma das etapas da SAEP, ocorre no período pré-operatório e possibilita que esta aproximação ocorra efetivamente. Em ampla revisão da literatura realizada por Oliveira e Mendonça (2014), este período se mostrou decisivo para o sucesso do momento cirúrgico e das fases posteriores, transoperatório e pós-operatório interferindo no restabelecimento do paciente e na redução do tempo de internação hospitalar, assim como na redução dos estressores relacionado a este momento.

A visita de enfermagem no pré-operatório é considerada uma atividade essencial do enfermeiro, ela representa um primeiro contato entre enfermeiro e paciente, possibilitando ao profissional detectar, solucionar e/ou encaminhar os problemas identificados. Após a oportunidade de expressar suas preocupações relativas à cirurgia durante a visita de enfermagem cabe ao enfermeiro sanar as dúvidas e proporcionar informações necessárias para uma melhor promoção da assistência. Este agir visa à diminuição da ansiedade, aumento na confiança entre paciente e enfermeiro, aceitação dos procedimentos utilizados e uma cooperação durante os demais momentos da assistência proposta (OLIVEIRA; MEDONÇA, 2014; SALIMENA; ANDRADE; MELO, 2011).

Com a realização da intervenção cirúrgica, o objetivo da assistência oferecida aos pacientes no período pós-operatório tem como foco atender as necessidades reais apresentadas pelo paciente, reduzindo sua ansiedade e de sua família. Em estudo desenvolvido buscando identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados em idosos que foram submetidos a cirurgias urológicas, foram identificados os seguintes diagnósticos: integridade da pele prejudicada (100%), risco de volume de líquidos deficiente (84%), dor aguda (68%) e conhecimento deficiente (61%) (LIMA et al., 2015).

Portanto, o cuidado ao paciente cirúrgico é amplo e constitui inúmeros momentos singulares durante as etapas cirúrgicas. As atividades desenvolvidas constituem-se desde a avaliação pré-operatória até as orientações próprias aos cuidados realizados após o procedimento, no ambiente domiciliar. Juntamente com o paciente e seus familiares, por meio de um ensino eficaz para o autocuidado do paciente cirúrgico, é possível desenvolver orientações que propicie estratégias que evitam ou até amenizam possíveis complicações inerentes ao ato cirúrgico como infecção, sangramento, cuidados com a ferida operatória, os pontos e a com a sonda vesical (SMELTZER; BARE, 2011).

Observa-se que a incontinência urinária implica em inúmeras modificações no dia a dia dos pacientes submetidos à prostatectomia, impactando em problemas psicossociais, perda da autoestima e isolamento social. Desta maneira, evidencia-se a necessidade da assistência de enfermagem almejando reduzir a ocorrência de morbidades psicológicas como o medo e o afastamento social (MATA et al., 2014).

O fornecimento de informações pela enfermagem sobre os sinais e sintomas esperados na ocorrência da incontinência urinária pode possibilitar na diminuição das dificuldades experimentadas. As orientações consistem sobre as mudanças comportamentais relacionadas à redução na ingestão de líquidos como cafeína e o álcool, construção de um diário sobre os episódios da incontinência e da ingestão de líquidos, exercícios perineais para fortalecimento dos músculos pélvicos, apoio emocional e outros (MATA et al., 2014).

Outra modificação observada no pós-operatório, não apenas da prostatectomia, mas também da penectomia é a disfunção erétil. Esta é caracterizada pela perda da capacidade de manter uma ereção do pênis para a relação sexual com penetração que seja satisfatória. Os efeitos causados pela disfunção são complexos e o cuidado prestado não deve se relacionar apenas aos aspectos curativos, mas que se considere a sexualidade envolvida como um todo (APPOLONI EDUARDO; NAPOLEÃO; CARVALHO, 2016).

Os tratamentos disponíveis são baseados em terapia oral, injeções vasoativas no pênis, dispositivos de ereção e cirurgias para correção. As estratégias relacionadas à assistência de

enfermagem devem extrapolar os aspectos curativos da disfunção, promovendo uma orientação e um aconselhamento sexual rigoroso ao paciente e suas parceiras, originando confiança e envolvimento entre ambos durante o processo de reabilitação para que se superem as modificações causadas pelas complicações na vida de ambos. Estas intervenções devem ser realizadas durante a internação e posteriormente na alta hospitalar, para que possíveis dúvidas lacunares possam ser sanadas, almejando a melhoria da atividade sexual e da sexualidade envolvida (APPOLONI EDUARDO; NAPOLEÃO; CARVALHO, 2016).

Portanto, considerando a complexidade do cuidar em enfermagem falar sobre assistência de enfermagem voltada para o modelo biomédico, focado apenas na dimensão física do homem, mostra-se como limitado. A enfermagem tem buscado possibilidades de ultrapassar os limites construídos por este modelo e deste modo o cuidar deve se estender ao nível mais avançado, alcançando os aspectos que se mostram envolvidos neste processo: emocionais e subjetivos; pessoais e familiares; sociais e culturais (SAVIETO; LEÃO, 2016).

Esta reflexão permite compreender a prática assistencial da enfermagem conduzindo para as reais necessidades dos pacientes, certamente o que não se contempla pela abordagem biomédica exclusiva. O homem necessita de um cuidar que alcance as suas diversas dimensões como a física, mental, emocional, espiritual e a SAEP possibilita que este cuidar se consolide (SAVIETO; LEÃO, 2016).

3 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

O referencial temático relacionado ao cotidiano do homem que vivencia uma cirurgia genital mutiladora se mostrou centrado na doença e nos procedimentos técnicos, sendo estes insuficientes para alcançar o fenômeno em estudo.

Minhas inquietações cuja ênfase é os sentidos do ser homem após realizar uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário e acreditando que somente quem vivencia esse fenômeno é capaz de descrevê-lo e de significá-lo, a fenomenologia ontológica de Martin Heidegger se mostrou como uma possibilidade para alcançar o objetivo proposto.

Buscando o suporte necessário para o desenvolvimento desta investigação e me aproximando da fenomenologia e do pensamento do filósofo Martin Heidegger, cursei três disciplinas isoladas como aluno especial. Assim, foi possível cursar as seguintes disciplinas: Métodos “Qualitativos de Pesquisa: abordagem fenomenológica” no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem/UFRJ (2016); “Questões De Filosofia e Fenomenologia da Religião III” no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião, Curso de Mestrado em Ciências da Religião/UFJF (2016); “Ontologia e Filosofia da Arte” no Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Curso de Mestrado em Filosofia /UFJF (2017).

3.1 Fenomenologia como possibilidade

A fenomenologia é um movimento filosófico e também uma teoria do conhecimento e método de análise construído a partir do pensamento de Edmund Husserl (1859-1938), filósofo alemão, no final do século XIX em contraposição ao positivismo proposto à época. Busca estudar o fenômeno tal qual ele ocorre, em sua essência e, para isso, faz-se necessário ‘voltar às coisas mesmas’, não se contentando, portanto, com o conhecimento natural, das ciências naturais, o diretamente dado e pouco questionado (BICUDO; ESPOSITO, 1997).

Antes de se propor como método de rigor científico a fenomenologia propõe uma atitude fenomenológica. Quer ser um estilo de pensar e de ver o mundo, pois o fenômeno ao mesmo tempo em que se manifesta se esconde, se mostra e se oculta. Sendo assim, faz-se necessário um constante movimento de desvelar e desocultar o encoberto. Esse é o método fenomenológico, o estudo da consciência do homem em sua totalidade existencial a partir da descrição e interpretação daquilo que se encontra velado a fim de desvelá-lo (NOVASKI, 2006).

A redução fenomenológica ou *epoché*, isto é, retirar os pré-juízos característicos da vida cotidiana e da atitude natural, expressa que não se deve utilizar das verdades já estabelecidas como a única maneira de pensar e ver o mundo. A partir do conceito de redução fenomenológica o mundo se mostra como fenômeno, com suas várias possibilidades (EWALD, 2008).

Após Husserl formular as principais linhas da fenomenologia, abriu-se caminho para novas concepções a partir de outros pensadores como Martin Heidegger, Alfred Shutz, Maurice Merleau-Ponty e Jean Paul Sartre, dentre outros, mas todos conservando a mesma atitude fenomenológica (CAPALBO, 1996).

Portanto, ao buscar compreender os sentidos do ser homens após enfrentar uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário, compreendendo que este fenômeno é singular, logo é vivenciado de maneira diferente por aqueles que o vivenciam o fenômeno em estudo se aproximou deste referencial.

Assim, buscando compreender o homem como um ser-existencial encontrei no pensamento e na fenomenologia de Martin Heidegger, um caminho apropriado para alcançar tal compreensão e análise dos sentidos do ser.

3.2 Martin Heidegger como caminho

Martin Heidegger nasceu em Messkirch, na Alemanha, em 26 de setembro de 1889 e morreu em 26 de maio de 1976 na cidade de Freiburg (GIACCOIA JUNIOR, 2013). Em seu escrito intitulado *Meu caminho para a fenomenologia* do ano de 1963, Heidegger diz como se aproximou inicialmente da obra de Edmund Husserl:

Soube por diversas indicações presentes em revistas filosóficas que a maneira de pensar de Husserl tinha sido determinada por Franz Brentano. A dissertação de Brentano *Sobre o múltiplo significado do ente segundo Aristóteles* (1862) constitui desde 1907 o principal auxílio nas minhas desajeitadas tentativas de penetrar na filosofia (HEIDEGGER, 2009, p.3, grifo do autor).

Portanto, para compreender o modo de pensar e o percurso característico de Heidegger é preciso considerar o modo como seu início no campo da fenomenologia se deu. Neste escrito é possível notar a articulação entre o pensar de Martin Heidegger com o pensamento de Edmund Husserl e indo mais além com o de Franz Brentano.

Formado em filosofia, em 1916, Heidegger se tornou discípulo de Husserl na Universidade de Freiburg, despertando o seu modo de pensar para a fenomenologia. Eles trabalharam juntos entre os anos de 1918 e 1923 (GIACOIA JUNIOR, 2013).

No entanto, Heidegger, em 1927, publicou a obra *Ser e tempo*² instituindo uma separação entre o entendimento da posição fenomenológica dos dois pensadores. Husserl sistematizou a fenomenologia em uma concepção densa, assimilando às coordenadas desenvolvidas por Brentano. Contudo, três elementos fundamentais sobre a fenomenologia husserliana continuaram presentes com Heidegger, a saber: a concepção de intencionalidade; a concepção de redução fenomenológica e o lema husserliano “rumo às coisas mesmas” (CASANOVA, 2012; GIACOIA JUNIOR, 2013).

Certamente é com a obra *Ser e tempo* que Heidegger abandona o discurso meramente acadêmico e alcança status de um fenômeno único na filosofia do século XX, capaz de conquistar um nome do porte de seu mestre, Edmund Husserl (GIACOIA JUNIOR, 2013).

Em sua obra principal, *Ser e tempo*, ele desenvolveu um método próprio de investigação, interpretação e análise. Heidegger sustenta algo notável em sua obra, o *ser*³ é compreendido em sua temporalidade específica. Portanto, ele volta-se para a questão considerada como essencial pela filosofia: o que é o *ser* e qual o seu *sentido* (HEIDEGGER, 2015).

Ao rever a questão sobre o *sentido de ser* na filosofia tradicional, Heidegger aponta que esta foi incapaz de defini-lo, pois a tradição metafísica sempre considerou o *ser* como sendo *ente*, ocorrendo, portanto a entificação do *ser* (HEIDEGGER, 2015, § 1 e 6).

Por *ente* se entende tudo aquilo que *É*, portanto, algo que se pode caracterizar e definir, como por exemplo: objetos, animais, homens e plantas. Contudo, entre os inúmeros tipos de *entes*, há um que se sobressai, pois este possui em seu modo de *ser*, entre outras coisas, a possibilidade de estabelecer relação com o seu próprio *ser*. Esse é o *ente* que somos nós mesmos, o *ente* humano, ao qual é dado o nome de *Dasein*⁴. O termo *Dasein* indica a possibilidade de abertura e de manifestação do *ser* no seu *cotidiano*. E este apresenta um modo de acesso ao *ser*, ao seu próprio *ser* e o *ser* em geral (HEIDEGGER, 2015, § 2 e 4).

²A obra *Ser e Tempo* foi publicada em 1927, no original alemão. Contudo, o presente estudo utiliza a 10ª edição de *Ser e Tempo*, publicada no português no ano de 2015, com tradução de Marcia Sá Cavalcante Schuback, conforme consta no item de Referências.

³ Neste estudo os conceitos propostos por Heidegger que muitas das vezes foram ressignificados pelo filósofo, caracterizando, portanto, o seu pensamento, estarão escritos na fonte em itálico.

⁴ Nesse estudo optou-se por não traduzir o termo *Dasein*, proposto originalmente na obra em alemão de *Ser e Tempo*. Entretanto, outras obras substituíram o termo *Dasein* por *ser-á* ou por *presença*.

O *Dasein* possui um primado triplo em relação aos outros *entes*: em sentido ôntico é o único ente que se relaciona à própria *existência*; em sentido ontológico é o único que pode colocar em investigação a questão do *ser* e de uma compreensão da *existência*; em sentido ôntico-ontológico é o único *ente* que possui o primado de toda ontologia ao possuir o modo de compreensão do *ser* de todos os *entes*. Portanto, o *Dasein* é o *ente* que deve ser interrogado na busca pela compreensão do *ser*, pois este é capaz de transpor a ponte entre o ôntico e o ontológico (HEIDEGGER, 2015, § 4).

Três são os aspectos fundamentais do *Dasein*: *o poder ser (seu caráter existenciário)*, *o estar lançado (sua facticidade)* e *a fuga de si (seu decair)*. Compreendendo-se que o *Dasein* não é fixo, mas encontra-se aberto a possibilidades. A essência do *Dasein* está no *ser-no-mundo* e apresenta suas relações como *ser-com*, se ocupando com as coisas e se preocupando com o seu *ser*, com outros *entes* e com outros *Dasein* (HEIDEGGER, 2015).

Na busca pelo seu *sentido fundante*, o sentido do *ser*, a cotidianidade do *Dasein* se mostra como o melhor modo de acesso ao *ser* deste *ente*. Pois, conforme apontado por Heidegger “As modalidades de acesso e interpretação devem ser escolhidas de modo que esse ente possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo. Elas têm de mostrar a presença tal como ela é *antes de tudo* e na *maioria das vezes* em sua *cotidianidade mediana*.”, (HEIDEGGER, 2015, p. 54, § 5, 7 e 9).

Almejando *desvelar os sentidos fundante do movimento existencial* vivido pelos homens após cirurgia mutiladora no sistema geniturinário, este estudo seguirá os dois momentos metódicos propostos por Heidegger.

O primeiro momento busca explicitar o factual vivido pelos depoentes, aquilo que se mostra na maioria das vezes para todos, encontra-se na *dimensão ôntica* e permite apenas à descrição do *fenômeno vivido*, este momento é chamado de *Compreensão Vaga e Mediana*. O segundo momento busca o *desvelar dos sentidos do ser* através da interpretação do fenômeno a luz dos conceitos propostos por Heidegger, este é chamado de *Análise Interpretativa* ou *Hermenêutica* (HEIDEGGER, 2015, § 2, 5, 7 e 8).

Na busca pela *Compreensão Vaga e Mediana* “o primeiro a ser interrogado é o ente que tem o caráter da presença [*Dasein*]”. Assim, inicialmente é necessário determinar os *entes* que participarão da investigação e, a partir daí “este ente também deve mostrar-se no modo de acesso que genuinamente *lhe pertence*” e “já deve se ter feito acessível antes, tal como é em si mesmo”. Após o encontro com este *ente*, tem-se início a primeira análise, “ela começa apenas explicitando o ser desse ente, sem interpretar-lhe o sentido”, assim “da cotidianidade não se devem extrair estruturas ocasionais e acidentais, mas estruturas

essenciais” para a partir das *estruturas essenciais*, criar as chamadas *Unidades de Significação*, possibilitando a construção do *Fio Condutor da Hermenêutica*, que conforme Heidegger indica “*é necessário um fio condutor concreto a fim de se obter o conceito fundamental de “ser” e de se delinear a conceituação ontológica por ele exigida*”. (HEIDEGGER, 2015, p. 42, 54, 77 e 83, § 2, 5, 7 e 8).

Com o *Fio Condutor*, tem-se início o movimento analítico *Hermenêutico*, pois *interrogando o ente e questionando o ser* em busca do *sentido de ser* ocorre o desvelamento dos *sentidos do ser-aí*. Posteriormente estes são interpretados conforme os conceitos propostos por Heidegger, buscando, portanto trazer os *sentidos do ser* à luz.

À luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido de ser (HEIDEGGER, 2015, pág, 41).

Com o *caráter fenomênico* do objeto desta investigação a aplicação do referencial teórico, filosófico e metodológico heideggeriano mostrou-se como uma possibilidade. Pois com este movimento reflexivo com suporte no referencial heideggeriano é possível desvelar os sentidos do ser homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário.

4 TRAJETÓRIA DA PESQUISA

A pesquisa de natureza qualitativa apresentou-se como um caminho para atender ao objetivo proposto buscando desvelar os sentidos do homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário, utilizou-se como referencial teórico, filosófico e metodológico a fenomenologia ontológica de Martin Heidegger. O filósofo indica que “a fenomenologia é a via de acesso e o modo de comprovação para se determinar o que deve constituir tema da ontologia” (HEIDEGGER, 2015, p. 75).

4.1 Aspectos éticos

Este estudo se insere na linha de pesquisa Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora articulado com o Grupo de Pesquisa O Cotidiano do Cuidar em Saúde e em Enfermagem, linha de pesquisa Cuidando do adulto e do idoso: O cotidiano como espaço de representações.

Esta investigação é parte do projeto de pesquisa integrado “Laboratório do Cuidar/Humanização da Assistência” com o objetivo primário de estudar significados e/ou vivências de pacientes e profissionais de enfermagem sobre o ato de cuidar, levando-se em consideração a definição de humanização preconizada pelos órgãos competentes. O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado sob parecer número 1.049.543 (ANEXO A), em conformidade aos preceitos da Resolução Número 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos adotados pelo estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para análise e assinatura (ANEXO B).

Buscando o anonimato dos depoentes, os mesmos foram codificados como “E” de Entrevistados e acompanhados de uma numeração arábica por ordem de realização das entrevistas (E1, E2, E3 ...).

4.2O cenário do estudo

O estudo teve como cenário um Hospital Universitário da Zona da Mata Mineira, considerado referência ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este hospital apresenta um trabalho de excelência na área da saúde que engloba o nível primário, secundário e terciário de atendimento, interligando atividades de pesquisa, ensino e extensão.

Atualmente conta com duas unidades de atendimento que atende a 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio de Janeiro. Possui 140 leitos, destes 16 leitos são de hospital dia, oito salas de cirurgia, das quais quatro são para grandes cirurgias e quatro são para as pequenas e médias cirurgias.

4.3 Os depoentes

Buscando os possíveis depoentes me dirigi a Unidade de Monitoramento do hospital cenário deste estudo, busquei os prontuários dos pacientes que realizaram as cirurgias mutiladoras no pênis, testículo e próstata durante os anos de 2014 e 2015. Para alcançar o dia a dia destes homens, a entrevista ocorreu no mínimo um ano após a realização do procedimento cirúrgico, pois considerei que após este período o paciente já teria vencido o momento pós-operatório, com suas dores e conseguiria, portanto, relatar o seu dia a dia. Posteriormente, com a lista dos prontuários, me direcionei ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) do referido hospital com uma tabela para completar os dados cadastrais dos pacientes, contendo nome, idade, cirurgia realizada, data da internação, telefone e endereço.

Com os dados cadastrais dos homens em mãos e buscando o agendamento dos encontros em suas residências, realizei contato telefônico com os possíveis depoentes. Neste momento expliquei o objetivo da pesquisa e agendei o encontro com aqueles que aceitaram participar, oferecendo-lhes a opção de escolha pelo melhor dia, horário e local para realização da entrevista.

Durante as ligações tive a oportunidade de experimentar inúmeros sentimentos, por vezes ficava apreensivo e com medo e, por outras vezes, sentia alegria e expectativa. Estes sentimentos emergiam quando alguns homens prontamente aceitavam participar da entrevista e, por vezes, outros se recusavam ou até mesmo era informado durante a ligação sobre o falecimento daquele homem.

Foram delineados como critérios de participação: homens que tenham se submetido a um procedimento cirúrgico mutilador da próstata, pênis ou testículo nos anos de 2014 e 2015;

com idade maior que 18 anos; sem distinção de etnia ou religião. O critério de não participação foi não se expressar com coerência.

Assim, os participantes do estudo foram 13 homens, pois com seus depoimentos foi possível investigar o fenômeno proposto, os sentidos do homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário.

4.4 Coleta e análise dos depoimentos

Os depoimentos foram colhidos por meio de entrevista fenomenológica por ser esta uma maneira do pesquisador adentrar na verdade mesma, permitindo a aproximação entre o pesquisador e o pesquisado, sem ficar preso a questionários ou perguntas pré-determinadas, possibilitando um clima descontraído e a construção de um diálogo (SIMÕES; SOUZA, 1997). Os depoimentos foram registrados e gravados em áudio e transcritos posteriormente com a maior fidedignidade das informações ditas pelos depoentes. Foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: “Como está o seu dia a dia após a cirurgia.”; “Como você se sente após a cirurgia.”; “Quais os significados desta cirurgia para você no seu dia a dia” (APÊNDICE A).

Ao término de cada entrevista, a mesma foi transcrita, ouvida, lida e relida tantas vezes quanto se fez necessário, buscando a fidelidade à linguagem do homem e garantindo seu fiel depoimento e a sua forma de expressão.

A análise ocorreu concomitantemente à coleta dos depoimentos, possibilitando a construção da *Compreensão Vaga e Mediana* a partir das *Unidades de Significação* e posteriormente pela *Compreensão Interpretativa* (HEIDEGGER, 2015).

5 ANÁLISE COMPREENSIVA

5.1 Historiografia

A *historiografia* se compõe da dimensão *ôntica* dos fatos e no movimento da *existência* contextualiza o quem do homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário (HEIDEGGER, 2015).

Foram entrevistados 13 homens, destes um realizou cirurgia de penectomia, três orquiectomia e nove de prostatectomia, sendo que, para oito dos depoentes está foi a primeira intervenção cirúrgica vivenciada. As idades oscilaram entre 18 e 75 anos e, destes, nove possuem idade superior a 60 anos. Com relação à escolaridade, um não estudou, um completou o ensino fundamental, oito relataram que não completaram o ensino fundamental e três possuem 2º grau completo. Um entrevistado trabalha como motorista, três estão desempregados e nove aposentados.

Assim, apresento no Quadro 1 a *historiografia* dos depoentes desta investigação, contendo as suas características factuais na busca de mostrar o quem dos depoentes.

Quadro 2: Historiografia dos depoentes, Juiz de Fora, 2017.

	Encontro	Idade	Estado Civil	Religião	Ocupação	Escolaridade	Primeira cirurgia?	Data da cirurgia	Procedimento realizado
E₁	11/01/17	61	Separado	Espírita	Aposentado	2º Grau Completo	Não	09/2014	Prostatectomia radical
E₂	16/01/17	72	Casado	Evangélico	Aposentado	Não Estudou	Não	10/2014	Prostatectomia radical
E₃	17/01/17	61	Separado	Católico	Aposentado	Fundamental Incompleto	Sim	04/2014	Penectomia
E₄	17/01/17	24	Solteiro	Católico	Desempregado	2º Grau Completo	Sim	05/2015	Orquiectomia lateral
E₅	18/01/17	65	Casado	Espirita	Aposentado	Fundamental Incompleto	Não	06/2014	Prostatectomia radical
E₆	18/01/17	18	Solteiro	Evangélico	Desempregado	Fundamental Completo	Sim	09/2015	Orquiectomia lateral
E₇	23/01/17	65	Casado	Católico	Aposentado	Fundamental Incompleto	Sim	02/2014	Prostatectomia radical
E₈	25/01/17	61	Casado	Católico	Motorista	2º Grau Completo	Sim	01/2014	Prostatectomia radical
E₉	01/02/17	75	Casado	Católico	Aposentado	Fundamental Incompleto	Sim	08/2014	Prostatectomia radical
E₁₀	02/02/17	71	Viúvo	Católico	Aposentado	Fundamental Incompleto	Sim	02/2014	Prostatectomia radical
E₁₁	03/02/17	49	Casado	Católico	Aposentado	Fundamental Incompleto	Não	02/2015	Prostatectomia radical
E₁₂	03/02/17	18	Solteiro	Sem religião	Desempregado	Fundamental Incompleto	Sim	06/2015	Orquiectomia lateral
E₁₃	03/02/17	71	Casado	Presbiteriano	Aposentado	Fundamental Incompleto	Não	12/2015	Prostatectomia parcial

Fonte: O autor.

5.2 O encontro com o depoente e sua disposição afetiva

Durante os encontros com os depoentes atentei ao dito e ao não dito, informações importantes relacionadas à suas subjetividades como o tom de voz, momentos de silêncio, expressões faciais, choros e todo tipo de linguagem não verbal contida nos gestos e emoções, estas foram registradas em um diário de campo logo após a entrevista, ainda perto das casas dos depoentes. Com estas informações foi possível construir como se deu o encontro com os homens depoentes, caracterizando sua disposição afetiva e o acesso ao *ente* dos participantes da presente investigação (HEIDEGGER, 2015).

Buscando apreender os significados que os homens expressaram a fim de desvelar os sentidos vivenciados após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário, apresento a forma como eles se mostraram, como se fizeram acessíveis ao pesquisador, revelando o encontro com os homens depoentes. Pois, conforme expressa Heidegger (2015, p. 42), “para se poder apreender sem falsificações os caracteres de seu ser, o ente já deve se ter feito acessível antes, tal como é em si mesmo”.

E₁ – me recebeu no portão e ali observei que ele tinha dificuldades para caminhar, andando lentamente e com movimentos cuidadosos. Comunicou-se com seriedade e mantendo um tom de voz baixo. Contou sobre as dificuldades vividas com o tratamento, que tem feito radioterapia e como tem sido difícil sair de casa. Explicou que foi diagnosticado com Artrite, que ficou triste com esta nova doença e que tem andado mais lentamente. Despediu-se e me desejou boa sorte com a pesquisa.

E₂ – estava a minha espera na sala enquanto conversava com seus dois netos. Expliquei sobre o objetivo da pesquisa e apresentei o TCLE, prontamente solicitou aos netos que fizessem a leitura do mesmo, após a leitura solicitou ficar sozinho para prosseguir com a entrevista. A todo o momento me falava de sua fé e como sua vida mudou após começar a participar da igreja, contou que ele e sua esposa sempre frequentam a igreja e como isso tem sido importante para eles. Relatou que faz tratamento para hipertensão e ao lembrar a época da cirurgia chorou. Disse que não conta para os amigos e familiares como tem sido as alterações após a cirurgia, que me contou apenas, pois seria importante para minha pesquisa e que era preciso “se dispor a falar e não ter vergonha”.

E₃ – Recebeu-me com um aperto de mão. Disse que estava preocupado com a saúde, que precisava fazer fisioterapia para um “problema na coluna” e que já fez mais de 30

sessões. Contou como era uma pessoa alegre e que se divertia, mas que hoje em dia parou de sair, não frequenta mais festa nenhuma e que dificilmente sai de casa, apenas quando precisa fazer fisioterapia e para ir ao médico. Reza todos os dias, pois tem muito medo do câncer voltar e encontra em Deus o suporte que precisa. Durante nosso encontro ficava coçando a mão e sempre desviava o olhar ao falar sobre o seu dia a dia.

E₄ – Me recebeu junto com seu casal de filhos e enquanto conversávamos, seus filhos brincavam na sala. Ao lembrar-se da cirurgia e contar sobre o diagnóstico, seus olhos lacrimejaram e rapidamente ele desviou o olhar. Após desligar o gravador, me apresentou sua mãe e juntos contaram-me como foi rápida a realização da cirurgia após o diagnóstico e que ficou com menos medo, pois antes da cirurgia descobriu que teria o segundo filho, diminuindo, assim uma possível preocupação com a dificuldade de uma nova gravidez. Emocionado, referiu que testemunha na igreja em que participa como foi enfrentar a doença, que todos sabem da cirurgia e que sempre fala sobre o comportamento prejudicial do homem em não buscar ajuda quando necessário, sobretudo com a própria saúde.

E₅ – me recebeu no portão e começou contando sobre a incontinência urinária e que esta o atrapalha muito, o impede de sair para viajar, ir ao parque e dormir na casa de amigos. Relatou a rotina dos exames, as diversas idas ao médico e que após a cirurgia, durante o pós-operatório, necessitou de ajuda constante da sua sobrinha.

E₆ – Começou falando sobre os inúmeros amigos que fez no hospital e que consegue manter contato com eles até hoje. Após a entrevista, contou como foi realizar a cirurgia e que foi necessário acompanhamento psicológico, mas que realizar a terapia o ajudou muito. Emocionado ele disse “eu quero ter um filho ainda, como ficou um lado isso ainda será possível” e disse também que colocou uma prótese e que isso ajuda bastante. Sorrindo ele relatou como foi a sua primeira relação sexual após a cirurgia, que ela ocorreu após uma semana da alta hospitalar e que ficou com muito medo “dos pontos estourarem” e da garota perceber a diferença, mas que deu tudo certo e que a garota não percebeu nada, assim ficou mais tranquilo porque não houve diferença nenhuma durante a relação sexual. Durante a despedida, afirmou que foi muito bom participar da entrevista, pois precisava desabafar com alguém sobre isso tudo porque seus amigos não sabem de nada, “ninguém precisa saber da sua vida íntima” afirmou ele.

E₇ – No quintal de sua casa me mostrou suas plantações, sobretudo sua videira em que possui um carinho especial. Explicou sobre seu dia a dia, que leva a vida normal e que gosta muito de sair para pescar e andar de bicicleta, contou que esta construindo uma pastelaria e

que espera que de tudo certo. Em todo o momento falou olhando para mim e com firmeza no tom de voz. Depois da entrevista ele me apresentou sua esposa e uma de suas filhas, disse como sua esposa é importante e que sempre é ela que o leva ao médico quando é preciso.

E₈ – na varanda tranquilamente ele conversava comigo e montava seu cigarro de palha. Iniciou o nosso encontro falando sobre o tratamento e a radioterapia, disse que realizou várias pesquisas na internet e que estava preocupado com a “sobrevida da doença e com ela voltar”. Após a entrevista me mostrou seu quintal, seu cachorro e seus passarinhos.

E₉ – Atendeu-me no portão juntamente com seus netos. Relatou que durante a internação ele se apegou muito a Deus e a Nossa Senhora, pois é muito religioso e que sua religião muito importante para vencer a cirurgia. Após a entrevista, emocionado disse que quando foi diagnosticado com o câncer que um dos seus vizinhos estava sendo tratado de próstata, mas que seu vizinho estava muito ruim de saúde e acamado, que seu medo era de ficar também na cama e dar trabalho para os seus familiares.

E₁₀ – Caminhava de forma cuidadosa, explicou que após a cirurgia ficou com um problema na perna esquerda, que por isso possui dificuldades para caminhar, que não consegue mais dirigir seu carro e que isso o entristece muito porque ele foi motorista a vida toda e que possui esperanças de conseguir comprar um carro automático, “eu quero muito debrear de novo”. Após a cirurgia foi necessário ficar internado no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e que era horrível não saber onde ele estava, qual era o dia da semana e quantas horas eram. A todo o momento desviava o olhar e ficava olhando ao longe como que para lembrar o que tinha acontecido. Com um sorriso no rosto ele disse “eu nunca tinha ido no hospital até precisar passar pelo espeto, é triste meu filho.”

E₁₁ – Ao me avistar na rua ele veio até a mim. Estava em um bar conversando com seus amigos e disse ter se lembrado de mim da época de sua internação. No caminho até sua casa nos deparamos com uma grande escadaria, ali me contou como foi difícil subir as escadas ao receber a alta hospitalar e que durante muito tempo ele ficou em casa, pois era muito difícil conseguir descer e subir as escadas, mas que hoje estava tudo bem e que já não o atrapalhava mais. Na sala, ele e sua esposa contaram sobre a cirurgia e a internação, disse que o atendimento do hospital era ótimo, mas que ele não gostava da comida “a comida era muito ruim, fiquei 15 dias no hospital sem conseguir comer quase nada”. Expliquei sobre a pesquisa e sobre o TCLE, ele e sua esposa leram o termo juntos, após a leitura sua esposa preferiu se retirar.

E₁₂ – Estava no portão e ali começou a me questionar sobre a pesquisa, se mostrou receoso e apreensivo sobre sua participação, disse que tem vergonha e que não conseguiria falar muita coisa, esclareci sobre o objetivo e como seria sua possível participação, assim concordou em participar e me convidou para entrar. Falava com um tom de voz firme e olhava constantemente para baixo desviando o olhar. Após a entrevista, contou que ele agradece muito porque já tem um filho e que com isso enfrentou a cirurgia muito mais tranquilamente, pois “se desse algum problema, eu já tenho um filho”, afirmou.

E₁₃ – Quando me recebeu estava assistindo a um documentário sobre aviões, falou que adora avião, que já foi uma vez para Itália e que foi ótimo realizar esta viagem. Disse que possui cinco filhos e 11 netos, mas que muitos dos netos ele não ira conhecer, pois moram fora do país e que isso o entristece um pouco. Disse que antes da cirurgia tudo era muito difícil, que a próstata cresceu muito e que acordava de 15 em 15 minutos, mas que hoje é tudo de bom, que consegue dormir a noite toda e que sua autoestima esta ótima. Contou que dois de seus filhos já estão começando a ter problemas com a próstata e que isso o preocupa um pouco, mas que ele tem certeza que tudo dará certo.

5.3 Unidades de Significação

Após apresentar a *historiografia* e o modo como se deu o acesso aos depoentes, contextualizando sua disposição afetiva e o *encontro fenomenológico*, me direcionei ao movimento de análise dos depoimentos expressos pelo homem após cirurgia mutiladora no sistema geniturinário.

Neste momento, por inúmeras vezes, ouvi li e reli os depoimentos dos homens e busquei neste movimento de análise as expressões significantes e a partir dos significados expressos foram destacas as *estruturas essenciais* apreendidas (HEIDEGGER, 2015).

Procurei estruturas relacionadas ao objetivo desta investigação: desvelar sentidos do ser homem após uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário. Foram os homens que significaram as estruturas que se mostraram essenciais em seus depoimentos que permitiram a criação das *Unidades de Significação*.

Assim, os homens submetidos à cirurgia mutiladora do sistema geniturinário significaram:

Unidade de Significação 1 – Sentir dor e que melhorou com a cirurgia

Veio uma esperança de vida. Um alívio! E₁

Eu não estava aguentando de dor! Eu não estava aguentando!
Estou feliz com a cirurgia. (...) Não posso me queixar, estou satisfeito,
feliz da minha vida. E₂

Quase morria de dor! (...) Tava doendo de mais! (...) Mas quando
operou parou a dor. (...) Foi melhor ter operado que ficar sentindo
aquelas dor tudo. E₃

Antes de operar eu senti umas dores no testículo. (...) Minha cirurgia
foi de um dia para o outro. Muito rápido, eu descobri, internei, operei.
(...) Consegui operar e está tudo bem hoje, minha vida normal. (...) Pra
mim o significado foi de saúde, foi de melhora, de bom. E₄

A urina já não tava saindo naquela pressão normal, saia quase
pingando. (...) A gente chega num ponto de falar assim: isso foi um
salva vida! (...) Tudo correu de acordo que eu queria, tudo! E₅

Foi traumatizante, mas houve a cura! (...) Significou que eu fiquei
doente e tive que fazer a cirurgia pro tratamento e curou. E₈

O benefício foi para mim futuramente não ficar ai sofrendo em cima
de uma cama, tirando o sussego da minha família. E₉

Eu me sinto bem em vistu du que eu tava. (...) Tá tudo joia mesmo, tô
satisfeito da vida. (...) Não tenho nada a queixar não. O importante é
nóis num morre. E₁₀

O xixi prendia um pouquinho. (...) Fui lá e marquei a cirurgia. (...)
Significou que eu melhorei! Do que eu tava sentindo, não tô sentindo
mais! E₁₁

Depois que opereí a próstata, voltou ao normal a minha vida. Urino
normalmente! (...) Melhorou a minha vida, minha autoestima
levantou, estou muito feliz! (...) Tudo que a doença me causava
acabou tudo depois da cirurgia. E₁₃

Unidade de Significação 2 – Sentir medo e depois perceber que é tudo normal

Fiquei com medo de morrer. (...) Traumático assim, tirar a próstata, fazer a biopsia, fazer a radioterapia, ficar internado e surgir à incontinência urinária. Tudo isso mexe no psicológico! (...) Muita ansiedade, vontade de acabar rápido. Muita agonia, depressão também um bocado, angústia. E₁

Ela me tirou aquele medo, que eu iria morrer daquilo e iria ficar assim perecendo e sofrendo. Estou feliz, satisfeito! (...) Eu me sinto bem no meu modo de conviver com o dia a dia, não me atrapalha em nada. E₂

Medo de tornar a voltar. Muito medo! Eu fico doidim! E₃

Fiquei assustado por ser um tumor. (...) Um câncer assusta todo mundo! (...) O dia a dia continua normal, não mudou muita coisa. (...) Continuou muito normal. (...) E a gente vai levando assim mesmo, de boa. E₄

No início eu fiquei muito nervoso. (...) Agora o dia a dia já tô acostumado. (...) No início foi difícil, agora eu tô conformado, não tem outra saída. (...) A gente tem que aceitar o cotidiano, seja qual for o problema. Você vai entrar em depressão? Uma coisa que não tem jeito. (...) O resto tá bom de mais! E₅

Na hora que eu descobri que eu tinha que operar eu fiquei um pouco para baixo. (...) Agora eu estou tranquilo, né? Na época eu não estava muito bom! (...) Agora esta normal! E₆

Eu sinto bem! (...) Com minha família muito bem, né? Agindo tudo nos conformes, trabalhar eu tô fazendo de um tudo. E₇

Existia a dúvida se ia dar certo ou se não ia, mas deu certo! Eu tinha que fazer a cirurgia, eu tinha que correr o risco! (...) Tá normal, deu nenhum problema não. No início ficou ruim, mas depois melhorou. E₈

Muito feliz! Até hoje não sinto nada do local! (...) Tô tocando a vida normal. (...) O emocional a mesma coisa. E₉

A cirurgia tá bom, não modificou nada, eu tô passando bem! E₁₀

Ah sinto bem, não tô sentindo problema nenhum, maravilha! (...) Não tô sentindo nada, sentindo bem mesmo. E₁₁

Marcou porque eu nunca tinha feito isso. Na hora também fiquei meio com medo! Porque cirurgia aqui ia cortar no meio, não sabia como que era. Mas foi normal, hoje em dia é normal também. E₁₂

Muito boa! Estou muito bem, passo bem. E₁₃

Unidade de Significação 3 – Entender que é necessário ter cuidado durante o tratamento e fazer acompanhamento

Um cuidado comigo. (...) Tive que fazer os PSA, acompanhamento, as consultas e comparecer no dia certo, fazer os exames, o tratamento de radioterapia também. (...) Eu sei que terei que fazer acompanhamento pelo resto da vida. Mas eu tenho a esperança de curar este câncer! E₁

Tive que fazer um monte de exame, muito exame! (...) Eu rezo todo dia para não acontecer mais nada. (...) O médico falou que tava bem da ultima vez que fui nele. E₃

Eu faço o acompanhamento direto. (...) Cheguei a fazer tratamento de quimioterapia depois, fiz uma só também. E₄

Fez biopsia e tive que fazer aquele preparo tudo para cirurgia. (...) Tenho que fazer outro (PSA) para ver se houve alguma mudança. E₅

Depois que eu operei eu aconselho muita gente, irmão, amigo, vá procurar um médico. (...) Vai lá fazer o toque. (...) Não deixa de fazer, porque isso é o essencial. (...) Faz muito exame! Fez e não constatou nada não, tudo bem! E₇

Ainda estou acompanhando. Depois do último PSA, deu zero. Acredito que vai continuar assim. (...) Depois teve que fazer radioterapia. (...) Ah eu acho que o importante é a pessoa fazer os exames e se tratar enquanto tá inicial. E₈

Depois da cirurgia tudo que eles manda eu faço! Eu tô fazendo direitinho! E₉

Tomo os remediado conforme mandou tomar, direitinho! (...) O câncer que tava na próstata desceu para esta perna aqui. Ai eu tô fazendo o tratamento. E₁₀

Nunca mais tomei remédio nenhum com relação à micção. Com relação ao crescimento da próstata, voltou ao normal! E₁₃

Unidade de Significação 4 – Viver as mudanças na rotina devido à incontinência urinária e redução da força sexual

A incontinência tem me bloqueado! Às vezes eu evito uma água, evito ir em certo lugar. (...) Faço fisioterapia até hoje para incontinência urinária. (...) Eu tomo uns remédios controlado que afetam a libido. E₁

Minha força sexual eu não tenho mais! Desejo até que eu tenho. Mas a minha força sexual não esta permitindo. E₂

É muito constrangedor! Você tem a impressão que esta cheirando a urina. (...) Às vezes me dá uma vontade de ficar lá no parque, mas não posso ficar! Porque daqui a pouco a urina vai vaziar. (...) Põe fralda, tira fralda, eu já ate acostumei! (...) A impotência ela não tirou assim 100% eu acredito que eu tô com uns 80% ainda! (...) Agora não dou cria mais não, tirou os filhotinho. E₅

Às vezes eu fico com medo da pessoa, igual quando eu tô com a pessoa, a pessoa reparar este negócio (prótese). Eu fico meio assustado! E₆

Mesmo se eu manter uma relação com ela (esposa) eu acordo com a sensação de que se eu não fazer um exerciciozinho eu não durmo, tenho que me masturbar para depois dormir! Isso tudo foi depois da operação! (...) Eu faço sexo normal. E₇

No início eu tive que usar fralda, mas depois voltou ao normal! Foi só no começo. E₈

Tem que usar fraldão! Não tem jeito. Você não consegue segurar. (...) Naquela época foi muito triste. (...) O problema sexual acabou praticamente. Acabou mesmo! Tem dias que sente alguma reação, mas num tem aquela sequencia. O doutor passou até um remédio, mas não fez reação nenhuma. E₉

Minha urina ficou muito solta, agora se eu tussir eu tô urinando. (...) De um mês para cá, me dá aquela vontade de urinar aí eu urino normal, mais continua pingando. Mas já melhorou! Não molho a cama mais, tá mil agora, ficou bom. E₁₀

Às vezes só da dificuldade para urinar, mas é de vez em quando. Da vontade que tá saindo, mas não sai, sai depois. E₁₂

Da ejaculação o médico falou antes da operação: o senhor não ejacula mais, vai expelir ela na urina. Aí eu aceitei. Porque realmente para mim não fazia significado, eu não ia ter mais filho, já tenho cinco. Para mim foi uma maravilha, não tenho nada que reclamar. E₁₃

Unidade de Significação 5 – Sentir constrangimento, guardar segredo e se sentir diferente

O meu segredo é que hoje eu não falo para ninguém. (...) Com outras pessoas no particular, amigos e outras pessoas eu não falo. E₂

Tenho medo até de arrumar uma muié que eu não conheçu, sei lá como que é né? Ele num funciona! Num dá! (...) Parece que fez igual uma prástica, sabe? Aqui ficou só um buraquinho para urinar, ai depois deu ponto. E₃

É meio estranho ter um testículo só. (...) Depois acostuma, já vai fazer dois anos que eu operei. Mas eu também não vejo muita diferença. E₄

É constrangedor, não tá igual era antes. Tira um cado das forças, porque você tem que indiretamente uma coisa estranha no seu corpo. (...) Você sente sim. E₅

Você apertar um lado e não sentir é muito diferente. (...) Eu tenho medo da pessoa descobrir e ficar colocando preconceito, me zoando. (...) Não sabia que ia ter a prótese, eu pensei que seria bem diferente. (...) Colocaram um parecido para mim praticamente não ver a diferença, mas não tem como, eu sei que tem a prótese ali. Eu me sinto até diferente de outros homens. Porque a pessoa tem os dois ali e o meu tem uma prótese. Estranho! Diferente! Por isso eu sou mais quieto, para ninguém descobrir e não espalhar. Ninguém precisa saber de minha vida íntima! E₆

Porque foi necessário, mas tirar um pedaço do seu corpo é meio brabo! Mas como era necessário ser feito, foi feito! E₈

O que eu passei dentro do hospital eu nunca esperava ser preciso passar. (...) Ficar pelado perto de homem ou mulher, depois de velho ter que passar por isso. E₉

5.4 Compreensão Vaga e Mediana

Na Compreensão Vaga e Mediana, estão explicitados os significados expressos pelo homem após vivenciar uma cirurgia mutiladora no sistema geniturinário, são os próprios homens que doam estes significados, porém os sentidos encontram-se velados (HEIDEGGER, 2015).

Assim, os homens relembrou os motivos que levaram a realização da intervenção cirúrgica. Descrevem os problemas que experienciaram, como a urina que já não saia na pressão, ficava pingando e prendia um pouquinho, o testículo estava inchado e causava dor, já não mais aguentavam, pois doía de mais.

Por vezes, a operação foi marcada as pressas, de um dia para o outro, descobriu e marcou a cirurgia, muito rápido. Após o procedimento a dor parou e tudo que a doença causava acabou, foi melhor ter operado que ficar sentido aquelas dores.

Ao realizar a intervenção cirúrgica relatam que veio uma esperança de vida, tudo ficou normal e está bem, um alívio, sentem-se felizes e melhorou a autoestima. O significado da cirurgia foi de saúde, um salva vida, melhorou e curou.

Os depoentes relembram como foi descobrir que necessitariam passar por um procedimento cirúrgico, no início ficaram um pouco para baixo, com ansiedade, angústia, medo e nervosos, houve também relato de medo por ser um tumor, o câncer assusta e existia dúvida se a cirurgia daria certo ou não, mas tinha que fazer.

A intervenção tirou o medo de morrer daquilo e ficar perecendo, não sentem mais nada no local, estão felizes e satisfeitos. Houve relatos que já se acostumaram e se conformaram e que agora o dia a dia está normal, não mudou muita coisa, passam bem no modo de conviver com o dia a dia e vai levando assim mesmo, tá bom de mais, sentem-se bem e tudo está nos conformes, maravilha mesmo, não sentem mais nada e o emocional está à mesma coisa.

Os homens significaram que foi e que é necessário ter um cuidado, pois tiveram que fazer acompanhamento, biopsia, os exames, ir às consultas, comparecer no dia certo, tomar os remédios, fazer os preparos para cirurgia, e por vezes, fazer tratamento com radioterapia e quimioterapia.

Continua sendo necessário fazer acompanhamento e exames de PSA. Assim, reconhece que será preciso continuar fazendo acompanhamento pelo resto da vida e, com isso, reza todo dia para não acontecer mais nada e tem esperanças de ficar curado.

É necessário fazer os exames e iniciar o tratamento desde o começo, agora faz tudo o que mandam fazer e aconselha irmão e amigos a procurar o médico e fazer o exame de toque, pois este é tido como essencial.

Ao contar sobre o dia a dia, os depoentes falaram sobre a incontinência urinária, relataram que tiveram que utilizar fralda, pois não conseguiam mais segurar a urina, não tem jeito mesmo. Assim, a rotina foi modificada. Evitam tomar água e ir em certos lugares e até mesmo ficar no parque, pois logo a urina vai vazar. É triste e constrangedor, mas já acostumou. Entretanto, houve também relatos de melhora.

Para alguns a força sexual acabou, para outros diminuiu uns 80%, e para alguns outros, o sexo continua normal, contudo o desejo continuou presente. Relataram que é

necessário tomar remédio para libido, mas que este não fez reação nenhuma. Houve relatos que não ejacula mais e que retiraram os filhotinhos, não podem mais ter filhos.

Após o homem passar pela cirurgia mutiladora no pênis, próstata ou testículo, significaram que por vezes é guardam segredo, não contam para amigos e para outras pessoas, pois não precisam ficar espalhando o que aconteceu e que ninguém precisa saber da sua vida íntima.

Afirmaram que o fato de tirar um pedaço não é algo legal e que é constrangedor, que foi feito, pois era necessário e mesmo parecendo à mesma coisa que antes da cirurgia, acaba sendo estranho e constrangedor, que nunca esperava passar pelo o que passou no hospital e que tirar um pedaço do corpo é meio brabo, que tem medo de arrumar uma ‘muié’ e da pessoa descobrir e acabar colocando preconceito.

Mesmo utilizando a prótese na cirurgia de retirada do testículo, afirma que sente diferença, sabe que ali é uma prótese e sente-se até diferente de outros homens.

5.5 O Fio Condutor

Com a união dos *caputs* de cada *Unidade de Significação* emerge o *Fio Condutor*. Este possui um modo próprio e privilegiado, pois é o local onde ocorre a ponte *ôntico-ontológico*. A partir do *Fio Condutor* é possível caminhar da *dimensão ôntica* dos fatos para a *dimensão ontológica* (HEIDEGGER, 2015).

Desse modo a partir dos *significados* expressos pelos depoentes emergiu o *Fio Condutor* da *Hermenêutica* que culminou no conceito de *ser-homem-após-cirurgia-mutiladora-no-sistema-geniturinário*: Sentir dor e que melhorou com a cirurgia; Sentir medo e depois perceber que é tudo normal; Entender que é necessário ter cuidado durante o tratamento e fazer acompanhamento; Viver as mudanças na rotina devido à incontinência urinária e redução da força sexual; Sentir constrangimento, guardar segredo e se sentir diferente.

5.6 Hermenêutica

Após a construção das *Unidades de Significação*, da *Compreensão Vaga e Mediana* e do *Fio Condutor*, tem-se início ao segundo momento metódico: *Compreensão Interpretativa* ou *Hermenêutica*. Esta permite que os *sentidos* do *ser-aí-homem* após uma cirurgia

mutiladora no sistema geniturinário sejam desvelados, pois a partir do *Fio Condutor* torna-se possível interpretar os fenômenos ainda encobertos que emergiram nos depoimentos dos homens. Com o que foi expresso e compreendido, anuncia-se possibilidades para desvelar *sentidos do ser-aí-homem-após-uma-cirurgia-mutiladora-no-sistema-geniturinário*.

Assim conforme indica o *fio condutor*: Sentir dor e que melhorou com a cirurgia. O *dasein* é um ser único, histórico, complexo e em construção, este significa o passado, vive o presente e possui desejos para o futuro. Portanto, não é fixo e estável, mas está aberto para possibilidades, está a *ser*.

O *dasein* é lançado na *facticidade* de *ser-homem-paciente-cirúrgico*, estes foram lançados em uma realidade que não escolheram. Não puderam prever ou até mesmo evitar, a intervenção cirúrgica simplesmente se mostrou necessária. *Facticidade* esta intrinsecamente ligado ao *dasein* estar lançado em uma realidade que não escolheu e se mostrar, como mais um, entre outros *entes* junto ao mundo.

A intervenção cirúrgica ocorreu uma vez que houve o surgimento de inúmeros sinais e sintomas que acusavam o aparecimento de uma doença, neoplasia ou até mesmo de uma intercorrência testicular. O *dasein* não se abriu para as possibilidades de decidir, participar e opinar nas inúmeras possibilidades de tratamento que incidiu em sua vida, pois conforme expresso, por vezes a cirurgia foi marcada sem opção de escolha por dia e horário para sua realização.

Na *cotidianidade* o *dasein* se encontra, na maioria das vezes, no modo de ser do *impessoal*, alienado a sua própria possibilidade de *ser si mesmo*. Heidegger (2015, p. 185) explicita que “o impessoal retira a responsabilidade de cada presença [*dasein*]” e que “o impessoal, que não é nada determinado, mas que todos são, embora não como soma, prescreve o modo de ser da *cotidianidade*” (2015, p. 184).

Outro modo fundamental do *ser-aí* que foi desvelado é a *decadência*. O termo revela o *decaimento* do *ser-aí*, este se encontra no *mundo das ocupações*, sendo conduzido, na maioria das vezes, para a *publicidade do impessoal*. Cabe destacar que o termo não é utilizado de maneira negativa, mas apenas revela um dos *modos de ser* do *ser-aí*.

O *decaimento* se mostrou ao reconhecer que após a cirurgia tudo ficou normal e está bem, caracterizando, portanto, como pronto o que foi vivenciado após a intervenção cirúrgica. A *decadência* se evidencia neste estar lançado no impessoal e no *fatalório*, mas que revela uma *inautenticidade* na linguagem do *dasein*, pois Heidegger indica que “A falação é a

possibilidade de compreender tudo sem se ter apropriado previamente da coisa” (2015, p.232).

Sentir medo e depois perceber que é tudo normal. Defrontar-se com a intervenção cirúrgica se mostrou como uma ameaça para o *dasein*, pois a partir do que foi evidenciado, houve sentimentos como ansiedade, medo, nervosismo e tristeza. Frente ao ameaçador o *dasein* revela-se na *inautenticidade* e na *impessoalidade*, pois não houve o reconhecimento como ser de possibilidades e, mais uma vez, o *dasein* encontrou-se no *modo de ser* da *decaência*, revelando a *angústia impropria*.

No *cotidiano* após a intervenção, sem as dores inerentes do pós-operatório cirúrgico, o *dasein* se vê ameaçado, sobretudo, pelas mudanças ocasionadas pela incontinência urinária e pela impotência sexual. Para Heidegger, o *dasein decaído* no mundo pode desviar-se na sua compreensão de *ser*, possibilitando o *temor*, que se interpreta como a *angústia imprópria*, assim o *dasein* como *ser-no-mundo* se mostra *temeroso* e, o *temor*, pode se transformar em *pavor*, *horror* e *terror*.

Heidegger, esclarece que o *pavor* aproxima-se de maneira súbita, contudo é algo já familiar e que quando algo se aproxima progressivamente e de maneira não familiar tem-se o *horror*. Quando alguma ameaça emerge concomitantemente com o caráter do *pavor* e do *horror* e de modo súbito, surge o *terror*. Assim, o *dasein* ao ser ameaçado, vivencia o caráter do *pavor* (sentiam dor e tinham medo da cirurgia), do *horror* (usar fralda, ter incontinência urinária e a impotência sexual).

Assim, o *ser-aí-homem-após-cirurgia-mutiladora-no-sistema-geniturinário* permanece *decaído*. Revela que o dia a dia esta normal, que não mudou muita coisa e que passa bem. Estas significações exprime o decaimento do *dasein*, pois este não se vê de maneira *autêntica* e permanece *decaído* no *modo de ser* do *impessoal*, onde ele é apenas mais um *dasein* entre tantos outros.

Entender que é necessário ter cuidado durante o tratamento e fazer acompanhamento. Heidegger (2015, p. 460), indica que “chamamos de *cotidianidade* [grifo do autor] o modo de ser em que a presença [*dasein*], numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, se mantém” e completa dizendo que “‘Na maior parte das vezes’ significa o modo em que a presença [*dasein*] nem sempre, mas ‘via de regra’, se mostra para todo mundo.” (HEIDEGGER, 2015, p. 461). Refere ainda que “A *cotidianidade* significa o modo como a presença ‘vive o seu dia’, quer em todos os seus comportamentos, quer em certos comportamentos privilegiados pela convivência” (HEIDEGGER, 2015, p. 461).

Assim, neste modo de ser da *cotidianidade* o *dasein* assumiu para si uma rotina de cuidados. Após a intervenção cirúrgica o cuidado de si no que tange os aspectos relacionados à saúde foi retomado, pois foi necessário ir às consultas, fazer acompanhamento e tomar remédios.

Quando o *dasein* assume para si a responsabilidade de cuidado, ele se revela ocupado com o tratamento, mas se revela também no modo de ser da *preocupação* consigo e assume a possibilidade da *cura*. *Preocupação* e *cura* são conceitos que se mostram ligados, ambos possuem em sua essência a demonstração de cuidado do *dasein* consigo mesmo ou com outros *dasein*, também chamado de *co-presença*.

Quando o *dasein* se ocupa das coisas e se *preocupa* consigo, abre-se para seu *poder-ser* mais próprio, assumindo, portanto o sentido da *propriedade* e da *autenticidade*. A *preocupação* e a *cura* sempre estão presentes na *existência* do *dasein*, pois mesmo quando se mostra como um *cuidado inautêntico*, ainda assim há *preocupação* e *cura*, mesmo que de modo deficiente. Portanto, na *cotidianidade* o *dasein* possui aberturas de *propriedade* em que se distância da *publicidade* e do *mundo decaído*, ressignificando as possibilidades de cuidado.

Viver as mudanças na rotina devido à incontinência urinária e redução da força sexual. O sentido do *falatório* foi desvelado pelo *ser-á-homem- após-cirurgia-mutiladora-no-sistema-geniturinário* ao expressar uma linguagem técnica que não é sua. Para Heidegger, quando no *cotidiano* o *ser-no-mundo* se detém na abertura de ser do *impessoal* e do *público*, este possui como disposição própria a *falação*, a *curiosidade* e a *ambiguidade*.

A *falação* consiste em aceitar e falar de maneira superficial às coisas que não são próprias da sua *linguagem cotidiana*, reproduzindo falas e orientações específicas do dialeto técnico da área da saúde, sem, contudo ter alcançado uma compreensão profunda deste tipo de linguagem. Eles entendem o que foi dito, porém não compreendem. A *curiosidade* esta relacionada com o ver e observar, não buscando compreender o que se viu, mas contentando-se apenas com o ver.

Desta maneira a *falação* se ocupa com a fala e a linguagem, já a *curiosidade* se ocupa com a visão. A *falação* e a *curiosidade* nunca estão só, pois com a fala se expressa aquilo que de alguma modo foi visto e compreendido, ainda que de forma deficiente. Heidegger (2015, p. 237), completa dizendo que “esses dois modos de ser cotidianos da fala e da visão não se acham simplesmente um ao lado do outro em sua tendência de desenraizamento, mas *um* [grifo do autor] modo de ser arrasta o *outro* [grifo do autor] consigo”.

Neste contexto, o *dasein* ao se defrontar com a *intervenção cirúrgica*, retoma o *modo de ser típico do impessoal*, do *fatalório* e da *curiosidade*. Assim, na *cotidianidade* após a intervenção cirúrgica os homens expressam termos como incontinência urinária, ejaculação, radioterapia, quimioterapia e outros.

Sentir constrangimento, guardar segredo e se sentir diferente. O *dasein*, como ser-no-mundo e ser-com-os-outros, mostrou-se temeroso e revelou o caráter do terror. Revelando-se frágil, constrangido, impotente e diferente de outros, revelou-se a perda da masculinidade. Portanto, perder a masculinidade não é algo familiar ao homem, sobretudo de maneira súbita como ocorreu com a realização da intervenção cirúrgica.

O *dasein* se revela como *presença*, e sendo *presença* nunca é um *ser* só. No mundo o homem convive com outros *dasein* que são *co-presença*, relações afetuosas e pessoais ocorrem e coexistem, desta maneira o homem coabita o mundo com outros *dasein*, alguns mais próximos e outros não. Assim, a maneira de se relacionar é um dos *modos de ser do dasein* na *vida cotidiana*, o *modo de ser-com*.

Com as modificações vividas a partir da mutilação, o *ser-ai-homem-apos-cirurgia-mutiladora-no-sistema-geniturinário* revela uma explícita dificuldade em conviver no *mundo público* e, por vezes, também no *mundo circundante*. Sobre o *mundo circundante*, Heidegger (2015, p. 114) expressa que “O mundo mais próximo da presença [*dasein*] cotidiana é o *mundo circundante* [grifo do autor]”.

Ao relatar medo de contar o que aconteceu aos seus familiares e amigos e, por vezes, sentir-se até mesmo diferente de outros homens, se isolando do convívio social, de festas e de novos relacionamentos, guardando segredo e se distanciando dos outros *dasein*, indica ser-ai-com no modo deficiente, em *ser-ai-com-os-outros*, *ser-ai-com-a-familia*, *ser-ai-com-amigos*.

Contudo o *dasein* essencialmente é *ser-com*, pois jamais ele se encontra completamente isolado, faz parte de sua constituição fundamental *ser-com* sendo *ser-no-mundo*. Heidegger (2015, p. 106) indica que “Se ser-no-mundo é uma constituição fundamental da presença [*dasein*] em que ela se move não apenas em geral, mas, sobretudo, no modo de ser da *cotidianidade*”. Assim, na *cotidianidade* neste modo deficiente do *ser-com* sendo *ser-no-mundo*, o *dasein* se mostra novamente *inautêntico*, *impessoal* e *decadente*.

A partir dos sentidos expressos pelo *ser-ai-homem-apos-uma-cirurgia-mutiladora-no-sistema-geniturinário* foi possível trazer alguns sentidos ainda encobertos à claridade.

Portanto, o movimento vivido revela que inicialmente é estar preso à *facticidade* de enfrentar uma intervenção cirúrgica, que até então, não foi esperada. No *cotidiano* o *dasein* se

encontra na maioria das vezes, no *modo-de-ser* do *impessoal*, alienado da sua possibilidade de *ser-si-mesmo*, assim ele se mostra *decadente* e revela o *modo do pavor e horror* da *angústia impropria*. Mas, que ocupado do tratamento, toma para si a responsabilidade de cuidado consigo e revela o *modo-de-ser* da *preocupação* assumindo a possibilidade da *cura*. No *modo-de-ser* mais próprio do *cotidiano*, o *impessoal*, abrem-se para a *falação* e a *curiosidade*. Com o sentimento da perda da masculinidade revela o *modo do terror* e um *modo deficiente de ser-aí-com-os-outros*.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta investigação possibilitou alcançar os sentidos do *ser-aí-homem-após-uma-cirurgia-mutiladora-no-sistema-geniturinário*. Assim, a doença como facticidade para o homem, permeia inúmeros significados que ainda se encontram velados, contudo este estudo desvelou algumas facetas do dia a dia destes homens. Vivenciar situações que ameaçam permite não apenas tratar uma doença, mas também reconhecê-la como possibilidade para ressignificar fatores que se relacionam ao processo saúde-doença-cuidado.

Evidenciou-se que os depoentes se mostram imersos no cotidiano, significa que na maioria das vezes, eles vivenciam o que foi ratificado pelo fio condutor da hermenêutica: Sentir dor e que melhorou com a cirurgia; Sentir medo e depois perceber que é tudo normal; Entender que é necessário ter cuidado durante o tratamento e fazer acompanhamento; Viver as mudanças na rotina devido à incontinência urinária e redução da força sexual; Sentir constrangimento, guardar segredo e se sentir diferente.

Desta maneira, os aspectos relacionados à masculinidade hegemônica permitem revelar uma masculinidade que ainda se mostra socialmente instituída, aquela que, no imaginário masculino permeia a compreensão de um homem que é visto como forte, invulnerável e que não adoce. Nesta perspectiva, ocorre um des-cuidado e uma baixa adesão pelos serviços de saúde em todos os seus níveis de atenção.

Mostra-se fundamental transcender a visão que culpabiliza o homem por uma busca descontinuada e desfragmentada dos serviços, sobretudo aos serviços de atenção primária à saúde. Há que se considerar que, por vezes, a busca por assistência ocorre na tentativa de uma resolução rápida para os problemas que se mostram por meio de sinais e sintomas, não pela prevenção e promoção a saúde na dinâmica assistencial proposta.

Neste sentido, propõe-se uma mudança nas ações dos serviços para que estes se tornem espaços para que os homens, em todas as etapas da vida, tenham sua visibilidade respeitada e, desta maneira, que estes usuários sejam coparticipantes no processo de cuidado consigo, reassumindo, a responsabilidade de cuidar de si.

Como medida terapêutica a cirurgia foi resolutiva para os problemas que surgiram até então, trazendo uma nova possibilidade de vida. Mesmo com as modificações experienciadas no dia a dia, como a incontinência urinária e a impotência sexual, pois ambos são aspectos inerentes ao pós-operatório de determinadas cirurgias que envolvem o sistema genital e urinário do homem. Houve relatos de aceitação da nova rotina, compreendendo que o novo faz parte das implicações cirúrgica.

Frente ao ameaçador, os homens ressignificaram o cuidado de si, buscando por ajuda e assistência. Após a intervenção operatória reconheceram que é necessário fazer acompanhamento durante todo o período perioperatório indo as consultas, exames, tratamentos e que mantendo a rotina de cuidados possuem esperanças de um dia estarem curados.

Acredito que este estudo contribua de maneira singular, sobretudo, no que foi ratificado a partir dos depoimentos: sofrer uma mutilação parcial ou total de um órgão que possui inúmeros significados para o homem e que implica diretamente em sua masculinidade é prejudicial para seu bem-estar. Pois, o padrão de masculinidade socialmente esperado e aceito é de um homem viril, em todas as suas possibilidades, principalmente para aquele que é sexualmente saudável. Desta maneira, o padrão imposto permeia inúmeras implicações para estes homens e, no contexto social, aquele que não se vê mais ativo sexualmente, perde a “essência” de sua masculinidade.

Neste sentido é possível compreender os motivos que, na maioria das vezes, levam os homens a guardarem segredo e sentirem-se diferentes, com medo do preconceito e da (im)possibilidade sexual. Sentem-se diferentes, pois estão imersos pelo *mundo público* onde suas possibilidades não são respeitadas e espera-se que todos sejam ‘iguais’, tenham a mesma rotina, as mesmas atitudes e o mesmo modo de ser. Sendo assim, não se reconhecem com possibilidades de *ser-si-mesmo*, sendo, *autênticos* e *próprios*.

Alguns homens tiveram sua rotina sexual preservada, porém outros não. Tal compreensão revela que o homem mantém enraizado no seu imaginário a (im)possibilidade de uma vida sexualmente ativa sem a ereção do pênis, ereção que se mostrou deficiente para o depoente que realizou a cirurgia de penectomia, assim como para alguns que realizaram a cirurgia de prostatectomia. Os homens colocam sua erotização no seu órgão genital, atribuindo a ele os significados inerentes a virilidade e ao prazer sexual, sendo que frente à mutilação houve relatos de constrangimento e diferença. A mutilação, ainda que como uma resolução terapêutica, pode causar um prejuízo na autoestima e gerar sentimentos como medo e angústia, além de impactar na autoimagem, na vida sexual, afetiva e social dos homens.

Neste contexto, ocultam suas possibilidades e se mostram, na maioria das vezes, como *decadentes*, *impessoais* e *inautênticos*, conservando os estereótipos próprios da masculinidade hegemônica. Este *cotidiano* que é permeado pelas *ocupações* do *mundo público* esconde as possibilidades destes homens de se descobrirem como *ser-si-mesmo próprio*.

Para a enfermagem esta investigação propõe um olhar atento à saúde do homem, sobretudo nos momentos de fragilidade decorrentes do processo saúde-doença. Olhar o cuidado prestado na perspectiva dos homens é um dos primeiros passos de muitos que se mostram necessários, é um desafio.

Frente aos resultados apreendidos, sugere-se que o enfermeiro possa nortear suas ações não apenas para saúde da mulher, criança e idoso, mas também do homem adulto, pois acredito que exista uma escassez de ações focadas neste público, considerando que, muitas das vezes as ações de saúde são apenas para os homens jovens e idosos, particularmente nos aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva ou as doenças crônicas. Estas ações devem se pautar na busca pela aproximação do homem, de sua família e daqueles que o cercam tornando-os ativos no processo de cuidar.

Assim, o cuidado prestado pelo enfermeiro e a equipe de enfermagem deve alcançar a singularidade de cada *ser-aí-homem*, pois dele não se *ocupa*, mas se *preocupa*. Se *preocupar* é se colocar no *modo de ser-com* e prestar uma assistência com primazia, voltada para o *ser-aí-homem* e não para o *ente-doente*. Cuidar do homem que, sendo *ser-no-mundo*, enfrenta um momento cirúrgico, mas mantém as características fundamentais do *dasein*, assim deve se mostrar como *preocupação e cura*.

O cuidado prestado ao outro deve ser guiado não apenas pelos aspectos já postos pela ciência tradicional, que muitas das vezes, coloca o homem de modo desfragmentado, mas deve-se considerar seu modo próprio de *ser*, que perpassa o cuidar e o processo saúde-doença.

Considerar o homem como um ser existencial é dar voz para que ele expresse suas reais necessidades, os significados de estar doente. Deste modo, prestar uma assistência singular, sensível ao sofrimento do outro, sabendo ouvir e compreender as reações que se mostram frente ao ameaçador, seja nos aspectos físicos ou emocionais. Esta assistência diferenciada e autêntica não generaliza quem é cuidado, mas deve-se buscar os significados que são atribuídos por cada paciente, pois acredito que é nesta perspectiva que reside a singularidade e a humanização da assistência.

Apontar estas reflexões sobre o cuidado faz-se necessário, pois o que se observa na prática profissional é um cuidado descontínuo e fragmentado, visto como uma assistência que serve para todos, mas que na verdade não serve para ninguém, tendo em vista que o essencial do homem acaba encoberto, sua singularidade como *ser-no-mundo*.

Desta maneira, o paciente recebe um cuidado que entulha as possibilidades do *ser-si-mesmo*, sendo a assistência permeada pelo *cotidiano* do *impessoal*. Contudo, compreendi que

estes homens merecem um olhar atento e compreensivo, que valorize seu agir, seu pensar e sua maneira de *ser*, pois assim é possível que suas fragilidades, dúvidas e ansiedades sejam sanadas e contempladas.

No que refere à formação profissional do enfermeiro, observa-se que o ambiente acadêmico mantém-se predominantemente feminino, e por vezes, falta à inclusão de temáticas que permeiam o cuidado a saúde do homem numa abordagem que não seja hegemonicamente biologicista, mas também sociocultural e que contextualize os aspectos culturais, sociais, políticos e de gênero que envolve a assistência prestada a esta parcela da população.

Acredito que o processo de formação do enfermeiro deve ser permeado de discussões que aprimore o cuidado de enfermagem como uma prática social, que se fortalece através da inclusão de disciplinas não apenas das ciências da saúde, mas como também de disciplinas das ciências sociais e humanas. Esta reflexão permite conduzir o enfermeiro para uma prática que compreenda o homem não apenas nos seus aspectos biológicos, mas, sobretudo, na sua dimensão existencial.

Cabe ressaltar que refletir sobre a dimensão existencial destes homens, ainda na graduação, pode propiciar uma assistência sem pressupostos, julgamentos e preconceitos. Pois, pensando a partir da singularidade própria do homem, como *ser-aí* e *ser-no-mundo*, é possível que as diferenças de saúde, de gênero e sociais desses homens não sejam naturalizadas e, a partir desta reflexão, não ocorra por parte dos próprios profissionais do sistema, uma reprodução das desigualdades de gênero inerentes à população masculina.

No que tange as políticas públicas, sobretudo as voltadas para a saúde do homem, cabe destacar que os princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Declaração de Alma-Ata e pela Carta de Ottawa devem ser respeitados. Assim, compete ao Estado e a sociedade oferecer condições que permitam uma saúde de qualidade, por meio de ações prioritárias e de políticas públicas de qualidade. Ressalto ainda a importância de constantemente debater, pensar e repensar a saúde do homem como um problema de saúde pública.

Tais reflexões tomam maior significância no momento histórico atual que o país vive, permeado por mudanças políticas que acarretam em cortes nas verbas públicas para as diversas demandas sociais, como educação e saúde. Neste contexto, almejando à manutenção da dignidade humana, da justiça social e da saúde pública de qualidade, mostra-se como um desafio e um dilema repensar constantemente os modelos políticos impostos.

Acredito que com os resultados e divulgações advindas deste estudo será possível repensar o modelo de cuidado que é posto a saúde do homem. Considero que este não se mostra como pronto e acabado, mas que a partir dele haja novas propostas de investigação no que tange os cuidados a população masculina, principalmente nos aspectos relacionados às cirurgias mutiladoras no sistema geniturinário.

REFERENCIAS

AGUIAR, R.S.; SANTANA, D.C.; SANTANA, P.C. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, p. 1844-1854, set/dez. 2015.

APPOLONI EDUARDO, A.H.; NAPOLEÃO A.A.; CARVALHO, E.C. Nursing interventions for patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy: Integrative review. **Enfermería Global**. n. 42. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRAL DE MATERIALESTERILIZADO - SOBECC. **Práticas recomendadas**. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013.

AYRES, J.R.C.M. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa, R.; Parker, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 1999. p.50-71.

BARBOSA, M.R.; MATOS, P.M.; COSTA, M.E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**. v. 23, n. 1, p 24-34, 2011.

BARRETO, M. S.; ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 3, abr. 2015.

BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V.H.C. **Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba: UNIMEP, 1997.

BITTENCOURT, A.R. et al. A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque para os pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 3, p. 271-278, ago. 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 70, 18 abr. 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009a**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 de outubro de 2009a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. **DATASUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. 2017. Disponível em: <<http://www.www2.datasus.org>> . Acesso em: 17 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, DF, 2009b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 12 Dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências sociais**. Londrina: UEL, 1996.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 13. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CASANOVA, M. A. **Compreender Heidegger**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

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

CONNELL, R.W.; MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, Abr. 2013.

EWALD, A.P.; Fenomenologia e Existencialismo: articulando nexos, costurando sentidos. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.149-165. 2008.

FONSECA, R.M.P.; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após a criação do Sistema Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 428-433. 2009.

GARCIA, G.S., et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente com câncer de pênis. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 1, p. 531-541, jan/jul. 2013.

GARCIA, T.M. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 5-10. 2016.

GEORGE, J.B. et al. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2000.

GIACOIA JUNIOR, O. **Heidegger urgente**: Introdução a um novo pensar. São Paulo; Três estrelas, 2013.

HEIDEGGER M. **Ser e Tempo**. Tradução de Marcia Sá Cavalcante Shcuback. 10. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, Bragança Paulista (RJ): Editora Universitária de São Francisco; 2015.

HEIDEGGER, M. **O meu caminho na fenomenologia** . Tradução de Ana Facalto. Universidade da Beira Interior. Covilhã. LusoSofia, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); INCA, 2015.

- LIMA, R.B.; HAHN, G.V. Câncer de próstata e sua relação com a sexualidade masculina: produção científica brasileira. **Destques Acadêmicos**, Lajeado, v. 8, n. 3, p. 70-86, 2016.
- LIMA, W. G. et al. Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. **Rev Rene**. v. 16, n. 1, p. 72-80. 2015.
- MATA, L.R.F. et al. National scientific production in nursing journals related to urinary incontinence: integrative review. **J Nurs UFPE on line**. v. 8, n. 7. 2014.
- MOSCONI, A. et al. Escroto agudo. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 87, n. 3, p. 178-183, sep. 2008.
- MOSTARDEIRO, S.C.T.S.; PEDRO, E.N.R. Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 100-107, Mar. 2010.
- NARDOZZA JUNIOR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R.B. **Urologia fundamental**. 1. ed. São Paulo: Planark, Sociedade Brasileira de Urologia, 2010.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Tradução de Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.
- NOVASKI, A.: Fenomenologia o Método. **Pro-Posições**, v. 18, n. 1, p. 52, jan./abr. 2007.
- OLIVEIRA, M.M.; MEDONÇA, K.M. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. SOBECC**. São Paulo v.19, n. 3, p. 164-172, jul/set. 2014.
- PARRA, O.M.; SAAD, W.A. **Instrumentação Cirúrgica: Guia de Instrumentação Cirúrgica e de Auxílio Técnico ao Cirurgião**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, RJ, 2001.
- PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M, L,. Gênero Masculino e Saúde. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 11, n. 1, abr. 2006.
- REIS, A.A.S. et al.. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1105-1111, jun, 2010.
- SALIMENA, A.M. O. O cotidiano da mulher após histerectomia à luz do pensamento de Martin Heidegger. 140 f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- SALIMENA, A.M.O.; ANDRADE, M.P.; MELO, M.C.S.C. familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. **Ciência Cuido e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 773-780. 2011.
- SAVIETO, R.M., LEÃO, E.R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, Mar. 2016.
- SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, jun, 2013.

SILVA, S.E.D. et al.. Câncer de pênis: sob a ótica da representação social de pacientes submetidos à amputação de pênis e suas implicações para o cuidado de si. **Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 3, n. 1, p. 39-46, out, 2014.

SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E.O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997.

SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BOEMER, M.R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 605-611, ago. 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUSA, A.P. et al. Avaliação da política de atenção integral à saúde do homem. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v. 4, n. 3, p. 65-70, Jul/Set. 2015.

TOWNSEND, C.M., et al. **Sabiston Tratado de Cirurgia**: a base biológica da prática cirúrgica moderna. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2010.

YOSHIDA, Y. C.; ANDRADE, M. G. G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2016.

ANEXOS

Anexo A

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA-MG</p> </div>  </div>				
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP				
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA				
Título da Pesquisa: LABORATÓRIO DO CUIDAR/HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.				
Pesquisador: Renata Antonaccio				
Área Temática:				
Versão: 4				
CAAE: 41459114.0.0000.5133				
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF				
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio				
DADOS DO PARECER				
Número do Parecer: 1.049.543				
Data da Relatoria: 25/05/2015				
Apresentação do Projeto:				
A necessidade de se falar de humanização no atendimento em saúde surge quando se constata que a evolução científica e técnica dos serviços de saúde não têm sido acompanhadas por um avanço correspondente na qualidade do contato humano. Um hospital pode ser excelente tecnologicamente e mesmo assim ser desumano no atendimento, por terminar tratando às pessoas como se fossem simples objetos de sua intervenção técnica, sem serem ouvidas em suas angústias, temores e expectativas ou sequer informadas sobre que está sendo feito com elas (o saber técnico supõe saber qual é o bem de seu paciente independentemente de sua opinião). Trata-se de uma pesquisa qualitativa já que consiste em analisar as situações e por ser a mais indicada.				
Objetivo da Pesquisa:				
Objetivo Primário:				
Estudar significados e/ou vivências de pacientes e profissionais de enfermagem sobre o ato de cuidar, levando-se em consideração a definição de humanização preconizada pelos órgãos competentes.				
Objetivo Secundário:				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110</td> </tr> <tr> <td>UF: MG Município: JUIZ DE FORA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética	Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110	UF: MG Município: JUIZ DE FORA	Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br
Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética				
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110				
UF: MG Município: JUIZ DE FORA				
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br				
Página 01 de 03				

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.049.543

Analisar a tipologia do cuidado de enfermagem aos pacientes com as várias disfunções apresentadas durante a sua internação; valorizando as angústias e ansiedades fundamentadas no conceito de humanização. • Compreender a resposta no sentido ou fisiológica e ou afetiva e ou comportamental do paciente frente ao seu quadro clínico. • Descrever as possíveis causas de ansiedade, frustração e descontentamento do profissional (em qualquer área) que tende a repercutir em seu trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

haverá risco mínimo para aos participantes por ser utilizado para a coleta de dados a entrevista e com isso ocasionar constrangimento aos usuários, familiar e os profissionais.

Benefícios:

Esperamos com esse estudo fornecer subsídios para ampliar o acervo de conhecimentos para a formação de novos profissionais bem como o conhecimento empírico e teórico da equipe de saúde. Sensibilizar profissionais para desenvolverem padrões de cuidados mais humanizados aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto aborda um assunto relevante para a sociedade e as considerações realizadas bem como a metodologia apresentada tem validade científica e estão dentro das normas éticas estabelecidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados corretamente:

- 1- Projeto de Pesquisa;
- 2- TCLE;
- 3- Declaração de Infraestrutura;
- 4- Declaração de Concordância;
- 5- Orçamento;

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 1.049.543

- 6- Cronograma;
- 7- Currículo lattes dos pesquisadores envolvidos no projeto;
- 8- Folha de rosto assinada;
- 9- Carta de encaminhamento ao CEP.

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 05 de Maio de 2015

Assinado por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 Fax: (32)4009-5160 E-mail: cep.hu@uff.edu.br

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “O vivido do homem após uma cirurgia mutiladora no trato geniturinário”, com o objetivo de Compreender como é o dia-a-dia do homem após uma cirurgia de retirada, parcial ou total do pênis, testículo ou da próstata. O que se pretende com este estudo é contribuir com o corpo de conhecimentos da enfermagem, trazer subsídios a outras pesquisas e para a formação profissional e pessoal da enfermagem e possibilitar uma assistência de enfermagem humanizada e com qualidade para os futuros pacientes que passarão por um ato cirúrgico. Os seguintes procedimentos serão adotados: entrevista gravada em áudio, após este momento às entrevistas serão transcritas na íntegra e lidas, permitindo assim ao pesquisador analisar as informações.

A pesquisa oferece riscos mínimos. Podendo haver leve desconforto ou constrangimento durante a entrevista quando o homem se dispõe a falar do seu dia-a-dia. Entretanto, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr. tem assegurado o direito a indenização por parte do pesquisador. Apesar dessa possibilidade, são previstos como benefícios desse estudo, sua contribuição para os próprios participantes ao falar sobre sua vivência. O Sr. 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. Para participar deste estudo o Sr. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. é atendido pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

O Sr. não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador por um período de 5 (cinco) anos, no Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Enfermagem e após esse tempo serão destruídos. O pesquisador tratará 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 dos objetivos da pesquisa “O vivido do homem após uma cirurgia mutiladora no trato geniturinário”, 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.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável: Anna Maria Oliveira Salimena. Programa de Pós-Graduação Mestrado Faculdade de Enfermagem - Rua: José Lourenço Kelmer, s/n - Campus Universitário - Bairro São Pedro - Juiz de Fora/MG - CEP 36036-900 / Tel (32) 21023297 / E-mail: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br

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

