

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

NATÁLIA ANA DE CARVALHO

**SER-AÍ-APÓS-O-DIAGNÓSTICO-DE-CÂNCER-DE
PRÓSTATA: POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE
DO HOMEM**

Juiz de Fora

2015

NATÁLIA ANA DE CARVALHO

**SER-AÍ-APÓS-O-DIAGNÓSTICO-DE-CÂNCER-DE
PRÓSTATA: POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE
DO HOMEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena

**Juiz de Fora
2015**

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

Carvalho, Natália Ana.
SER-AÍ-APÓS-O-DIAGNÓSTICO-DE-CÂNCER-DE PRÓSTATA:
POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE DO HOMEM / Natália Ana
Carvalho. -- 2015.
79 f.

Orientadora: Anna Maria de Oliveira Salimena
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Saúde do Homem. 2. Câncer de Próstata. 3. Fenomenologia.
4. Martin Heidegger. 5. Enfermagem. I. Salimena, Anna Maria
de Oliveira, orient. II. Título.


NATÁLIA ANA DE CARVALHO


**SER-ÁI-APÓS-DIAGNÓSTICO-DE-CÂNCER-DE-PRÓSTATA:
POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE DO HOMEM**


Relatório Final de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 28/07/2015

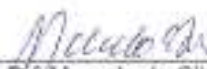
Membros da Banca Examinadora:


Profª Drª Anna Maria de Oliveira Salimena
Professora Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF


Profª Drª Ivis Emilia da Oliveira Souza
Profª Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ


Profª Drª Maria Carmen Simões Cardoso de Melo
Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Profª Drª Mariléa Chagas Moreira
Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ


Profª Drª Marcelo da Silva Alves
Professor Associado da Faculdade de Enfermagem/UFJF

DEDICATÓRIA

Aqueles que estão lutando pela vida, por proporcionarem esse movimento existencial, onde os pressupostos caem sobre terra, e só ficam as inúmeras possibilidades de ser e existir do homem no cuidado de sua saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu guia, permitindo trilhar este caminho, na busca pelo conhecimento e cooperando para o bem.

À minha mãe Gianne, pela presença incessante. Você vibrou com minhas vitórias, ajudou-me nas dificuldades e me motivou sempre na busca do viver com alegria.

Ao meu pai Ademar, por ser meu grande amigo. Você faz parte desta conquista.

Ao meu irmão Felipe, por significar o amor de irmãos.

Aos meus avós, Maria Clara e Bonifácio, por ensinar a importância da união e o valor das coisas mais simples da vida.

Aos meus tios e tias pelo carinho, companheirismo e alegria de sempre.

Aos meus primos, por alegrarem e torcerem para essa conquista.

Aos meus afilhados Luís Vitor e Eduardo, meus amores, por me ensinarem a arte de amar a vida e a coragem de enfrentar os desafios, e a ter sempre o sorriso estampado no rosto.

Aos meus amigos, companheiros de jornada, pela bela riqueza da amizade.

À professora Doutora Anna Maria de Oliveira Salimena que confiou em mim, compartilhando conhecimento e sabedoria, estendendo a mão de orientadora, mãe e amiga.

À minha Banca Examinadora (Projeto, Qualificação e Defesa Final) por contribuir para que este trabalho seja semente lançada na construção do saber na enfermagem.

Aos professores do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, pela contribuição no meu crescimento e desenvolvimento acadêmico.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro desta pesquisa com a concessão de bolsa.

A secretária Elisângela pelo apoio e amizade ofertada com todo carinho durante esta trajetória.

Aos colegas conquistados no Mestrado, por compartilhar esses anos vividos.

Agradeço a todas as pessoas queridas em minha vida, peças fundamentais da construção do meu ser no mundo, por tornar cada momento vivido único e singular.

“Compreender a fenomenologia quer unicamente dizer captá-la como possibilidade” (Martin Heidegger, 1979, pág. 301)

RESUMO

Pesquisa qualitativa utilizando a abordagem teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger, com o objetivo de desvelar o vivido do homem após o diagnóstico de câncer de próstata. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, para cumprimento dos aspectos éticos e legais, atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo deferido com o parecer nº 525.352. O cenário constitui-se de um Hospital de Ensino da Zona da Mata Mineira e teve como participantes quinze homens que receberam o diagnóstico de câncer de próstata. Os depoimentos foram colhidos por meio da entrevista fenomenológica e emergiram, das estruturas essenciais, as Unidades de Significado. A compreensão vaga e mediana dos significados, primeiro momento metódico, possibilitou a elaboração do fio condutor para a análise interpretativa hermenêutica, segundo momento metódico. Desvelou-se à luz do pensamento de Heidegger que o homem, quando recebe o diagnóstico de câncer de próstata, sente-se ameaçado pela doença e por suas consequências, desenvolvendo o movimento da angústia imprópria apresentando o temor, pavor, horror e terror. O ser-aí-após-diagnóstico-de-câncer-de-próstata, lançado na sua facticidade, expressa um movimento de inautenticidade determinado pelo impessoal, ficando exposto ao falatório e à ambiguidade de tudo o diz a respeito ao câncer de próstata, e, assim, apresenta-se de-caídos. Evidenciaram-se as invisibilidades dos profissionais e serviços de saúde no atendimento a esse homem, marcados pela inautenticidade e impessoalidade. Este estudo, considerando os sentidos desvelados, enfatiza a contribuição para a melhoria da qualidade da assistência ao homem, ratificando ser necessário atender não somente à dimensão física, mas aos aspectos emocionais, sociais e espirituais, frente às atuais Políticas Públicas de Saúde do Homem. E que estas e outras reflexões possibilitam novas fontes de atuação à saúde do homem, além de contribuírem no atendimento às suas necessidades quando diagnosticado com câncer de próstata.

Palavras-chave: Saúde do homem. Câncer de Próstata. Fenomenologia. Martin Heidegger. Enfermagem.

ABSTRACT

Qualitative research based on Heideggerian's theoretical, philosophical and methodological approach, in order to unveil the lived experiences of men after the diagnosis of prostate cancer. The project was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Juiz de Fora, for ethical and legal issues according to National Health Council Resolution n° 466/2012 and was accepted under n° 525.352. The research setting was a teaching hospital at Zona da Mata Mineira and the subjects were fifteen men diagnosed with prostate cancer. Interviews were conducted through phenomenological interviews and some units of signification have emerged from essential structures. Vague and median understanding, the first methodical moment, allowed the development of the central research thread towards the interpretive hermeneutic analysis, called the second methodical moment. In light of Heidegger's thought, it has been shown that the moment this man is diagnosed with prostate cancer he feels threatened by the disease and its consequences, reporting an improper anguish with fear, dread, horror and terror. The being-there-after-diagnosis-of-prostate-cancer in his facticity reveals an inauthenticity determined by the impersonal being exposed to chattering and the ambiguity over all the aspects related to prostate cancer leading him to decay. The invisibilities of professionals and health services characterized by inauthenticity and impersonality were present in delivering care to man. Regarding the senses unveiled this study emphasizes the contribution provided to improve the quality care delivered to men showing how necessary it is to consider not only physical but emotional, social and spiritual aspects, in view of current Public Policies on Male Health. Furthermore these insights and many others may enable new sources of assistance targeting men's health, helping to meet their needs when they have to face diagnosis of prostate cancer.

Keywords: Men's health. Prostate cancer. Phenomenology. Martin Heidegger.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Despertando para o tema.....	11
1.2 Objetivos do estudo.....	14
2- SOLO DE TRADIÇÃO.....	15
2.1 Contextos da Saúde do homem: aspectos de gênero, políticos e assistenciais	15
2.2 O homem e sua relação com a saúde.....	18
2.3 Sobre o Câncer de Próstata.....	20
3 REFERENCIAL TEORICO E METODOLÓGICO.....	25
4 CAMINHOS DO ESTUDO.....	29
4.1 O pensamento de Heidegger como caminho metodológico.....	29
4.2 Trajetória da Pesquisa.....	30
4.3 Aproximação dos depoentes.....	30
4.4 Encontro Fenomenológico.....	32
4.5 Historiografia.....	33
5 ANÁLISE COMPREENSIVA.....	36
5.1 Historicidades dos homens e o encontro com seu “quem”.....	36
5.2 Compreensão vaga e mediana: Significados do vivido do homem após o diagnóstico de câncer de próstata.....	42
5.3 Fio condutor.....	52
5.4 Análise interpretativa: hermenêutica heideggeriana.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE.....	73
ANEXOS.....	75

1 INTRODUÇÃO

"A alma é uma borboleta, há um instante em que uma voz nos diz que chegou o momento de uma grande metamorfose ..." (Rubem Alves)

1.1 Despertando para o tema

Durante minha trajetória no exercício de ser Enfermeira, procurei dedicar a maior parte do meu tempo ao aprendizado do cuidado em enfermagem. E, no dia-dia com os pacientes, observei várias questões que influenciavam o cuidado com a vida destes, ligado aos aspectos culturais, sociais e biológicos. Então, compreendi que os modos de ver a doença e buscar o cuidado diferenciavam-se entre homens e mulheres, apontando a importância de se pensar estratégias que visem promover a saúde desses indivíduos.

Minha experiência na construção do saber em enfermagem se iniciou no Curso de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, e em diferentes condições de atuação na área da saúde, permitiram-me aproximar da Oncologia, quando tive a oportunidade de realizar estágio em um hospital de referência.

A partir dessa experiência, surgiram inquietações a respeito desta temática, e procurei me inserir durante a graduação em atividades que direcionavam a este contexto, destacando o Projeto de Extensão: "Sensibilizando para o bem cuidar: uma estratégia de prevenção e detecção precoce do câncer". No projeto, desenvolvia atividades de educação em saúde para homens e mulheres na sala de espera de um Hospital Ensino de Juiz de Fora.

Durante as atividades na sala de espera deste hospital, ao fazer educação em saúde para prevenção e detecção do câncer, utilizávamos de estratégias de comunicação para sensibilizar os indivíduos, na busca por hábitos de vida saudáveis e realização de exames periódicos, respaldados pela orientação do Instituto Nacional do Câncer (2002). No caminhar desta atividade, observava maior participação das mulheres questionando, sanando dúvidas e até relatando suas experiências pessoais, principalmente relacionadas ao câncer de mama e ao câncer do colo do útero. Porém os homens se mantinham fechados, poucos participativos, demonstrando dificuldades principalmente ao relatar o tema câncer

de próstata.

Sendo assim, ainda durante graduação, desenvolvi trabalhos científicos, frutos deste projeto de extensão, levados a eventos científicos regionais e nacionais, ampliando, divulgando a importância dessas medidas de prevenção e detecção precoce do câncer dentro do trabalho da enfermagem.

O olhar atento para o homem foi desenvolvido também através de outras práticas no curso de graduação, pois percebia a pouca participação destes nos serviços de atenção à saúde.

Neste contexto, questionei como vem sendo realizada a atenção da enfermagem no cuidado ao homem. E, ao cursar as disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem, constatei que estas abordam ações para Saúde da Mulher, Saúde da Criança, temas-alvo das Políticas Públicas de Saúde, e o tema Saúde do Homem, abordado como conteúdo inserido na Saúde do Adulto. Então, emergiu a inquietação: porque a Saúde do Homem não está sendo contemplada como disciplina específica na diretriz curricular no ensino da graduação em enfermagem?

Envolvida com questões profissionais e contextuais, ao terminar a graduação, trabalhei durante um certo período na área assistencial de enfermagem. Porém, com desejo de construir carreira profissional pautada no ensino e pesquisa, concomitantemente fui me preparando para o processo seletivo do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Ao receber a notícia da aprovação na seleção do Mestrado, vislumbrei a oportunidade de realizar minha pesquisa pautada na inquietação de compreender o universo que permeia o cuidado do homem com a sua saúde e implicações deste para o trabalho da enfermagem.

Em busca de respostas, fui até a literatura existente e compreendi que o comportamento pautado na masculinidade influencia as formas do homem em cuidar de sua saúde. Da mesma forma, estudos na área demonstram que esse fenômeno passa por uma questão de gênero, em que mulheres e homens, sob efeitos da cultura, desenvolvem padrões de comportamentos diferentes em relação ao autocuidado (ALVES et al., 2011).

Dentre as comorbidades relacionadas ao homem passíveis de ser detectadas precocemente através de intervenções dentro do nível de Atenção

Primária à Saúde, destaca-se o câncer de próstata. As estatísticas são altas e apontam que, após os 50 anos, um a cada seis homens terá a doença. O câncer de próstata é o tumor maligno mais prevalente nos homens na faixa dos 50 anos, perdendo apenas para o câncer de pele (INCA, 2014).

Nas diferentes fases de enfrentamento da doença desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e culminando com a reabilitação psicossocial, o homem portador de câncer de próstata tem sua vida alterada em dimensões psíquicas, sociais e físicas (MOSCHETA E SANTOS, 2012).

Ainda, segundo Moscheta e Santos (2012), ao receber o diagnóstico, o homem sente-se estigmatizado, pois, no imaginário coletivo, a doença é associada à morte. Além disso, a doença tem potencial de desencadear uma série de conflitos ligados à sexualidade do homem devido à localização anatômica da próstata, responsável pelas funções sexuais.

No tratamento, podem-se destacar as dificuldades decorrentes das propostas terapêuticas que incluem a prostatectomia radical, a quimioterapia e a radioterapia. No término destes procedimentos, o homem terá que lidar com sequelas como diminuição da libido, impotência sexual e incontinência urinária.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, reconhecendo a importância do agravo do câncer de próstata, instituiu a Lei 10.289 de 20 de setembro de 2001 que dispõe sobre a Instituição do III Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. Nela são estabelecidas, entre outras, as seguintes ações: (1) campanha institucional nos meios de comunicação, com mensagens sobre o que é o câncer de próstata e suas formas de prevenção; (2) parcerias com universidades, sociedades civis organizadas e sindicatos, organizando-se debates e palestras sobre a doença e as formas de combate e prevenção a ela; (3) parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, colocando-se, à disposição da população masculina, acima de quarenta anos, exames para a prevenção ao câncer de próstata; (4) outros atos de procedimentos lícitos e úteis para a consecução dos objetivos desta instituição que visa diminuir o impacto desta doença no homem (BRASIL, 2001).

Desta forma, o câncer de próstata determina um importante impacto no cotidiano dos homens, alvo das Políticas Públicas de Saúde. Portanto, é necessário um saber do profissional que perpassa o aspecto técnico-científico, com o

desenvolvimento de técnicas e procedimentos para a prevenção, promoção e recuperação, assim como a presença constante dos profissionais de saúde como apoio para o homem expressar seus sentimentos e se ajustar à nova fase da sua vida, ajudando-o a se perceber como um ser de possibilidades.

Neste contexto, através da experiência pessoal e durante a trajetória do Mestrado em Enfermagem, deparei-me com o diagnóstico de câncer de próstata de um importante membro da família. Vimo-nos diante de uma nova realidade permeada de dúvidas, medos e insegurança, tornando ainda mais importante a construção deste estudo, visando compreender como é o vivido dos homens após o diagnóstico de câncer de próstata e visando também consequentemente formular implicações desse vivido para o cuidado em saúde do homem.

Portanto, a partir da questão norteadora “como é para você, ter vivido com o câncer de próstata”, apresenta-se como objeto de estudo o vivido de homens após diagnóstico de câncer de próstata. Propõe-se contribuir para a construção do cuidado dos profissionais de saúde, pois o desvelar do ser-aí neste vivido abrirá caminhos para que os profissionais de saúde busquem ampliar as inúmeras formas de atuação neste cenário, do ser-aí-após-diagnóstico-de-câncer-de-próstata.

1.2 Objetivo do estudo

Desvelar o vivido do homem após o diagnóstico de câncer de próstata.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

*"Um galo sozinho não tece uma manhã"
João Cabral de Melo Neto*

Segundo Heidegger (2014), o solo de tradição é tudo aquilo produzido pela ciência, porém permaneceu fora de alcance o problema que é filosófico.

Portanto, neste capítulo, apresentam-se estudos importantes a respeito da relação do homem com sua saúde e sobre o câncer de próstata, referenciando a posição prévia proposta pela literatura, a fim de situar o estado da arte do que tem sido produzido na temática em questão (HEIDEGGER, 2014).

2.1 Contexto da Saúde do Homem: aspectos de gênero, políticos e assistenciais

A reflexão sobre as especificidades das necessidades de saúde do homem na contemporaneidade e os desafios para ampliar o acesso da população masculina à atenção oferecida nos serviços de atenção à saúde ainda são pouco discutidos ou incorporados às práticas de saúde (BARBOSA et al., 2012).

Pesquisas (BARBOSA et al., 2012) apontam que, no cenário internacional, a inserção de um olhar atento para os homens no campo da saúde foi impulsionada a partir da década de 80, pelo advento do vírus HIV, inicialmente entre homens e, posteriormente, na década de 1990, associada à tendência de feminilização da epidemia entre mulheres heterossexuais.

Há 40 anos, nos Estados Unidos, surgiram os primeiros estudos focados nos déficits de saúde nos segmentos masculinos. Neste cenário, lidava-se com um importante paradoxo: o homem detinha maior poder sobre as mulheres, porém eles tinham desvantagens em relação a elas no que se refere às taxas de morbimortalidade (GOMES, 2011).

A partir deste contexto, foram impulsionados estudos para focalizar o homem em sua singularidade, de sujeitos sociais no processo saúde-doença, baseado em uma perspectiva relacional de gênero. Os estudos sobre homens e a masculinidade

trazem novos aportes como a necessidade de avançar na discussão de como envolver o homem, visando alcançar a equidade de gênero (COURTENAY, 2000).

Sobre estes estudos, merece destaque Mckinlay (2005), que estabeleceu cinco hipóteses para as diferenças entre homens e mulheres no que se refere à mortalidade e morbidade: (1) as diferenças e desigualdades sociais; (2) expectativas sociais diferenciadas para ambos os sexos; (3) especificidades biológico-genéticas dos sexos; (4) cuidados dos profissionais de saúde voltados para os homens e (5) uso dos serviços de saúde por parte dos homens.

Estudo realizado no campo da saúde pública brasileira concluiu que os homens morrem mais que as mulheres pelas seguintes causas: determinados modelos de masculinidade podem trazer comprometimentos para a saúde; os homens são principais atores na violência cometida contra as mulheres, crianças ou outros homens; o desemprego compromete o bem estar masculino e pode se relacionar ao suicídio de jovens (GOMES e NASCIMENTO, 2006).

No Brasil, podemos considerar a “Saúde do Homem” um marco importante no campo de saúde pública a partir de 2005, com lançamento de um número especial sobre homens e saúde na revista *Ciência e Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Este volume trata de várias dimensões da discussão do tema, enfatizando a categoria gênero para caracterizar e explicar os padrões de morbimortalidade na população masculina, bem como o contexto de invulnerabilidade, materializado cotidianamente nas atitudes e nos comportamentos assumidos pelos homens em suas relações sociais (COUTO e GOMES, 2012).

O reconhecimento dessa singularidade e da vulnerabilidade, física ou psíquica dos homens, apontou para a necessidade de inclusão dos homens nas Políticas Públicas de Saúde. E, precedida por várias discussões, envolvendo diversos atores sociais, instituições e entidades civis, diferente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, não refletiu uma motivação do campo social, uma vez que a população masculina não é reconhecida como excluída ou prescindida socialmente (SCHARAIBER et al., 2005).

Desta maneira, das políticas editadas pelo Ministério da Saúde, o tema ganhou destaque somente em 2009 após a edição da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. Tal programa quer mudar a cultura sobre prevenção

enfatizando, para isso, uma mudança paradigmática da percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde, a compreensão do universo masculino e suas motivações e empecilhos para fazer a prevenção de doenças (ALVES et al., 2011).

Portanto, a atenção à saúde do homem vem sendo colocada na pauta dos debates e efetivada através dessa política. Ela aponta que os indicadores de morbidade e mortalidade nos homens estão relacionados aos acidentes de trânsito ou à violência, bem como às doenças infectocontagiosas, crônicas e degenerativas, a exemplo da tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças sexualmente transmissíveis, cerebrais e cardiovasculares e aquelas relacionadas ao trabalho, e o câncer de próstata (NETO et al., 2013).

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH), estabelecida pela Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem por diretriz a integralidade da atenção à saúde da população masculina, em dupla perspectiva: (1) a integralidade do homem no sentido de atendimento às necessidades de saúde, articulando-se os níveis primário, secundário e terciário da atenção, garantindo a continuidade das ações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e (2) o entendimento de que muitos dos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência cultural, social e não meramente biológica (BRASIL, 2009).

As diretrizes da PNAISH revelam a intenção de aproximar a população masculina dos serviços de saúde, levando à concepção de implementar o Programa Saúde do Homem nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (APS), semelhante à implantação do PAISM para a população feminina (GOMES, 2008). Seu principal objetivo é:

“promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde”. (Brasil, 2009, p. 36)

A Atenção Primária atende a quatro grupos populacionais: (1) crianças, (2) adolescentes, (3) mulheres e (4) idosos – e isto não é suficiente para tornar o país

mais saudável, principalmente por deixar de fora das ações programáticas cerca de 25% da população brasileira (os homens de 20 a 59 anos), com pouca visibilidade nas estratégias públicas de atenção a saúde (BRASIL, 2009).

Segundo Schwarz (2012), na implantação da política deve ser considerado o engajamento de diferentes profissionais. E, para isto, é necessário que os profissionais reconheçam a saúde do homem em suas práticas, percebendo-se contemplados para cumprir as diretrizes da Política.

Portanto, o grande desafio da PNAISH será o de atender às dificuldades individuais e coletivas das diversas populações masculinas, a partir das práticas democráticas e participativas nos serviços de saúde que atendem nos níveis federal, estadual e municipal, integrando as especificidades das necessidades da população masculina (SCHWARZ, 2012).

2.2 O homem e sua relação com a saúde

A conversa de que “homem que é homem” não adoecer faz com que esse grupo procure pelos serviços de saúde em casos de doenças já agravadas (BRAZ, 2005).

Desta maneira, estudos epidemiológicos sustentam a necessidade de atenção à saúde do homem, visto que apontam um aumento acentuado das taxas de morbimortalidade neste gênero, sobretudo quando comparado à saúde da mulher (SCHWARZ, 2012).

E, como discutido anteriormente, este fenômeno passa por uma questão de gênero, em que homens, por meio da masculinidade, têm comportamentos diferentes com relação ao autocuidado de sua saúde (AQUINO et al., 1991).

Segundo Korin (2001), existe uma relação estreita entre modelo culturalmente construído de masculinidade e sua influência nos cuidados do homem com a saúde. O autor enfatiza a importância de se falar em masculinidades como expressão do gênero:

“Em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, é mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades”. (KORIN, 2001, p. 70)

Ainda segundo Korin (2001), essas questões devem ser entendidas como significados culturais atribuídos às diferenças sexuais e que, à medida que são construídas culturalmente, tornam-se referências para o modo de ser e se relacionar, incluindo também as preocupações em relação à saúde.

As relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que amplia a dificuldade (COUTO et al., 2010).

Waldron (1976) destaca em seus estudos que três quartos da diferença da expectativa de vida entre homens e mulheres são atribuídos a aspectos ligados às questões de gênero.

A masculinidade é uma configuração prática em torno da posição dos homens nas relações de gênero, existindo uma masculinidade culturalmente hegemônica que serve de modelo e é construída nas relações de homens e mulheres (SCHOFIELD et al., 2000; CONNELL, 1995).

As pesquisas apontam para a coexistência de uma diversidade de modelos, comportamentos e significados relacionados à masculinidade que podem trazer repercussões para as práticas de cuidado com a saúde da população masculina (FIGUEIREDO e SCHRAIBER, 2011).

Em tempos mais recentes, os estereótipos de masculinidade que são mais atribuídos ao homem demonstram como ele é visto de forma viril e invulnerável. O ato de procurar o sistema de saúde numa perspectiva preventiva é associado à fraqueza, ao medo e à insegurança aproximando-o das representações do universo feminino, implicando possíveis desconfiâncias acerca dessa masculinidade socialmente instituída (FERNANDES, 2009).

Nesse sentido, ocorre maior resistência dos homens em buscar os serviços de atenção à saúde ao sustentar esses ideais de masculinidade, tais como necessidade de ser ativo; de prover ao invés de cuidar; de não expressar fragilidade nem ter atitudes de cuidado por associarem prevenção e autocuidado à fragilidade e insegurança. Todos esses fatores aumentam a sua vulnerabilidade às situações de risco, gerando agravos na saúde e morte precoce (GOMES e NASCIMENTO, 2006).

No entanto, não se pode culpar somente os homens, pois, além dessas questões de gênero, pesquisas sinalizam que podem coexistir outros fatores inerentes ao funcionamento dos serviços de saúde, capazes de obstaculizar o acesso dos homens a esses serviços (ALVES et al., 2011).

Segundo Fontes et al. (2011), estudos demonstram que os serviços de atenção primária apresentam dificuldades para acionar práticas de prevenção e promoção da saúde dos homens, o que direciona para uma tendência desses indivíduos de adentrar no sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, evidenciando uma falha no sistema de busca ativa e proteção à saúde do gênero masculino no âmbito da atenção básica à saúde.

Gomes et al. (2007) também destacam outros aspectos relacionados: (1) ao trabalho, (2) à acessibilidade, (3) às especificidades das equipes profissionais e (4) à estrutura de funcionamento desses serviços.

Os serviços de saúde brasileiros, sobretudo os preventivos, ainda são voltados para as necessidades de crianças, mulheres e idosos (GOMES et al., 2011), e as Unidades Básicas de Saúde apresentam horário de funcionamento coincidindo com o horário de trabalho (FIGUEIREDO, 2005). Além disso, há uma desqualificação da assistência prestada aos homens no contexto de saúde, pois existem poucos espaços para expressão e reflexão de questões referentes às masculinidades (GUIDA, 2011).

Complementarmente, estudos mostram que o uso dos serviços pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, concentrando-se na assistência a patologias, acidentes ou lesões, problemas odontológicos e no uso da farmácia (SCHRAIBER, 2005; FIGUEIREDO, 2008).

Os trabalhos de Paschoalick (2006) e Pinheiro e Couto (2008) colocam que, para se modificar o cenário atual, os profissionais da saúde devem ampliar a atenção integral à saúde masculina, com a participação efetiva dos homens, o que significa rever as maneiras e posturas de atendimento que ainda se baseiam na masculinidade estereotipada.

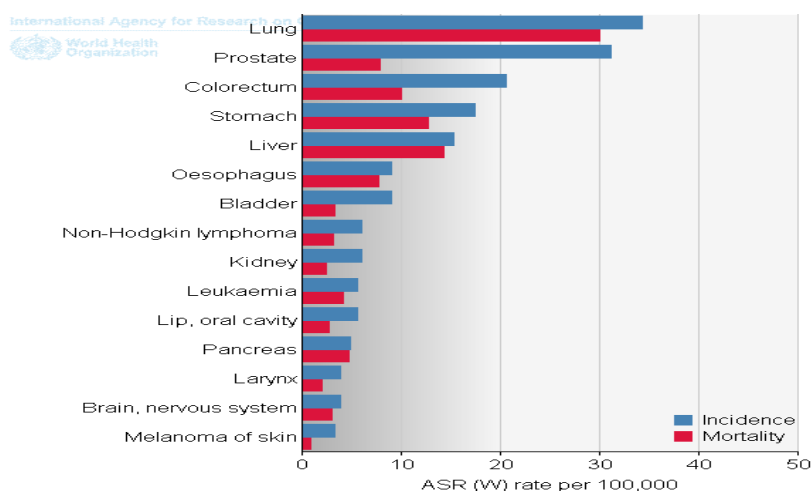
2.3 Sobre o Câncer de Próstata

O câncer tem sido considerado um problema de saúde pública, atingindo

indivíduos de todas as idades, gêneros e classes sociais. Segundo relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (2014), a estimativa é a de que 14 milhões de pessoas sejam diagnosticadas todos os anos com a doença e que este número aumente para 19 milhões em 2025 e 24 milhões em 2035, com países emergentes concentrando os novos casos.

O projeto GLOBOCAN (2012) forneceu a incidência e mortalidade dos principais tipos de câncer que atingem homens no mundo:

Gráfico 1- Taxas de incidência e de mortalidade padronizada por idade estimada em homens



(Fonte: GLOBOCAN, 2012)

Estes demonstram que o câncer de próstata é o segundo tipo de câncer que atingirá os homens, perdendo somente para o câncer de pele numa escala mundial.

No Brasil, reconhecidamente trata-se de um problema de saúde pública, dado a sua magnitude no quadro de morbimortalidade masculina. Os levantamentos nacionais divulgados pelo INCA (2014) indicam que houve 576 mil casos de câncer diagnosticados apenas em 2014, e os tipos com maior incidência são o câncer de pele, próstata e mama. Pesquisas apontam que sua incidência vem crescendo, sendo esperado aumento de 60% de número de casos até o ano de 2015. Esses valores correspondem risco estimado de 70,42 novos casos a cada 100 mil homens.

A próstata é uma glândula exócrina, anexa do aparelho genital masculino que envolve parte inicial da uretra, localizado abaixo da bexiga. Tem por finalidade

armazenar e secretar um fluido alcalino, o sêmen, que compõe os espermatozoides. Essa glândula está sujeita a uma série de patologias, mas é, sobretudo, conhecida pelos tumores de que é sede, como o câncer de próstata (NOBREGA et al., 2009).

Contudo, encontram-se diversas dificuldades para a sua prevenção, associadas a fatores como: (1) falta de informação à população; (2) crenças sobre o câncer e seu prognóstico; (3) preconceito contra o exame preventivo e (4) carência de rotinas nos serviços para a prevenção do câncer de próstata (SOUZA et al., 2011).

Soma-se a isso o fato de que os fatores que determinam o risco de desenvolvimento do câncer de próstata não são bem conhecidos, apesar de alguns terem sido identificados, como a idade, por exemplo, que é um fator de risco importante, pois tanto a incidência como a mortalidade eleva-se de forma exponencial após 50 anos de idade (SBU, 2014).

Outro fator considerado de risco é a história familiar de parentes de primeiro grau, tais como pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos de idade e a origem étnica, onde há maior incidência em negros (MEDEIROS et al., 2011).

Há pesquisas sobre outros possíveis fatores de risco, como ingestão de gorduras, consumo de álcool, tabagismo e vasectomia, sendo estes considerados agentes potencializadores na determinação do risco do câncer de próstata (INCA, 2002). Entre os que atuam na diminuição do risco, destacam-se dieta rica em verduras, frutas e legumes, vegetais ricos em carotenóides (tomate e cenoura), grãos, cereais integrais pobres em gordura, principalmente os de origem animal (BRASIL, 2010). Nesse sentido, mais estudos estão em andamento tentando esclarecer o papel dos fatores de risco e seu potencial para sucesso na prevenção contra o câncer de próstata (FRIEDENREICH e THUNE, 2001).

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) (2014), estima-se que 400 mil pessoas com mais de 45 anos tenham a doença e que a maioria não tem conhecimento disso. Anualmente, são diagnosticados 35 mil casos com oito mil óbitos.

O Câncer de Próstata costuma ser assintomático até em fases avançadas. A evolução da doença é relativamente imprevisível, com casos de rápida disseminação, antes mesmo de surgirem os sintomas locais, e também casos de

evolução lenta. Então, a realização regular dos exames de rastreamento é importante para o diagnóstico precoce, o que pode significar menor morbidade para o indivíduo, sem, contudo, alterar seu tempo de sobrevivência (BERTOLDO E PASQUINI, 2010).

O Instituto Nacional de Câncer, a Sociedade Brasileira de Urologia, a American Cancer Society (ACS) e a American Urological Association (AUA) recomendam o rastreamento do Câncer de Próstata: o Toque Retal seguido de dosagem plasmática do PSA, anualmente para todos os homens com mais de 50 anos, sendo que negros e/ou indivíduos com história positiva devem iniciar os procedimentos aos 40 anos.

O PSA é uma protease da família da calicreína, originada pelo epitélio da próstata que possui a função de solubilizar o esperma após a ejaculação. Seu nível é elevado frequentemente no aparecimento de hiperplasia benigna, na prostatite e, essencialmente, nos portadores de carcinoma da próstata. O nível estabelecido como limite máximo da normalidade para PSA é de 4 ng/ml (GONÇALVES e MELLA, 2007).

O toque retal é rápido, de baixo custo e de fácil realização permitindo conhecer as dimensões, o formato e os limites da próstata, bem como a presença de deformidades, abaulamentos, alterações da consistência e da mobilidade dessa glândula (MESTRINHO et al., 2011).

Na fase de diagnóstico do Câncer de Próstata, o objetivo é de delinear a extensão da doença, auxiliar na decisão terapêutica e traçar um prognóstico para o indivíduo. O Toque Retal, a ultrassonografia transretal da próstata (USTRP), a biópsia do tecido prostático por agulha fina guiada pela USTRP, os raios X de tórax, a tomografia computadorizada (TC) do abdome e a cintilografia óssea são os procedimentos adotados para estadiamento do tumor (BARBOSA E MENDONÇA, 2003). Outra maneira utilizada para estadiar histologicamente o adenocarcinoma de próstata é o score de Gleason. O sistema é graduado de 2 a 10, sendo 2 o menos agressivo e 10 o mais agressivo (DORNAS et al., 2008).

As principais propostas terapêuticas atualmente disponíveis para o CAP são: a conduta expectante como a observação e o tratamento medicamentoso, a prostatectomia radical, a radioterapia, o bloqueio androgênico e a quimioterapia (BARBOSA E MENDONÇA, 2003).

A prostatectomia, que consiste na intervenção cirúrgica de retirada da próstata, representa uma das intervenções mais comuns no tratamento de neoplasias prostáticas. Estudos com homens submetidos à prostatectomia radical relatam que problemas passíveis de ocorrer, ainda que temporariamente, como sintomas psicológicos, alterações da função intestinal e urinária e aquelas relacionadas à sexualidade, devem constituir foco dos profissionais de saúde (PALMER, 2001; BURT et al., 2005).

Outras propostas terapêuticas para doença incluem a radioterapia, hormonioterapia e a vigilância ativa. A radioterapia apresenta-se como uma opção com bom controle oncológico e tem como principais complicações as lesões actínicas de órgãos pélvicos que podem aparecer até tardiamente. Indivíduos de alto e muito risco devem receber tratamentos mais agressivos, visto que o potencial para desenvolver metástase é maior. Mas, de uma maneira geral, seguem o mesmo princípio: o controle oncológico mantendo a melhor qualidade de vida possível (DORNAS et al., 2008).

Neste sentido, torna-se pertinente compreender os significados e os sentidos experienciados pelos homens que tiveram diagnóstico de câncer de próstata, uma vez que este contexto é permeado de significados, importante para entender a construção do cuidado para a saúde desses indivíduos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO, FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

"Ninguém é igual a ninguém. Todo ser humano é um estranho ímpar."
Carlos Drummond de Andrade

O referencial temático sobre o homem portador de câncer de próstata está centrado na doença e nos procedimentos técnicos, sendo estes insuficientes para esclarecer questões referentes à existência do ser-homem. Na busca de uma modalidade de pesquisa qualitativa que me auxiliasse e fosse adequada ao objeto do estudo, a concepção heideggeriana se mostrou como uma possibilidade.

A fenomenologia é um movimento filosófico que se firmou a partir do pensamento de Edmund Husserl (1859-1938), no início do século XX. Busca descrever a coisa, o fenômeno, tal qual ele se dá a conhecer pela consciência, e, para isto, é necessário que se volte às coisas mesmas e que se apreenda a essência do fenômeno. Essas idéias apresentam diferentes compreensões em Martin Heidegger, Alfred Shutz, Maurice Merleau-Ponty, Jean Paul Sartre, dentre outros, mas todos conservam a atitude fenomenológica (CAPALBO, 1996).

Martin Heidegger nasceu em 26 de setembro de 1889, no sul da Alemanha. Realizou sua formação filosófica na Universidade de Freiburg-in-Breisgam, onde estudou Fenomenologia com Edmund Husserl. Heidegger procurou desenvolver um método próprio de interpretação e análise na busca de compreender os entes dotados do ser da presença, seu sentido de ser em sua existência (HEIDEGGER, 1979).

Na sua obra "Ser e o tempo", escrita em 1927, o autor tenta compreender a existência do ser humano ontologicamente. O sentido que Heidegger busca é a questão fundamental do homem como ser finito. É o sentido do ser, o sentido da existência que deve ser interrogado. Para ele, a verdade consiste no esforço da revelação, da manifestação, de deixar que as coisas apareçam.

Para Heidegger, a pergunta que interroga o sentido do ser é a mais universal. Mas quem interroga o homem está buscando o conhecimento de si mesmo, de seu próprio ser. "O ente que temos a tarefa de analisar somos nós mesmos. O ser deste ente é sempre e cada vez mais meu próprio ser" (HEIDEGGER, 2014, p. 115).

Desta forma, procurou-se compreender o ser humano, e, nessa compreensão, denominou as pessoas de "Ente", que é tudo o que falamos, o que

entendemos com o que nos comportamos dessa ou daquela maneira (SALIMENA e SOUZA, 2010).

Então, denomina o ente do humano como Dasein. Dasein evoca o processo de constituição ontológica de homem e humanidade, e é no ser-aí que o homem constrói seu modo de ser, a sua existência, a sua história e se constitui nas múltiplas maneiras que o homem vive e pode viver, os vários modos como ele se relaciona e atua com os entes que encontra e que a ele se apresentam (HEIDEGGER, 2014).

Heidegger denomina a dimensão ôntica – relativa à sua materialidade, “presente” com suas características objetiváveis que aparece do que é imediatamente dado, do ente (HEIDEGGER, 2014).

A outra dimensão é a ontológica, relativa à pre-sença, originária, essencial, de possibilidades, de poder-ser, que não pode ser objetivada, referente à instância fundante, imanente e transcendente ao que aparece em sua experiência vivencial num dado momento; constituindo-se, assim, uma totalidade e unidade da diversidade e não da multiplicidade (HEIDEGGER, 2014).

O homem que teve o diagnóstico de câncer de próstata é um ser humano, é um ser-aí, pre-sença que compreende a si próprio e precisa ser compreendido, levando em consideração ambas as dimensões ôntica e ontológica no seu existir.

Segundo, Heidegger (2014), a palavra existir significa projetar-se para fora da realidade dada, da imediaticidade, transcender em direção a possibilidades, poder-ser. Tal condição é inerente apenas ao homem dentre os demais seres vivos, animais e plantas que vivem, mas não ex-sistem. Somente o homem tem consciência de sua própria existência e é capaz de perceber que percebe, sentir que sente, questionar, conhecer e autodeterminar.

Para Heidegger (2014), o ser- aí em sua cotidianidade se constitui sob a perspectiva de três dimensões: a facticidade, a transcendência e a de-cadência.

A facticidade consiste no fato de o homem estar-lançado, sentir-se jogado no mundo, sem que para isso tenha havido participação da sua vontade, escolha ou decisão, assim como um ser-para-a-morte tomando a temporalidade como fio condutor entre a origem e o destino do homem, enquanto ser existencial.

A existencialidade ou transcendência corresponde à tendência e capacidade do homem para ver, significar e se apropriar das coisas do mundo a partir de sua

própria perspectiva, que vai além da realidade objetiva, procurando algo além de si mesmo e projetando no mundo, do mundo e com o mundo, de tal forma que o eu e o mundo são totalmente inseparáveis (HEIDEGGER, 2014).

A de-cadência ou ruína, para Heidegger (2014), não tem a conotação de juízo moral ou negativa vigente; significa a queda, o desvio, a perda do homem de si mesmo, do seu projeto essencial de poder vir-a-ser si mesmo, alienando-se em favor das ocupações e ambiguidades que o distraem, tranquilizam, perturbam e consomem; sob domínio de outros, do que se diz, da opinião pública; no mundo de todos, no a gente, no impessoal, caracterizando uma existência inautêntica, própria da cotidianidade.

Ainda discutindo sobre fenomenologia, Daisen como ser-no-mundo é um ser lançado no mundo. Há dois modos de estar no mundo e que consistem na existência autêntica, que é um modo próprio de ser, e na existência inautêntica, caracterizada como um modo impróprio do ser.

A existência autêntica refere-se à propriedade do existir, em que Daisen se torna a si mesmo ao se reconhecer como um ser de presença que pretende libertar-se do anonimato e impessoalidade. A existência inautêntica caracteriza-se como uma impropriedade, uma esfera da existência que segue sem direção própria. Assim, ele é dominado pelo falatório, ambiguidade e curiosidade determinando o próprio modo de ser na de-cadência (HEIDEGGER, 2014).

O cuidado como estrutura fundamental do “ser-aí” assume forma de solicitude e pode manifestar-se de duas formas. Uma que consiste em retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar (estar-junto-a), e outra em que se pode devolver o cuidado ao ser cuidado como uma possibilidade existencial de ser, não lhe retirando o cuidado (ser-com) (HEIDEGGER, 2014).

Em outras palavras, o primeiro modo de cuidar corresponde ao cuidado dominador em que tudo é feito pelo outro, enquanto que o segundo refere-se ao cuidado que dá condições ao outro de crescer e assumir o seu próprio caminho. Assim, esse cuidado autêntico considerado como essência da existência humana é, portanto, essencial na prática dos profissionais de saúde. Tal afirmativa justifica a busca da compreensão do significado da vivência do ser que recebe e/ou daquele que oferece seus cuidados a outrem.

Ao buscar a compreensão do significado da vivência dos seres humanos, a

fenomenologia tem trazido contribuições valiosas para o conhecimento das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado no processo de viver humano, até então inexplorados (TERRA et al., 2006). Essa forma de fazer ciência possibilitou observar que existe um sujeito antes da realidade objetiva (CAPALBO, 1994).

A reflexão fenomenológica, voltada para a experiência vivida, inclui olhar as coisas como elas se manifestam. Ao se voltar, objetivando apreender a essência do fenômeno, emerge a possibilidade de cuidar do outro a partir de demandas próprias a ele, sem determinações prévias e sem pressupostos (CAPALBO, 2008).

A fenomenologia traz grande contribuição para os profissionais de saúde no seu pensar e fazer no cotidiano de suas ações e atividades, visto que possibilita ouvir o ser humano dando visibilidade aos fenômenos por ele vividos e experienciados, o que favorece um cuidar autêntico a partir de sua singularidade (ALMEIDA et al., 2009).

Desta forma, a filosofia heideggeriana é um dos caminhos possíveis para que os profissionais de saúde possam investigar os fenômenos que envolvem o processo cuidar do outro. E, quando diagnosticado com câncer de próstata, o homem pode se deparar com uma ampla gama de sentimentos que podem despertar da vida do indivíduo.

O processo de socialização e a construção da identidade masculina, somados aos hábitos de vida dos homens, colocam esses em posição de maior vulnerabilidade ao adoecimento, principalmente ao câncer de próstata, que está ligado a uma série de crenças que dificultam a prevenção, detecção precoce e tratamento por estes homens.

Desta maneira, a fenomenologia possibilita compreender o fenômeno situado a partir do ser que o vivencia, dentro do contexto do seu existir, e, ao estudar esse vivido, foi possível desvelar os sentidos do homem após o diagnóstico de câncer de próstata.

4 CAMINHOS DO ESTUDO

"O importante não é chegar e nem partir, é a travessia!"
Guimarães Rosa

4.1 O pensamento de Heidegger como caminho metodológico

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que teve como alicerce teórico- metodológico a fenomenologia heideggeriana. Na reflexão de Heidegger (2014), compreender o homem, é o modo de ser por ele revelado em seu discurso, desvelando o fenômeno que se manifesta a partir do próprio ser, pois o mister do pensar fenomenológico é compreender o ser humano em sua existencialidade, em sua facticidade.

A investigação fenomenológica não emerge do método ou teoria em si, mas dos problemas ou das coisas em si mesmas no modo como se mostra no cotidiano (TERRA et al., 2006). O significado é aquilo em que se sustenta a compreensão, um existencial que se mostra mais acessível na cotidianidade, localiza-se na dimensão ôntica dos fatos. O sentido é aquilo em que se sustenta a interpretação, é um existencial que está encoberto, localiza-se na dimensão ontológica do fenômeno (PAULA et al., 2012).

A fenomenologia dá ênfase ao "significado" que as pessoas dão às coisas e à vida. Para a busca desses significados, deve ser utilizada a entrevista na modalidade fenomenológica como instrumento de obtenção de tais significados, obtidos por meio das descrições dos depoimentos originados nas entrevistas (TRIVINOS, 1992).

A entrevista se dá num encontro ente o pesquisador e o ser homem que deverá ser um "encontro existencial", com características peculiares como a empatia e a intersubjetividade. Carvalho (1991) afirma que uma entrevista fenomenológica busca uma linguagem que seja a "fala", pois esta é que possibilita a mediação com o outro e com o mundo.

Portanto, neste estudo, dirigi um olhar atento para os homens que vivenciaram o câncer de próstata, interrogando o ente homem, devido as minhas inquietações, buscando o sentido do seu vivido.

4.2 Trajetória da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida com homens que receberam diagnóstico de câncer de próstata no Hospital de Ensino da Zona da Mata Mineira. Estes homens são acompanhados no período de até dois anos pela equipe de saúde do ambulatório de Urologia deste Hospital. Desta maneira, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Diretor Geral do Hospital, solicitando a autorização para utilizar os arquivos e dependências do hospital (Anexo A), à Diretora do Serviço de Enfermagem do Hospital (Anexo B) e à Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFJF (Anexo C).

Após período de análise, a instituição autorizou o desenvolvimento da pesquisa. A seguir, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) na Plataforma Brasil, para análise e deferimento em cumprimento dos aspectos éticos e legais, atendendo à Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Iniciou-se a etapa de campo após aprovação em 27 de março de 2014, pelo CEP/UFJF com o Parecer nº 525.352 (Anexo D).

O Hospital de Ensino possui duas unidades, uma está localizada na Rua Catulo Breviglieri, s/n, no bairro Santa Catarina, a outra na Unidade Dom Bosco na Av. Eugênio do Nascimento s/n, bairro Dom Bosco, Juiz de Fora, Minas Gerais. Este hospital é centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS, numa área que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata e do Estado do Rio de Janeiro. Desenvolve-se um trabalho na área de saúde em níveis primário, secundário e terciário, conjugando atividades de ensino, pesquisa e extensão. A coleta para a pesquisa foi realizada na Unidade Dom Bosco.

4.3 Aproximação dos depoentes

Os depoentes deste estudo constituíram-se em quinze participantes, utilizando como critério de inclusão homens que receberam o diagnóstico de câncer de próstata, acompanhados pela equipe de saúde do ambulatório de Urologia do Hospital de Ensino de Juiz de Fora, com idade maior de 18 anos e que

concordaram em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram homens menores de 18 anos, que não foram acompanhados pela equipe de saúde do ambulatório de Urologia do Hospital de Ensino de Juiz de Fora (Apêndice B).

Em setembro de 2014, estabeleci contato com a equipe de saúde do ambulatório da Urologia do Hospital de Ensino, para apresentar minha proposta e buscar caminhos para encontrar os depoentes. Este setor é composto pela sala de espera e por consultórios médicos. A clientela atendida é composta de pessoas do sexo feminino e masculino, de todas as idades, que são atendidas pelas especialidades disponíveis no ambulatório. O serviço funciona de 07 h às 17 h de segunda a sexta-feira, com consultas médicas no período matutino e vespertino.

Para tal seleção de depoentes, a equipe médica da Urologia me disponibilizou o acesso ao Mapa Cirúrgico da Urologia do Centro Cirúrgico do Hospital, pois neste mapa encontrava-se o registro ambulatorial dos nomes dos homens que receberam diagnóstico de câncer de próstata e que são atendidos pela equipe de saúde no referido hospital. Desta forma, realizei um levantamento somente dos usuários homens diagnosticados com câncer de próstata no período de até 02 anos.

Em seguida, procurei cadastrar no Aplicativo de Gestão para Hospitais - AGHU - do referido hospital para colocar o número do prontuário encontrado no Mapa Cirúrgico, para, assim, localizar os dados dos usuários contidos no prontuário, porém o sistema não registrava esses prontuários específicos dos homens diagnosticados com câncer de próstata.

Diante desse impasse, refiz a trajetória e, através do Mapa Cirúrgico da Urologia, localizei o contato desses homens. De posse dos números de telefones destes, comecei a fazer contatos para agendamento dos encontros, considerando que em estudos fenomenológicos não se estabelece um quantitativo, mas busca-se a essência do que se mostra, portanto o número de participantes não foi predeterminado (BOEMER, 1994).

Nesta situação, foram elencados quarenta homens que receberam diagnóstico de câncer de próstata, acompanhados no ambulatório da urologia desde ano de 2012. Dentre esses, consegui fazer contato com somente quinze homens, pois não foi possível localizar os números de telefone dos restantes.

4.4 Encontro fenomenológico

A entrevista foi aberta, por ser uma maneira do pesquisador adentrar na verdade mesma, seja ela qual for, sem falseamento ou deslize, sem preconceito ou impostura. Além disso, estabeleci uma relação empática com o intuito de estar num clima descontraído e possibilitador de um diálogo (CARVALHO, 1991).

Para tanto, reduzi meus pressupostos a partir do meu pré-reflexivo em busca da compreensão existencial do fenômeno, valendo-me das seguintes questões norteadoras (Apêndice A): Como você compreende o seu cuidado com a próstata? Como é, para você, ter vivido o câncer de próstata? Somente foram utilizadas outras perguntas durante a entrevista quando houve necessidade de facilitar ou auxiliar a continuidade do depoimento. Essas perguntas foram as seguintes: Gostaria de falar mais alguma coisa sobre o assunto? Gostaria de dizer mais alguma coisa?

Durante o encontro, estive atenta ao modo de se mostrar do homem entrevistado, captar o dito e o não dito, observando o silenciado, os gestos, as reticências e as pausas, e respeitando o espaço e tempo do outro. Para registrar essas observações, utilizei o diário de campo, que permitiu registro de determinados significados que não emergiram nas falas dos homens, que não foram captados por gravação, pois, segundo Minayo (2008) esta uma forma de enriquecimento da pesquisa, pois proporciona percepção direta.

Antes de proceder à coleta dos depoimentos, foi explicado a cada um dos homens participantes a pretensão de fazer essa pesquisa. Foi lido e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), solicitando que assinassem o documento autorizando o registro dos seus depoimentos, garantido o anonimato e esclarecido que se trata de uma pesquisa de risco mínimo, pois seria apenas um depoimento respeitando sua privacidade.

A partir do contato pessoal com os homens participantes, eu confirmava a disponibilidade, concordância e agendava a data da entrevista. O local das entrevistas variou de acordo com a disponibilidade e opção do entrevistado. Foram realizadas as entrevistas na sala de estudos do hospital de ensino e também nas residências dos entrevistados. Então, percorri bairros da cidade de Juiz de Fora e fui ao encontro de alguns homens em cidades vizinhas.

Nos encontros realizados, de forma amistosa e com as questões norteadoras feitas de forma aberta, em uma linguagem compreensível para aos homens, intencionalmente deixei-os que falassem livremente do fenômeno vivenciado, cujo significado se encontra na própria experiência de vida. Para garantir o anonimato, optei por utilizar codinomes, numa forma de representar o universo masculino. Sendo assim, escolhi apresentar nomes dos participantes através de personagens da mitologia grega.

4.5 Historiografia

<p style="text-align: center;">AGAMEMNON</p> <p>Idade: 49 anos Profissão: Agente Penitenciário Escolaridade: 2º grau completo Histórico de doença: Nenhuma Data do Diagnóstico: Março 2014</p>	<p style="text-align: center;">AQUILES</p> <p>Idade: 70 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 2º grau completo Histórico de doença: Hipertensão Arterial Data do diagnóstico: Outubro 2013</p>	<p style="text-align: center;">HEITOR</p> <p>Idade: 70 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: Fundamental Completo Histórico de doença: Nenhuma Data do diagnóstico: Julho 2013</p>
<p style="text-align: center;">MENELAU</p> <p>Idade: 55 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 1º grau ensino médio Histórico de doença: Hipertensão Arterial/ Diabetes Data do Diagnóstico: Julho 2013</p>	<p style="text-align: center;">ODISSEU</p> <p>Idade: 62 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 4º série Histórico de doença: Nenhuma Data do Diagnóstico: Dezembro 2013</p>	<p style="text-align: center;">JASÃO</p> <p>Idade: 70 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 3º série Histórico de doença: Nenhuma Data do Diagnóstico: Outubro 2013</p>
<p style="text-align: center;">PERSEU</p> <p>Idade: 70 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 4º série Histórico de doença: Hipertensão Arterial Data do Diagnóstico: Junho 2013</p>	<p style="text-align: center;">TESEU</p> <p>Idade: 72 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: Nível Superior Completo Histórico de doença: Nenhuma Data do diagnóstico: Novembro 2013</p>	<p style="text-align: center;">HÉRCULES</p> <p>Idade: 67 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 8º série Histórico de doença: Hipertensão Arterial Data do Diagnóstico: Fevereiro 2014</p>
<p style="text-align: center;">DEUCALIÃO</p> <p>Idade: 70 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 4º série Histórico de doença: Hipertensão arterial Data do Diagnóstico: Dezembro 2012</p>	<p style="text-align: center;">ÉDIPO</p> <p>Idade: 58 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 2º grau completo Histórico de doença: Diabetes Data do Diagnóstico: Julho 2014</p>	<p style="text-align: center;">AGENOR</p> <p>Idade: 54 anos Profissão: Lanternagem Escolaridade: 5º série Histórico de doença: Hipertensão Arterial Data do Diagnóstico: Julho 2014</p>
<p style="text-align: center;">BELEROFONTE</p> <p>Idade: 70 anos Profissão: Aposentado Escolaridade: 4º série Histórico de doença: Hipertensão Arterial Data do Diagnóstico: Outubro 2013</p>	<p style="text-align: center;">AJAX</p> <p>Idade: 51 anos Profissão: Cozinheiro Escolaridade: 5º série Histórico de doença: Nenhuma Data do Diagnóstico: Novembro 2013</p>	<p style="text-align: center;">CADMO</p> <p>Idade: 59 anos Profissão: Motorista Escolaridade: 2º grau completo Histórico de doença: Nenhuma Data do Diagnóstico: Janeiro 2014</p>

Fonte: Distribuição dos participantes segundo historiografia. Dissertação: Ser-aí-homem-após-o-diagnóstico-de-câncer-de-próstata: possibilidades de cuidado em Saúde do Homem. Carvalho & Salimena, Juiz de Fora. 2015.

Para me preparar para o encontro e desvelar o sentido do vivido do ser-homem após o diagnóstico de câncer de próstata, utilizei da suspensão proposta pelo ato filosófico da redução de pressupostos, preconceitos e pré-julgamentos que, segundo Capalbo (1994), inaugura possibilidade de mostrar a essência do fenômeno, colocando a consciência natural e imediata entre parênteses.

A primeira suspensão de pressupostos aconteceu quando fui ao encontro desses homens, procurando manter relação de empatia para conseguir apreender todos os significados do seu vivido. Desta forma, estava apreensiva quanto à melhor maneira de abordar esses homens. Preocupou-me o fato de eles não contarem todo o seu vivido para mim, por ser uma questão tão inerente ao ser homem, portanto tive que procurar a melhor maneira de adentrar no seu vivido.

Para estabelecer essa relação empática, procurei ser receptiva no encontro, mantendo uma atitude aberta ao sorrir, apresentar-me como profissional de saúde e demonstrar interesse em conhecer a sua existência. Para isto, abandonei as ideias preconcebidas, procurando compreender o outro em sua particularidade. Desta maneira, consegui com que esses homens fossem abertos, sinceros e empáticos, tornando as entrevistas bem produtivas e emocionantes.

Após cada entrevista, permanecia próximo aos seus domicílios, a fim de anotar todas as informações que poderiam colaborar para posterior análise. Expressões de negação, indiferença, vergonha e choro, muitas vezes, foram registradas. Fizeram-me parar para refletir a respeito do homem diante de uma doença que escancara sua fragilidade e sentimentos de uma série de questões essenciais para ele. Cada história me proporcionava uma nova singularidade desses homens e reduzia pressupostos gerados pela construção do gênero masculino.

Destaco duas situações que me chamaram atenção: a figura feminina presente na fala dos homens, seja esposa, irmã, mãe ou filha, pois todos reportaram ao cuidado que receberam dessas mulheres. Como também, entre os quinze contatos realizados, todos concordaram em participar da pesquisa e dentre estes quinze homens, sete são portadores de hipertensão arterial, um portador de Diabetes, mas nenhum deles mencionou os cuidados a esta condição.

A segunda suspensão ocorreu na redução fenomenológica ou epoché que

acontece no primeiro momento metódico de análise dos significados, descrição dos fenômenos vividos pelos entrevistados e sua historicidade. Realizei uma leitura atenta das entrevistas, mediante a suspensão de pressupostos, a fim de compreender os significados expressos pelos homens, sem impor categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático. Seguiu-se o exercício de destacar (sublinhar) as estruturas essenciais (significados) expressas nas transcrições dos depoimentos (PAULA et al., 2012).

A cada leitura dos depoimentos, voltava-me à questão inicial deste estudo no sentido de alcançar os significados em suas falas: o vivido do homem após o diagnóstico de câncer de próstata. Assim, foram constituídas as Unidades de Significação (US) para realizar a compreensão vaga e mediana.

E, por último, a terceira suspensão denominada de redução eidética que acontece no segundo momento metódico de análise dos sentidos do vivido destes homens. Utilizei como fio condutor a compreensão do vivido do homem após diagnóstico de câncer de próstata, que determina a compreensão interpretativa, buscando desvelamento dos sentidos do ser (PAULA et al., 2012).

5 ANÁLISE COMPREENSIVA

"A prática de pensar a prática é a melhor maneira de pensar certo"
Paulo Freire

A análise proposta por Martin Heidegger compõe-se de dois momentos metódicos descritos no seu livro *Ser e Tempo*: a análise compreensiva denominada compreensão vaga e mediana e a compreensão interpretativa ou hermenêutica.

No primeiro momento, procurei apreender os significados atribuídos pelos depoentes à sua vivência, em seu mundo próprio existencial, mediante a intersubjetividade entre pesquisador e sujeito da pesquisa, como pensam, percebem, sentem e se comportam na cotidianidade. Essa significação corresponde à dimensão ôntica do fenômeno denominada por Heidegger de compreensão vaga e mediana.

No segundo momento através das Unidades de Significados, buscou-se interpretar o que se encontra oculto, desta maneira desvelando sentidos desse vivido, denominada dimensão ontológica do fenômeno, desencadeando o segundo momento metódico, a análise interpretativa ou hermenêutica.

5.1 Historicidade dos homens e o encontro com seu "quem"

A historicidade como um modo de ser do Dasein, como um ser existencial, é feita por meio do questionamento do "quem" para configurar o desvelamento do ser-aí-após-diagnóstico-de-câncer-de-próstata. Desta maneira, a partir do encontro e da aproximação com cada homem, captando as características que compõem sua o questionamento do seu "quem" surgiu suas historicidades.

Agamemnon, acompanhado de sua mulher, perguntou se ela poderia acompanhar a entrevista. Deixei que ele escolhesse, então ela entrou junto com ele na sala de estudo do referido hospital. Agamemnon demonstrou que valoriza a família e amigos, coloca o apoio deles como fundamental para o momento em que atravessou a doença, principalmente da esposa. Sobre o caminho para o cuidado da doença, relatou que não tinha preocupação nenhuma, não sentia dor e que, em um exame de rotina, descobriu a doença. Explicou as dificuldades que teve de usar

a sonda vesical durante o período de 15 dias após a cirurgia, que não gostava de olhar para ela, sentia que estava fedendo a urina, que foi um alívio retirá-la. Relatou a importância do controle da mente, que o ajudou a se preparar para as consequências da cirurgia. Ao relatar a experiência de usar fralda, em um clima de descontração, falou das variedades disponíveis no mercado e que gostava daquelas que ficam mais justinhas ao corpo e que no momento não precisa usar as fraldas, porém ainda faz uso de absorventes para evitar constrangimento, caso não consiga segurar a urina. Ao falar sobre ereção, ficou tenso, olhou para os lados mostrando desconforto ao falar sobre o assunto e citou o apoio da esposa como fundamental. Falou do acompanhamento para evitar que a doença se espalhe e que espera estar livre daquilo. Ao terminar a entrevista, conversamos mais alguns minutos, ele mencionou que não mora em Juiz de Fora e que retornaria para sua cidade.

Aquiles disse ao telefone que preferia encontrar comigo pessoalmente no Hospital. Marcamos de nos encontrar para a entrevista na sala de estudo disponível no hospital. Após explicar-lhe sobre a entrevista, logo me disse das dificuldades que atravessou para conseguir consulta e tratamento pelo SUS, principalmente para o homem que trabalha e não tem tanto tempo disponível para ir na consulta médica. Durante o depoimento, desviou o olhar ao relatar sobre a incontinência urinária. E relatou que o homem é criado para não se preocupar com a saúde, então busca os serviços de saúde através de suas esposas e que não dava muita importância para a prevenção. Porém, se tivesse feito exames mais cedo, talvez tivesse sido favorecido no tratamento, que precisa se cuidar e continuar o tratamento após as consequências advindas da cirurgia.

Heitor teve dificuldade de escutar, quando entrei em contato pelo telefone, pois perdera um pouco da audição devido à exposição sonora em seu antigo trabalho. Conversei com sua filha que me passou o endereço e disse que Heitor poderia me receber. Heitor mora em uma cidade vizinha de Juiz de Fora, casa simples, arejada, com muitas plantas de variadas espécies. Heitor me aguardava em sua sala. Logo me recebeu com aperto de mão e disse que estava a minha espera. Perguntou se a esposa e a filha podiam ficar ao seu lado durante a entrevista, e eu disse que, se ele quisesse, assim seria. Durante o depoimento, não tive problema para me comunicar com Heitor, pois pessoalmente ele escutava

melhor minha voz. Emocionado e com tom de voz forte, relatou que nunca tivera orientação a respeito do câncer de próstata. Percebeu que algo estava errado quando apareceu sangramento na região anal, teve então diálogo com a família e procuraram o médico. Disse que passou por vários médicos até ter diagnóstico confirmado de câncer de próstata. Essa procura foi demorada, pois dependia das consultas do SUS. Então, precisou da ajuda da família, dos filhos especialmente para pagar consulta e exames e adiantar o processo de detecção. Após o final da entrevista, Heitor ofereceu cafezinho, disse que não queria e explanou sobre a falta de informação sobre a doença que o prejudicou e que ainda segue com acompanhamento. Com expressão triste, relatou que está preocupado com os resultados dos próximos exames. Sua família se despediu e me desejaram sorte no trabalho.

Menelau logo demonstrou atenção para me receber em sua residência. Recebeu-me em sua sala, e os outros membros da família estava em outros cômodos. Durante o depoimento, ao falar da descoberta do câncer de próstata, sua expressão facial variava, emocionado e ao mesmo tempo se segurando para não expressá-la. Após terminar a entrevista, relatou as dificuldades de marcação de consultas no SUS, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, que demoram a dar retorno dos encaminhamentos feitos para especialidade de urologia. Também disse do acesso aos serviços de saúde que coincidem com horário de trabalho e que, quando marcam uma consulta, esta é no mesmo horário do serviço e não tem como às vezes conseguir autorização para sair do trabalho. Reportou a dificuldade da relação sexual, desviando o olhar para o chão quando falava. Desde a cirurgia faz o uso do Viagra e relatou que não é a mesma coisa. Segue satisfeito, pois deu a volta por cima, e disse que hoje está mais tranquilo em relação à doença e que o resto chega no lugar com o tempo. Agradei sua participação e seu relato, e ele novamente me agradeceu e disse que estaria a disposição para outra entrevista.

Odisseu, ao atender meu telefonema, demonstrou estar totalmente disponível para a entrevista. Ao chegar em sua residência, fui recebida por ele e sua esposa. Ela nos deixou a sós na sala para que pudesse fazer a entrevista. Após o depoimento, falou da importância dos exames de prevenção serem feitos anualmente. E contou o caso que lhe chamou a atenção quando estava internado, acerca de um homem que não sentia nenhum sintoma da doença, deixou passar e

a doença já estava avançada. Quando terminamos, sua esposa chamou-nos para tomar café na mesa pronta que ficava atrás da sala. Conversamos mais um pouco sobre outros assuntos. Ao se despedir, desejaram sorte e sucesso no trabalho.

Jasão recebeu-me em sua casa e me recepcionou com um forte aperto de mão e chamou com toda alegria para iniciarmos a entrevista na sala. Apresentou-me sua filha e neta, as quais logo em seguida se retiraram. Durante o depoimento, relatou que todos os anos fazia a prevenção do câncer de próstata, porém, depois que os resultados foram negativos, ele parou de fazer os exames. Contudo começou a sentir barriga pesada e não urinava. Ao procurar o médico, este pediu os exames para próstata e constatou a doença. Neste momento, mostrou-se aborrecido e relatou que sentiu medo pois nunca havia operado. Porém, relatou que a equipe médica o tratou muito bem e o tranquilizou. Após finalizar o depoimento, continuou a elogiar a equipe médica e os profissionais de saúde que o atenderam no hospital durante a cirurgia. Com sorriso no rosto me agradeceu pela oportunidade da entrevista e nos despedimos com abraço e desejo de bem estar.

Perseu estava me aguardando na sala, junto de sua irmã que o acompanhou durante todo o tratamento. Ao iniciar o depoimento, disse que deixou de fazer os exames devido ao seu machismo e descobriu o câncer de próstata em estágio bem avançado. Reportou ao tratamento cirúrgico, sessões de quimioterapia e radioterapia. Ao finalizar a entrevista, disse que está na fase final da radioterapia, porém satisfeito, porque por pouco não precisou retirar parte do intestino e fazer uma ostomia devido ao avanço do câncer. Hoje ele consegue fazer suas atividades diárias. Disse do apoio das irmãs, que foram sua força. Logo sua irmã me ofereceu para tomar um café. Agradei seu depoimento, conversamos sobre a vida e as surpresas que ela nos proporciona, e ele disse que temos que viver dia após dia com alegria no coração e fé em Deus.

Teseu recebeu-me em sua residência com toda atenção e respeito. Ao iniciar a entrevista, disse ser um homem cuidadoso com sua saúde, fazia os exames anualmente e que, quando acusou o câncer de próstata, ele se espantou. Após o término da entrevista, elogiou os profissionais da saúde que cuidaram dele no hospital e disse com sorriso no rosto: “hoje já não tenho nenhum problema mais”.

Hércules e eu marcamos a entrevista, após telefonema no mesmo dia. Ele

me aguardou na porta de sua residência. Nossa entrevista ocorreu na sua sala, um ambiente arejado e calmo. Relatou que realizava periodicamente o exame de PSA e que os resultados eram normais, porém quando foi feito o toque é que acusou a alteração. Neste momento, sua expressão facial mudou, principalmente ao falar da necessidade da cirurgia. Teve que enfrentar o tratamento cirúrgico, porém os médicos o tranquilizaram e tudo ocorreu bem. Após finalizar a entrevista, ele me mostrou fotos dos seus filhos e disse do orgulho do caminho que eles estavam traçando e que isso era a maior riqueza da sua vida. Logo, chegou sua esposa de uma caminhada. Conversamos por mais alguns minutos, eles queriam que eu tomasse café, porém agradei pela atenção e disponibilidade da entrevista. Ele levou-me até a porta e se despediu com sorriso no rosto.

Deucalião e sua esposa foram me receber na porta do prédio e, ao chegar na sala, Deucalião me deu um aperto de mão e me chamou para sentar. Perguntou se sua esposa poderia ficar presente durante a entrevista, e eu concordei. Durante o depoimento, relatou sua luta contra o câncer em tom de voz desanimado. Disse que após a cirurgia teve que iniciar a radioterapia e que terá de fazer novos exames para saber se o câncer está curado, caso não esteja, terá que partir para novos tratamentos. Demonstrou alívio ao dizer que a doença não atingiu outras partes do corpo como osso, pulmão. Porém, revoltou-se ao dizer que o câncer é uma doença ingrata. Mencionou medo e revolta ao relatar dificuldades de consulta no SUS. Seu medo é de precisar internar e não ter vaga. E também que depende dos medicamentos disponíveis pelo SUS. Neste momento estava com tom de voz alterada ao dizer que tem pessoa que não precisa pegar o medicamento e quando ele precisa está em falta. Tristeza com a desigualdade foi revelada. Após finalizar o depoimento, disse da infecção hospitalar que teve durante o tratamento cirúrgico e teve que ficar mais dias internado no hospital. Com olhar triste disse: “Pensei que nunca mais iria voltar a andar”. Conversamos sobre o futuro e sobre os sonhos, que a vida tem seus obstáculos. Despedimo-nos, desejei sorte no tratamento, e ele me desejou sucesso no trabalho.

Édipo recebeu-me em sua residência e foi logo me perguntando detalhes da entrevista, leu sozinho todo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitou participar da pesquisa. Durante depoimento, demonstrou indiferença quanto aos exames de prevenção do câncer de próstata, pois somente procurou o médico

quando foi mudar de cidade para ficar com sua filha. Precisou fazer uma bateria de exames e dentre essas estava PSA e toque, e, assim, constatou a doença. Expressões faciais eram de naturalidade ao reportar o vivido com a doença, porém fechou os olhos ao falar do momento cirúrgico. Após entrevista, conversamos sobre a enfermagem e ele relatou nenhuma presença de enfermeiros durante seu tratamento e nem após a cirurgia, que esteve somente em contato com os médicos. Elogiou este estudo e disse da importância de reforçar o exame de prevenção para o câncer de próstata no homem, pois o machismo é grande e muitos não querem fazer o exame de toque. Agradei sua colaboração e elogio. Reforçou a importância do impacto desta pesquisa.

Agenor e sua esposa me receberam na sala e ele pediu permissão para que a esposa ficasse durante o depoimento. Ao começar o relato, disse o quanto foi difícil para ele descobrir o diagnóstico de câncer de próstata. Demonstrava ansiedade ao relatar e reafirmava que sem ajuda da família talvez não conseguisse atravessar o momento. Segurava as duas mãos e manteve cabeça abaixada quando disse da falta de ereção, expressão de medo e temor ao dizer que os médicos disseram da possibilidade da impotência sexual. Após finalizar o depoimento, continuou relatando a dificuldade de lidar com a falta de ereção, disse que não teve presença e conforto de conversar com nenhum profissional de saúde. Ficamos alguns minutos conversando sobre o assunto, juntamente com sua esposa. Ao finalizar, relatou o quanto gosta de praticar esportes, de aproveitar a vida, mas o impasse da sexualidade o afligia. Despedimo-nos, agradeceu pela entrevista, desejou boa sorte na pesquisa e que esta possa dar visibilidade a muitos outros homens da importância da prevenção e do cuidado com a saúde.

Belerofonte encontrou-se comigo na casa do seu filho. Sua nora nos deixou à vontade na varanda dos fundos da casa para o depoimento. Ao realizar entrevista, manteve as expressões faciais com naturalidade. Ao relatar seu vivido, disse do incômodo de receber diagnóstico de câncer de próstata, porém entregou nas mãos de Deus. Ao se despedir, ele agradeceu com aperto de mão.

Ajax chamou-me para entrar na sua casa e iniciar a entrevista na sala. Ao iniciar o relato do seu vivido, primeiramente demonstrou certo desconforto, disse sobre a preocupação com câncer. Só após este momento, não conseguia expressar mais palavras e se desdobrou em um momento de longo choro e

silêncio. Minha ação foi de colocar as mãos em seu braço e dizer que ele pudesse falar quando estivesse preparado. Esse encontro foi de extrema emoção, pois Ajax não conseguiu se expressar por palavras e sim através de sua emoção. Após desligar o gravador e encerrar a entrevista, ele disse que luta contra o câncer de próstata há anos, pois havia espalhado para bexiga e intestino. Teve que fazer uma ostomia. Relatou a presença do enfermeiro, que o ensinou a fazer a troca da bolsa e cuidar dessa ostomia, e elogiou a equipe médica do Hospital de Ensino. Foi um encontro emocionante, fiquei tocada pela sua história e sua sensibilidade. Em um momento de descontração, ele disse que estava animado com a viagem que iria fazer para praia, pois não ia há anos. Desejei boa viagem e agradei pela disponibilidade em participar desse estudo.

Cadmo apresentou-me para sua família e depois disse que na varanda poderíamos conversar calmamente. Ao iniciar a entrevista, disse que nunca se preocupou em tomar medidas de prevenção para doença alguma e que, ao descobrir que estava com câncer de próstata, não levou choque algum. Enquanto me dizia, ele preparava um cigarro de palha. Ao terminar o depoimento, conversamos durante algum tempo. E me chamou atenção o fato de ele dizer da necessidade das pessoas de encarar o câncer como uma doença natural da vida, necessidade de desmitificar o medo e pavor em torno da palavra câncer, pois doença não é forma de punição de pecado. A conversa foi bem agradável. Logo em seguida, despedimo-nos e me desejou sucesso no trabalho, reforçando a importância de desmitificar o medo das pessoas em torno do câncer.

Através de sua historicidade, os homens revelaram subjetividades e intersubjetividade durante o encontro. A construção da análise da historicidade anuncia o fenômeno ao considerar o vivido do homem em seu cotidiano, reforça o ser-ai-após-diagnóstico-de-câncer-de-próstata, sustentando a construção das Unidades de Significado.

5.2 Compreensão vaga e mediana: Significados do vivido do homem após diagnóstico de câncer de próstata

Durante a redução fenomenológica ou epoché, através das manifestações que revelavam o fenômeno, busquei aproximar-me do mundo do outro, construindo

as Unidades de Significado.

Sendo assim, ao expressarem o seu vivido com câncer de próstata, os homens significam que:

US 1 : Não tinham preocupação com a próstata, não sentiam nenhuma dor, não valorizam os exames, ficam com medo e surpresos.

US 2: A cirurgia para a retirada da próstata, uso da sonda, ficam com incontinência urinária, a questão ereção, mas graças a Deus está tudo sobre controle e continuam tratamento com radioterapia.

US 3: Valorizam fazer os exames, não ter medo, deixar o machismo de lado, de não ter vergonha e preconceito, cuidado com câncer e graças a Deus.

5.2.1 Unidade de Significado 1 - Não tinham preocupação com a próstata, não sentiam nenhuma dor, não valorizam os exames, ficam com medo e surpresos.

"Antes de descobrir, não tinha preocupação nenhuma, não sentia nenhuma dor, não sentia nada." (Agamemnon)

"Eu nunca esquentei cabeça com isso não, eu nunca tomei nenhuma iniciativa no sentido de evitar o câncer, e nenhuma doença, eu sempre vivi normalmente não só na próstata em si, mas nas doenças em gerais, talvez eu achava que nunca ia ter isso." (Cadmo)

"porque eu não sentia nada, mas daí um mês antes chegava aqui e falava com ela, eu estou com uma dor aqui na barriga, por baixo uma dorzinha, daí ela falava isso é gás, e daí foi passando, foi passando, foi passando, até que um médico aqui pediu uns exames aqui para mim no posto e aí já foi descoberto e foi na semana que já fui para operar, que já estava estourando, já tava morto e não sabia." (Perseu)

"Bom, eu por sinal nem dava muita importância, depois do caso acontecer, que gente vê importância da pessoa procurar

fazer o exame o mais cedo possível.” (Aquiles)

“não sentia nada assim de perturbar eu assim não, perguntaram o que eu sentia, eu não sentia nada não, só os exames que detectou.” (Odiseu)

“Tem que aceitar, surpresa para gente porque quando fiz o exame não acusava nada, daí quando fiz exame de toque foi aí que descobri que estava com esse problema.” (Hércules)

“olha, eu não valorizava muito esses exames de precaução não, tipo exame de toque, exame de PSA, simplesmente fazia por obrigação para não falar que não fazia nada, sabe, fazia só exame de toque mesmo assim de vez em quando, fiquei anos, fiquei 5 anos sem fazer exame de toque e exame de PSA, ano passado devido uma ferida que apareceu no meu pênis.” (Édipo)

“porque ainda mais depois que descobri que tinha o problema aí fiquei mais preocupado, mas preocupação mesmo, igual no meu caso já tem vários anos que eu faço o exame de PSA, você sabe que muitos anos ou mais eu não faço exame de toque, ia no hospital da Grama lá e os caras nunca fizeram exame de toque e o PSA ficou alto me passou uns comprimidos lá, uma coisa que acho que só complicou, não ajudou em nada, mas o toque não foi feito comigo, entendeu durante todo tempo de tratamento, tem anos que faço só o PSA.” (Menelau)

“para mim não é bom a gente ter uma notícia dessa, a gente sempre fica pessimista, meio sem esperança de curar uma doença ingrata e com câncer você não sabe se vai curar ou não.” (Deucalião)

“a gente fica triste, também porque a gente não sabe o resultado desse problema da próstata se a gente tem retorno ou não, daí a gente fica na dúvida.” (Heitor)

“a gente fica com medo, nunca tinha operado, nunca fiz operação, foi a primeira, a gente fica com medo.” (Jasão)

“olha, no início, para mim foi meio surpresa, eh quando causou isso para mim foi um espanto.” (Teseu)

“porque foi muito difícil para mim, eles falam que homem não chora, chora mas chora mesmo, que é uma cratera que abre a nossa frente, é uma cratera sem fundo, então foi muito difícil.”
(Agenor)

“fiquei incomodado, não saberia o que poderia acontecer.”
(Belerofonte)

“para mim foi um baque, fiquei preocupado e tudo.” (Ajax)

Ao significar o seu vivido após o diagnóstico de câncer de próstata, os homens relatam que não tinham preocupação, não davam importância, não tiveram iniciativa de evitar por que acharam que isso nunca aconteceria, não sentiam nada, nenhuma dor, descobriram a doença porque os exames detectaram. Por outro lado, houve situações em que sentiram dor e foram procurar o médico.

Também não “esquentavam a cabeça” para evitar o câncer e nenhuma outra doença e, quando descobriram, já tinham que operar porque a doença estava estourando, não valorizam o exame de toque, exame de PSA e precaução do câncer de próstata, faziam estes exames por obrigação. E realizavam só exame de toque, mesmo assim de vez em quando e ficavam anos sem fazer exames novamente.

Porém houve relatos de só fazer o exame de PSA, e por anos não fizeram o

exame de toque. E, quando descobrem o diagnóstico, ficam preocupados.

Quando descobrem a doença, não gostam da notícia, ficam meio pessimistas, sem esperanças de curar a doença, de não saberem os resultados do problema da próstata, ficam tristes e com dúvidas. Também relatam medo, pois alguns nunca tinham operado, falam de espanto, surpresa, choro, dificuldades, preocupação, baque e incômodo.

5.2.2 Unidade de Significado 2: A cirurgia para a retirada da próstata, uso da sonda, ficam com incontinência urinária, a questão da ereção, mas graças a Deus está tudo sobre controle e continuaram com tratamento com radioterapia

“o médico disse que “a única coisa que te aconselho é a retirada radical da próstata” para não ter que ficar naquele lenga-lenga de tratamento essas coisas (...) para tirar a sonda eu tinha medo, achava que ia doer e não doeu, foi alívio, minha esposa estava presente na hora, falou que mudei até de fisionomia na hora que tirei a sonda [...] mas depois vem as consequências que é incontinência urinária, mas aí depois você faz uma fisioterapia, no início não tem jeito, (...) você vai mesmo usar fralda (...) e também fiz uso do absorvente [...] na questão da ereção (...) minha preocupação agora é minha doença. O que adianta eu ter ereção e não ter saúde, ter ereção e morrer daqui dois dias ou três dias, ter ereção e ter que estar fazendo radioterapia, porque a coisa espalhou para outros lados? Então, é importante a família, os filhos, os amigos.” (Agamemnon)

“só os exames que detectou, aí depois você vai fazer uma cirurgia daí vai mandar você para Juiz de Fora ou para onde você quiser.” (Jasão)

“nos fizemos a biópsia e aí acusou o início e onde foi preciso

fazer a cirurgia, necessário fazer a cirurgia (...) e apos cirurgia fiz dois exames de PSA e deu baixíssimo e segundo o médico graças a Deus não tem nenhum problema mais.” (Teseu)

“falou que deveria operar tirar a próstata e foi o que nós fizemos (...) como consequência disso, eu fiquei com um pouquinho de incontinência urinária, mas vou ver se começo agora fazer fisioterapia.” (Édipo)

“usei sonda 15 dias, sabe, depois voltei a Juiz de Fora, para tirar a sonda (...) e acabou que me deu infecção de urina, entendeu, daí ela chamou médico aqui ele receitou uns antibióticos (...) eu continuei mesmo fazendo radio, fazia radio lá em Juiz de Fora, 35 vezes eu fui lá.” (Perseu)

“foi preciso tá usando fralda muito tempo, foi preciso uns 3 meses, hoje eu não uso, não preciso usar porque urina tá controlada e a outra revisão está para fazer agora em janeiro.” (Heitor)

“hoje eu esteja um pouco mais assustado do que antes, do que no princípio, não sei se é porque estou vivendo o problema ainda da situação, estou tomando consciência da situação, hoje eu tô bem mais assim impaciente, estou tendo pouco mais de dificuldade em viver isso aí, mas estou procurando enfrentar, sei que não adianta eu desesperar, tem que procurar viver e confiar nos médicos nos tratamentos.” (Aquiles)

“a me senti assim, fiquei meio assustado, ih muita gente falou assim, você não vai ser homem, acabou a vida.” (Menelau)

“mas graças a Deus deu tudo certo, deu tudo normal e não tem nada assim, falar coisa pior, mas graças a Deus está tudo

sobre controle." (Odisseu)

"só teve probleminha que quando fui no hospital para retirar a sonda, peguei uma infecção e só isso, fiquei internado mais 21 dias, tomei antibiótico de 4 em 4 horas na veia e oral aqui em casa mais 21 dias (...) a operação foi bem, agora vou esperar após radioterapia, fazer outro PSA para ver se não tem mais nada e se existir tem que partir para outro tratamento que essa já não adianta mais é só 35 mesmo e daí terei que fazer outro tipo de exame mesmo, assim me falaram, é isso." (Deucalião)

No vivido do homem após diagnóstico de câncer de próstata, relatam que foi necessário fazer a cirurgia para a retirada da próstata, que fizeram a biópsia que acusou o início da doença, onde viu a necessidade de fazer a cirurgia.

Significaram o uso da sonda, tinham medo, achavam que ia doer quando retirasse a sonda. Ficar com a bolsinha do lado sentindo que está com cheiro de urina, fedendo a urina, esvaziar a bolsinha de urina a todo momento e não poder ir a qualquer lugar porque corre o risco de pegar alguma infecção.

Outros relatam que pegaram infecção de urina, tiveram que ficar internado por mais tempo e fizeram uso de antibióticos.

Significam a incontinência urinária como consequência da cirurgia, relatam uso de fraldas e também do absorvente para evitar constrangimentos, porque poderiam ir a uma festa ou o banheiro estar cheio de gente. Consideraram a importância do domínio da mente para controle da urina e da necessidade de fazer fisioterapia.

Destacaram a ereção como importante. Nesta situação, abordam a importância da mente, de estar bem consigo mesmo e do apoio da esposa, tendo paciência, não cobrando, ajudando a buscar soluções para a questão e de se abrir para o médico.

Porém, ficam assustados diante da possibilidade de não ser homem, pois muita gente fala que acabou a vida. Também não sabem o que estão vivendo, estão tomando consciência da situação, ficam impacientes e com dificuldade de viver esta

questão. Tentam enfrentar sem se desesperar, procuram viver, confiar nos médicos e nos tratamentos. Significaram do que adianta ter ereção e não ter saúde, de ter ereção e morrer, de ter ereção e estar fazendo radioterapia, enfatizam a importância da família, amigos e filhos.

Após a cirurgia, relatam nova rotina de exames de PSA, alguns com baixos resultados, o que indica que não teriam a doença. E dão graças a Deus de estar tudo normal e sob controle.

Mas, para outros depoentes, o vivido após o diagnóstico de câncer de próstata envolve outros tratamentos, como necessidade da radioterapia em 35 vezes e que, após a radioterapia, será necessário fazer novos exames de PSA para avaliar se não existe a doença.

5.2.3 Unidade de Significado 3: Valorizam fazer os exames, não ter medo, deixar o machismo de lado, não ter vergonha e preconceito, cuidado com câncer e agradecimento a Deus

“é super importante para o homem, mesmo que não tenha histórico na família fazer os exames necessários e até com menos de 45 anos que foi o meu caso, 40 anos, o exame de toque que todo mundo pensa que é desagradável mas é o mais seguro, é o que dá o diagnóstico bem preciso, depois, não tendo nada ou tendo, tem o PSA, exame de sangue comum, que mede quantidade necessária e aí dando alteração ou não dando (...) você acompanha uma vez por ano e é de suma importância, para com essa besteira de ter medo, vergonha, porque graças a Deus tem esse recurso. A mulher tem o Papanicolau, tem outras situações e o homem infelizmente, vamos falar assim, tem essa situação, mas o médico é tranquilo, não tem constrangimento nenhum e é para sua saúde, o que adianta você ter orgulho e não ter vida (...) só tenho que agradecer a Deus que deu tudo bem e precisa ter medo de nada não, acho que importante é saúde.”
(Agamemnon)

"porque o médico faz toque e PSA com maior respeito, não tem intimidade nenhuma com a pessoa, não precisa ter medo do toque, porque é uma coisa muito rápida, muito mecânica, não tem nada demais(...) o PSA é um exame de sangue, que tira um pouquinho de sangue na veia, no braço e vai para laboratório, sai o resultado e confirmar a impressão do exame de toque e não deixa de fazer não, gente, é super importante (...) ele pega a pessoa até com 40 poucos anos e seria bom com 40 anos já começar fazer exame todo ano de PSA, toque, não faça só PSA, nem faça só toque, faça os dois é importante eh, não precisa ter preconceito nenhum (...) é o seguinte, não é para pessoal se acomodar não porque o negocio é feio viu, esse câncer é um perigo (...) disse que estava no início, estava 3 por 3, graças a Deus acudiu a tempo e cirurgia foi sucesso, ocorreu tudo bem." (Édipo)

"gostaria de aconselhar todos os homens que deixassem o machismo de lado e que façam o exame, o exame de próstata, porque é muito importante fazer e no princípio tudo é fácil, depois complicado tudo (...) eu gostaria, o que eu gostaria não sei se vou conseguir (emocionado) não porque tá difícil, gostaria de agradecer primeiramente a Deus." (Perseu)

"não só lá onde eu trabalho como no campo onde jogo futebol todas manhãs, comento com eles, alguns falam que é vergonha, vergonha é depois quando gente deixar passar e a coisa complica (...) aí que vai pensar que é vergonha não é vergonha não é cuidar antes, tem gente que igual eu, que passa por isso, se puder passar para qualquer pessoa, entendeu, evitar, prevenção, ir ao médico (...) só que aí graças a Deus dei a volta por cima, só que realmente é assustador, só que tirando isso igual agora 1 ano depois da cirurgia, eu tô

bem, tranquilo." (Menelau)

"gostaria o homem tem que parar com esse negócio de machismo (...) então a gente tem que se deixar de ser mais machista entendeu? A gente tem que se cuidar entendeu? (...) "o homem não pode ir ao médico, se a mulher pode ir no ginecologista todo ano, porque o homem não pode fazer o exame da próstata todo ano (...) eu sou uma pessoa muito ansiosa então para mim foi difícil se não é minha família, minha esposa, meus filhos, Deus, entendeu, foi difícil no começo foi muito difícil". (Agenor)

"olha, recomendo primeiro lugar, hoje o homem tem preconceito, primeiro lugar a gente tem que fazer o exame, eles falam exame de toque, exame de sangue, ressonância magnética, tem que fazer, uma vez que pessoa faz descobri antes, se deixar para depois não adianta entendeu, então a pessoa tem que fazer esse exame, procura os médicos entendeu, e procurar diagnóstico do médico para poder tratar (...) você tá vendo a medicina como tá hoje, então aceitei graças a Deus rezando muito, pedindo a Deus." (Hércules)

"ah, eu acho assim quando pessoa chega a idade dele tem que fazer esse exame, e descobrindo no começo, às vezes preconceito o cara vai ficando velho, vai deixando (...) desmitificarem a palavra câncer porque pessoal fica com medo de falar palavra, fica aquele negócio retraído, e a pessoa opera de próstata fala que operou de hérnia porque tem medo daquilo dele ser julgado dele ser condenado, vou ter câncer e tudo, essa palavra, então acho legal isso aí, pessoal profissional de saúde, esclarecimento do governo e da área da saúde para população no sentido de não é um pecado que não é uma coisa de outro mundo, que não é religioso, câncer,

câncer é uma coisa natural, científica, então colocar essa relação." (Cadmo)

"graças a Deus até nesse ponto ele me tranquilizou, então tudo andou conforme deveria encaminhar, ok." (Aquiles)

"graças a Deus eu tô bem, tenho andado bem." (Heitor)

"hoje graças a Deus eu tô feliz, gente fica com medo." (Jasão)

"o segundo exame deu baixíssimo e segundo o médico graças a Deus não tem nenhum problema mais." (Teseu)

"graças a Deus acabei de operar e não tinha atingido osso, nem o pulmão, então ainda tive tempo." (Deucalião)

Os homens, ao significarem seu vivido com câncer de próstata, mobilizam-se para alertar outros homens para o exame preventivo da próstata. Apontam o exame de toque como procedimento simples, seguro, que não é tão desagradável e que os profissionais estão preparados para realização deste exame.

Quanto ao exame de PSA, enfatizaram a coleta de sangue como sendo procedimento mecânico, com resultado rápido, e a necessidade de fazer os dois exames para prevenção. Destacaram a idade como fator necessário de atenção e, a partir dos 40 anos de idade, procurar fazer o exame de PSA e toque.

Significaram o machismo para negação do cuidado da próstata e observaram esse como prejudicial para cuidado da saúde do homem. Relataram que outros homens do ciclo de amizade falam que é vergonha fazer o exame de próstata. Consequentemente, abandonando esse machismo, o homem pode evitar danos maiores da doença, pois o câncer é uma doença de impacto. Correlacionaram o exame de próstata com o Exame Papanicolaou nas mulheres, apontam que elas realizam a prevenção e evidenciaram que homem sente vergonha, medo e orgulho, mas que o que vale é a vida.

Também caracterizaram o preconceito com a realização dos exames e com o cuidado com a sua saúde, reafirmando a necessidade da realização de exames

periodicamente.

Alguns participantes significaram o câncer como um perigo, outros já demonstraram a necessidade de encarar a doença como algo natural da vida, que as pessoas não gostam de dizer a palavra câncer, evitam falar que fizeram cirurgia na próstata por medo de ser julgado e condenado.

Recomendaram que os profissionais de saúde devem esclarecer a população sobre o câncer como algo natural desmitificando o medo em relação ao câncer.

Por fim, os homens colocam que não precisa ter medo de nada, que conseguiram dar a volta por cima, que a doença não se espalhou para o corpo e citam a importância à saúde. Em seus depoimentos, todos direcionam o agradecimento a Deus. Expressaram sua confiança, agradecendo a Deus por auxiliar no momento difícil, por não ter atingido outras partes do corpo, pelo sucesso da cirurgia, tratamento e por estarem bem nos dias de hoje.

5.3 Fio condutor

Através do fenômeno, observa-se o movimento da direção ôntica dos fatos para a dimensão ontológica, pois o fio condutor permite a possibilidade de desvelar o conceito de ser. Desta forma, guiada pelo fio condutor da questão do ser, é possível significar essa compreensão do ser obscura e não esclarecida (Heidegger, 2014).

Ao realizar a compreensão vaga e mediana, foi possível elaborar o conceito do vivido dos homens após o diagnóstico de câncer de próstata

No vivido do homem após o diagnóstico de câncer de próstata emergiu como significado: Não tinham preocupação com a próstata, não sentiam nenhuma dor, não valorizam os exames, ficam com medo e surpresos; A cirurgia de retirada da próstata, uso da sonda, ficam com incontinência urinária, a questão da ereção, mas graças a Deus está tudo sob controle e continuaram tratamento com radioterapia; Valorizam fazer os exames, não ter medo, deixar o machismo de lado, de não ter vergonha e preconceito, cuidado com câncer e graças a Deus.

Portanto este conceito do vivido do homem após diagnóstico de câncer de

próstata, que sustentará a hermenêutica, é a interpretação – segundo momento metódico de análise.

5.4 Análise interpretativa: hermenêutica heideggeriana

A compreensão vaga e mediana apontou os significados expressos pelo ser-aí-homem-após-diagnóstico-de-câncer-de-próstata, interrogando o ente que eles deixaram se mostrar, que são os fatos ônticos, emergido o conceito do vivido construído pelas Unidades de Significado.

Na compreensão de desvelar as facetas deste fenômeno, o estudo em Martin Heidegger propõe através do fio condutor a questão-do-ser. Isto possibilita elucidar alguns sentidos que estavam velados, desta forma parte da vida cotidiana para mostrar os fenômenos ônticos e seus aspectos ontológicos (HEIDEGGER, 2014).

Em sua cotidianidade, o homem se mantém numa realidade contextual, envolvido por situações imprevisíveis ou diante de fatos surpreendentes, independente de sua escolha. Heidegger descreve:

“É manifesto, porém, que cotidianidade se refere ao modo de existência em que a presença se mantém “todos os dias”. Entretanto, “todos os dias” não significa a soma dos “dias” conferidos à presença em seu “tempo de vida”. (HEIDEGGER, 2014, p. 460)

Segundo Heidegger (2014), o homem em seu cotidiano tem como início a facticidade, que é estar lançado em uma realidade que não escolheu sendo presença. Nesta pre-sença, os seres humanos são seres históricos, inacabados, em construção, que explicado pela *temporalidade* se realiza no presente, porém significam o passado e têm desejos e planos para futuro.

O ser-no-mundo se desdobra como um ser-aí presença e ser-com os outros seres humanos, aberto às inúmeras possibilidades de ser. Todo ser humano integrado ao ser-com no mundo possui um contexto particular feito de significados.

Neste processo, o ser-aí-após-o-diagnóstico-de-câncer-de-próstata, ao receber o diagnóstico da doença, está lançado na facticidade, naquilo que não pode ser mudado. Deste modo, demonstra surpresa, pois não esperava ter a doença, não teve a escolha e não podia fugir porque está inerente à situação vivida.

Receber a notícia despertou no ser-aí-homem uma série de sentimentos, pois não se preocupava com a prevenção do câncer de próstata, não sentia dor e nenhum outro sintoma, pensava que nunca iria ter esta doença, como expressado nesta fala: “nunca esquentei com isso não, eu nunca tomei nenhuma iniciativa no sentido de evitar o câncer” (Cadmó).

Desta maneira, no modo de ser na cotidianidade, o homem passa a ser inautêntico e determinado pelo impessoal, no qual renuncia à liberdade e responsabilidade de se determinar e ser si próprio no cuidado com sua saúde.

“O impessoal encontra-se em toda parte, mas no modo de sempre ter escapulado quando a presença exige uma decisão. Porque prescreve todo julgamento e decisão, o impessoal retira a responsabilidade de cada presença”. (HEIDEGGER, 2014, p.185)

Neste modo de ser impessoal, o ser-homem não se importava em fazer os exames preventivos e, quando descobre a doença, esta já está em nível avançado, como expresso nesta fala: “olha, não valorizava muito esses exames de precaução, tipo toque, exame de PSA, simplesmente fazia por obrigação” (Édipo).

O impessoal possui ele mesmo, modos próprios de ser, a tendência de ser-com, que denominamos de afastamento, funda-se no fato de que na convivência o ser e estar um com o outro como tal promove a medianidade (Heidegger, 2014, p.127). Esse modo de ser do homem coloca-se essencialmente no jogo da medianidade, do que se admite como valor, não sentir nenhum sintoma. Portanto, não se deve preocupar em fazer os exames preventivos.

Na verdade, o impessoal não é algo simplesmente dado como a presença. Quanto mais visivelmente gesticula o impessoal, mais difícil é percebê-lo e apreendê-lo. Então, desvela o preconceito com os exames, ao ser-aí relacionar que o médico faz o toque e PSA com respeito, de não ter intimidade, de ser rápido e mecânico.

Neste sentido, o homem dissolve a própria presença no modo de ser e está exposto ao falatório de tudo que se diz a respeito do câncer de próstata. “As coisas são assim como são porque é assim que delas (impessoalidade) se fala” (HEIDEGGER, 2014, p. 232).

Assim, o ser-aí-após-diagnóstico-de-câncer-de-próstata, ao referir o seu

vivido, fala das barreiras para prevenção da doença, destaca as propostas terapêuticas como o procedimento cirúrgico, a radioterapia e recuperação de sua saúde e está exposto ao falatório de tudo que diz respeito a este vivido.

A falação é a possibilidade de compreender tudo sem ter se apropriado previamente da coisa, portanto o ser-homem, ao relatar sobre os preconceitos para cuidar da saúde, não se apropria do que diz como nesta fala: “lá no campo onde jogo futebol todas as manhãs, comento com eles, alguns falam que é vergonha, vergonha é depois quando deixa passar e a coisa complica” (Menelau).

O ser-aí também está exposto ao falatório ao abordar a ereção, a partir do tratamento, no qual toma como conhecido algo que estava falando e apropria-se do dito como uma repetição: quando as coisas são desta forma porque assim o são. Neste conhecimento falado e repetido, mostrou-se assustado. Como nesta fala: “(...) ah me senti assim, fiquei meio assustado e muita gente falou assim você não vai ser homem, acabou a vida” (Menelau).

Segundo Heidegger (2014), o falatório é a possibilidade de compreender tudo sem ter se apropriado da coisa. Quando o ser-homem reportou a incontinência urinária, continua mantendo uma compreensão que não é própria, pois não adquiriu conhecimento sobre o que se expressa: “depois vem a incontinência urinária, mas aí depois você faz fisioterapia, no início não tem jeito, você vai usar a fralda” (Agamemnon).

A falação também rege os caminhos da curiosidade. A curiosidade está em toda parte e em parte alguma. É ela que diz o que se deve ser lido e visto. Esse estar em toda parte e em parte alguma da curiosidade entrega-se à responsabilidade da falação (HEIDEGGER, 2014, p.173).

Demonstraram querer tomar conhecimento sobre a doença, e isso é um modo da curiosidade. O ser-aí dispersa com as possibilidades e com isto não se apropria e reflete as informações que foram recebidas sobre o câncer de próstata, tornando confusa a sua tomada de decisão e conhecimento em relação à doença. Segundo essas falas: “aconselho também não ir em qualquer lugar porque você esta sujeito à infecção”(Agamemnon), “agora fiz a cirurgia e o PSA deu baixíssimo e, segundo o médico, não tem nenhum problema” (Teseu), “o homem infelizmente vamos falar assim tem essa situação, mas o médico é tranquilo, não tem nenhum constrangimento” (Agamemnon).

A partir deste falatório e curiosidade, o homem se movimenta na ambiguidade quando “tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não foi. Ou, então, parece que não foi quando, no fundo, já foi” (HEIDEGGER, 2014, p.175).

Essa ambiguidade confere à falação a aparência de que tudo nela se decide e oferece à curiosidade o que ela busca (Heidegger, 2014). Assim, depois do tratamento, o ser-aí entra nesta ambiguidade revelando quando pensa que aprendeu sobre a importância do cuidado da sua saúde e, no fundo, não aprendeu a ponto de se questionar se começará a fazer a fisioterapia para incontinência urinária. Em outros momentos, comparam a ereção com a saúde: “o que adianta ter ereção. E não ter saúde?” (Agamemnon).

“A ambiguidade da interpretação pública proporciona falas adiantas e pressentimentos curiosos em relação ao que propriamente acontece, carimbando assim as realizações e as ações com selo retardatário e insignificante. Deste modo impessoal, o compreender da pre-sença não vê a si mesmo em seus projetos, no tocante das possibilidades ontológicas autênticas.” (HEIDEGGER, 2014, p. 239)

O falatório e curiosidade são constituintes da ambiguidade. Caracterizam o modo em que o ser realiza cotidianamente a abertura do ser no mundo, na sua conexão ontológica, apresenta-se de um modo fundamental que chamamos de-cadência. A de-cadência indica que a pre-sença perde todo seu poder-ser, sendo encoberto pelo mundo, na relação impessoal (HEIDEGGER, 2014).

Assim, o ser-aí-homem apresentou-se de-caído ao não se responsabilizar pelo cuidado de sua saúde no sentido de prevenir o câncer de próstata. Apresenta-se exposto a todo falatório, curiosidade e ambiguidade de toda proposta terapêutica e de suas consequências, não é ele mesmo, absorvido totalmente no mundo e pelo ser no impessoal.

Heidegger (2014) coloca que a busca pelo encontro de si próprio é impulsionada pela angústia existencial e descreve a angústia como um privilégio do ser-no-mundo que o liberta da inautenticidade do cotidiano. Porém, o ser-aí pode desviar desta compreensão tornando possível o temor que é a angústia imprópria.

Na perspectiva de disposição do temor, o ser-aí, ao receber o diagnóstico de

câncer de próstata, encontra-se ameaçado, sendo expresso por falas como: “gente, fica com medo, nunca tinha operado” (Jasão), “eles falam que homem não chora, mas chora mesmo, uma cratera se abre a nossa frente” (Agenor), “gente fica pessimista, meio sem esperança de curar doença ingrata” (Deucalião).

E o fenômeno temor pode variar surgindo diferentes possibilidades de ser do temer, dependendo da estrutura do encontro daquilo que ameaça. E essa ameaça se distingue em pavor, horror e terror (HEIDEGGER, 2014, p. 202).

O pavor é de início algo conhecido e familiar, mas aproxima de súbito. Heidegger descreve que o pavor abate sobre o ser-no-mundo da ocupação, o medo se transforma em pavor (HEIDEGGER, 2014, p. 202). Desta maneira, ao receber o diagnóstico de câncer de próstata e se deparar com as propostas terapêuticas para a doença, que são fatos conhecidos pelos homens, mas estando no modo de ser impessoal, eles não assumem para si essa possibilidade e ficam espantados com o pensamento de ter câncer. Esses eventos já são familiares, porém os deixam espantados sobre a finitude. De forma pouco refletida, não reconhecem essa realidade como possibilidade deles.

É o horror que se apresenta como algo totalmente não familiar com progressiva aproximação. Heidegger acrescenta que “se, ao contrário, o que ameaça possui o caráter de algo totalmente não familiar, o medo transforma-se em horror” (HEIDEGGER, 2014, p. 202). Após os tratamentos, o ser-aí relata o uso da sonda vesical por determinado período, a incontinência urinária e ereção. Então, vivenciam o horror diante do desconhecido, de não saber lidar com essas questões, além da dúvida da necessidade de continuar outros tratamentos para a doença. Essa experiência reafirma a inautenticidade disposta no cotidiano e acaba por acentuar sentimentos como o medo de ter infecção pelo uso da sonda, a dúvida sobre se a incontinência urinária irá perpetuar e o medo do comprometimento da ereção.

E, se a ameaça vem ao encontro com o caráter de horror e ao mesmo tempo pavor, de súbito o temor se transforma em terror. É a possibilidade de ser um conhecido e outro desconhecido (HEIDEGGER, 2014). Desta forma, o ser-aí-após-o-diagnóstico-de-câncer-de-próstata vivencia receber o diagnóstico e propostas terapêuticas da doença que são fatos conhecidos como cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Porém essas provocam alterações físicas, psíquicas e emocionais,

trazendo sensações do desconhecido sobre o que poderá acontecer de mudanças em seu cotidiano. Portanto desvela-se o terror neste vivido.

Para Heidegger (2014), a análise da totalidade do fenômeno ser-no-mundo o conduz às estruturas do ser-aí, que junto com o ser-no-mundo origina o ser-com. O ser-com é sempre um mundo compartilhado com os outros. Neste movimento, o ser-homem encontra com outros no mundo relacional e através desta compreensão vai construindo as maneiras de estar neste mundo. É deste modo que o ser-homem neste vivido é um ser-com as esposas, amigos e familiares. Nesta nova configuração, emerge um destaque para aproximação do ser-homem com o ser-mulher, possibilitando a vivência de uma abertura para estar-com neste mundo.

Assim, o ser-aí-após-o-diagnóstico-de-câncer-de-próstata enfatiza a importância da figura feminina neste processo, como apoio e reflexão sobre cuidado em saúde. Desta maneira, comparam o Papanicolaou aos exames de próstata: “se a mulher pode ir ao ginecologista todo ano, por que o homem não pode fazer o exame da próstata todo ano?” (Agenor). Compartilha o comportamento feminino, inclusive, como resposta para o próprio desenvolvimento no cuidado da saúde.

E a vivência da busca, do encontro ou do reencontro de si próprio, impulsionada pela angústia existencial, são como desafios que conduzem para vencer dificuldades por determinação de uma tomada de posição autêntica, digna do ser humano.

Heidegger (2014) discorre sobre o fato do ser humano que tende a se perder nesta inautenticidade própria da cotidianidade, diluído numa massa, e renuncia a liberdade de ser si próprio. Porém, ao despertar pelo autoconhecimento, pode se descobrir a si mesmo, tornando transparente e iluminado, onde poder-vir-a-ser conforme os anseios e vontade.

Heidegger (2014) descreve em sua obra *Ser e Tempo* que a angústia é privilégio do ser-no-mundo, que o liberta da inautenticidade que é em si mesmo no comando de suas ações. Através da angústia, pode escolher entre a inautenticidade ou autenticidade, e o caminhar desse movimento de encontros e desencontros, perdas e ganhos, orienta-os e conduz à compreensão do si próprio e de ser como pessoa.

Estar doente não perpassa por uma escolha, mas o modo como enfrentar a doença caberá a cada ser-homem. E neste vivido, permeado pelo impessoal e

inautêntico, o homem não assume para si o cuidado para sua saúde.

Neste sentido, mostra-se sobre o domínio público que é o local de todos e de ninguém, não se percebe sendo dominado pela cotidianidade e repetindo sempre as mesmas coisas (HEIDEGGER, 2014).

O ser-aí diante desta facticidade da cotidianidade faz um movimento de velamento e desvelamento diante do seu vivido com câncer de próstata. Heidegger (2014) diz que o homem, ao ser lançado no mundo, com possibilidade própria, pode-vir-a-ser pro-jeto autêntico autodeterminado por um sentido ou direção própria.

Desta forma, o ser-aí em seu vivido desvela o machismo, preconceito e vergonha que influencia seu comportamento para o cuidado desta doença e reconhece tais aspectos como prejudiciais para o cuidado.

Heidegger (2014) demonstra que a realidade tão fundamental como querer e desejar encontra-se enraizada na cura. O homem, para ser aquilo que, em sua liberdade, pode ser para suas possibilidades mais próprias, é um desempenho da cura e o que dá significado à existência e à vida do homem. Portanto, o ser-aí-após-o-diagnóstico-de-câncer-de-próstata tem a possibilidade de ser livre para exercer a possibilidade de sua existência. É uma busca da autenticidade. Isto pode se apresentar numa antiga fábula:

“Certa vez, atravessando um rio, Cura viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou-lhe um pedaço e começou a dar-lhe forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A Cura pediu para que lhe desse espírito a forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como a Cura quis então dar lhe seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter a proibiu e exigiu que fosse dado nome. Enquanto Júpiter e a Cura disputavam sobre o nome, surgiu a Terra, querendo dar o seu nome, uma vez que teria fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram o Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito, e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém a Cura quem primeiro o formou, ele deve pertencer à cura enquanto viver. “Como, no entanto, sobre o nome da

disputa ele deve se chama Homo, pois foi feito de húmus".
(HEIDEGGER, 2014, p. 266)

Portanto, essa fábula adquire um significado especial, por ver a cura como aquilo que pertence à presença humana enquanto vive. O ser-no-mundo tem a coragem da cura na medida do seu ser (Heidegger, 2014).

O câncer de próstata aponta como ameaça à vida, e o homem busca a força em Deus, transfere a ele a responsabilidade para cura. Transfere a recuperação para a divindade desvelando de-cadência e impessoalidade. No entanto, há circunstâncias em que o ser-aí já aponta em suas falas a responsabilidade e possibilidade pela cura, pela manutenção da vida quando se percebe como ser de possibilidades diante da facticidade.

Os homens enfatizam a importância de abandonar comportamentos machistas, preconceituosos para cuidado da sua saúde e no combate ao câncer de próstata. Para isto, exige-se a necessidade ontológica do homem se voltar para dentro de si, sair do mundo circundante e ir em direção a si mesmo, do cuidado para abrir-se a si mesmo.

Desta forma, o ser-aí-após-o-diagnóstico-de-câncer-de-próstata compreende a importância do cuidado, que no ontológico é a cura, pois o que vale apesar de todos obstáculos é a vida e essa experiência que se abre para um ser-de-possibilidades que transfigura uma nova condição que se contrapõe aos modos como cotidianamente exercitam e vivenciam suas masculinidades, na possibilidades de ser livre para as possibilidades de cuidado de sua saúde em sua dimensão existencial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“É necessário fazer outras perguntas, ir atrás das indagações que produzem o novo saber, observar com outros olhares através da história pessoal e coletiva, evitando a empáfia daqueles que supõem já estar de posse do conhecimento e da certeza.”

Mario Sergio Cortella

Olhando para os passos dados nesta jornada, enquanto uso do tempo, fiz escolhas, uma dentre tantas foi a prioridade deste estudo. Há um tempo comecei, ao mesmo tempo, observo que ainda falta tempo para terminar.

Este estudo não pretende esgotar a compreensão dos fenômenos que circulam o cuidado do homem com sua saúde na abordagem fenomenológica de Heidegger, mas demonstra um olhar aberto às possibilidades de questionamento, compreensão e interpretação.

Neste período, relacionar-se com o pensamento de Heidegger mostrou-me que ele não formula as respostas, mas proporciona a compreensão das possibilidades dos modos de ser que regem as nossas inquietações. Buscar o sentido do ser não é dever fácil, assim como não é fácil buscar o sentido do ser-á-homem inserido neste mundo em que a sociedade influencia seus modos de comportamentos.

O desenvolvimento deste estudo, através da fenomenologia, possibilitou um olhar em direção ao outro, desprovido de pressupostos, no qual deixar o outro se mostrar assim como ele é nos torna mais ternos diante das possibilidades do ser-no-mundo.

Conforme os questionamentos levantados e o objetivo desta investigação, buscou-se a ampliação e aprofundamento do conhecimento sobre o vivido do homem após diagnóstico de câncer de próstata.

Ao penetrar no mundo-vida dos homens, o presente estudo contribui para a compreensão de situações-problema, através das singularidades do seu vivido. Nesta perspectiva, essa investigação buscou desenvolver um novo olhar, procurando compreender o vivido do homem após o diagnóstico de câncer de próstata lançado em sua facticidade. Assim, propôs-se desvelar os sentidos dos modos de se relacionar consigo mesmo e com o outro.

Neste movimento, o ser-aí-homem lançado na facticidade mostrou-se na inautenticidade determinada pelo modo impessoal no impacto da notícia em suas vidas, do medo da doença e suas consequências. Manifesta sentimentos de tristeza, vergonha, pessimismo e choro.

No seu vivido, mostra-se na impessoalidade do seu próprio cuidar, pois não busca a realização da prevenção da saúde, não somente do câncer de próstata, como para outras doenças.

Foi possível mostrar quanto o falatório influencia na cotidianidade, pois fala da vergonha de realizar os exames, do medo do comprometimento da ereção advinda da cirurgia relacionado à finitude da vida e do uso de fraldas na incontinência urinária como parte deste processo. Isso o leva também à curiosidade acerca de tudo que é dito e lido sobre os exames preventivos e a forma como eles são realizados.

Este modo de disposição impede a compreensão sobre os fatos vividos direcionando-os à ambiguidade, em que acreditam que compreenderam a necessidade de cuidado com sua saúde, quando no fundo isso não aconteceu, pois pensam na o é a ereção como fator importante quanto a saúde, não se responsabilizando com sua saúde como totalidade para a vida.

Diante do diagnóstico e das propostas terapêuticas que fizeram parte do vivido desses homens, como a cirurgia e a radioterapia, demonstram a angústia imprópria, com o temor variando entre pavor, horror e terror.

Neste período novo, inseguro no qual se deparam com as consequências da cirúrgica, como uso da sonda vesical, incontinência urinária e comprometimento da ereção, encontram-se de-caídos, por não serem eles mesmos e, absorvidos no mundo, não se responsabilizam por sua saúde.

Na perspectiva de morte, o homem portador de câncer de próstata não se restringe apenas à dimensão físico-biológica do fim da existência, mas também aos aspectos físicos emocionais, sociais e espirituais no sentido da realização pessoal, vinculados, portanto, à dimensão existencial.

Na dimensão físico-biológica, depara-se com uma doença grave, com todo o estigma relacionado ao câncer que ameaça a vida e as alternativas para tratamento, consequências advindas destes.

Torna-se dependente da sonda vesical por um período, depois do uso de

fraldas, absorventes; a adaptação para o controle da urina faz parte deste processo no vivido. Quando se reporta à ereção, lida com a dúvida de que se poderá voltar a ter sua vida sexual ou se deverá conviver com a ausência da ereção por toda a vida.

Na dimensão emocional, perceber a dificuldade de lidar com a possibilidade de perder a ereção e o vivido da incontinência urinária mexe com o imaginário masculino e com a expressão de sua masculinidade. Portanto, sentem-se assustados, impacientes, desesperados, com vergonha, medo de rejeição pela esposa, constrangimentos, nojo. Sofrem com o possível abandono de suas esposas e têm a autoestima diminuída.

Na dimensão social, mencionam que ficam isolados, evitam sair de casa, temem situações vexatórias que possam trazer constrangimentos e a rejeição dos outros. E, no aspecto espiritual, reforçam a importância de Deus neste processo.

Portanto, este estudo confirmou as propostas da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem no sentido de que muitos problemas que afetam a saúde do homem devem ser considerados em sua abrangência cultural, social e não meramente biológica.

O machismo, preconceito e vergonha desvelados demonstram o quanto este comportamento colabora para o adoecimento dos homens e aponta um importante caminho para atuação dos profissionais de saúde.

É preciso mexer nas estruturas, abalar o rotineiro e o mecânico, mas também compreender o homem em seu movimento de própria compreensão de mundo para adentrar nas possibilidades de mudanças de comportamento pautadas nas questões de gênero que tanto atingem negativamente o ser-consigo e o ser-com-os-outros na sociedade.

Como conseguir serviços de saúde acolhedores, mais humanos, mais críticos se, imersos no cotidiano, os profissionais de saúde não souberem o significado que seu trabalho tem para o homem portador de câncer de próstata, que clama por orientações, atendimentos, cuidados, nas dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais, portanto, na dimensão existencial? Tanto é que os homens recorrem ao comportamento feminino no cuidado da saúde como resposta à necessidade de sua busca pela sua saúde.

Este estudo, diante da análise abordada para os profissionais de saúde, abre

possibilidades de promover reflexões de como o cuidado está sendo desenvolvido para esses homens. A assistência à saúde do ser humano, idealizada na perspectiva de combater a doença, superar as dificuldades, fragilidades e trazer a cura para a vida, não pode desviar-se pelo caminho da impessoalidade, inautenticidade, falatório, ambiguidade e de-cadência.

Atualmente, pela velocidade das modificações referentes às informações que os profissionais de saúde vivenciam, é necessária uma constante evolução na prática clínica e no atendimento para desenvolvimento da saúde. Dentro do seu processo de trabalho em enfermagem, o enfermeiro, diante deste contexto da assistência à saúde do homem portador de câncer de próstata, deve buscar novas habilidades, técnicas e atitudes para atender a essa realidade.

Compreender o ser-homem como um ser-com e procurar desenvolver um cuidado pautado na solicitude antecipativa-liberatória pode ajudar os profissionais de saúde a compreender o seu estado de saúde e doença. Importante estimular a busca do homem em ser si mesmo, em direção à sua própria cura, mostrando possibilidades de ser livre.

Portanto, este estudo também aponta a necessidade de incorporar nas diretrizes curriculares a disciplina Saúde do Homem, além de ofertar cursos de especialização Lato-sensu e estímulos aos pesquisadores na área, voltados para o cuidado ao homem. Trata-se de como possibilidades inerentes para a construção das práticas de saúde.

Acredito que a busca do sentido do ser homem após o diagnóstico de câncer de próstata não se fecha aqui. Ao reportar a atuação do enfermeiro na saúde do homem vivenciado neste estudo, coloco-me diante de outros desafios.

Finalizar esta investigação possibilitou responder minhas inquietações iniciais e atingir o objetivo, porém constitui uma perspectiva parcial da vasta imensidão de significados e sentidos que orientam e direcionam a vida desses homens no vivido do câncer de próstata.

Considero que o estudo poderá contribuir, também, para o cuidado autêntico e libertador a esses homens e propiciar aos profissionais de saúde o momento de refletirem sobre a Saúde do Homem, principalmente nos aspectos relacionados ao seu comportamento com a saúde, aspectos de gênero, buscando atender a necessidades práticas e estudos que promovam possibilidades do ser-aí-após-o-

diagnóstico-de-câncer-de-próstata no mundo circundante permeado de fenômenos que retiram o homem da sua busca pela autenticidade.

Posteriormente, com a divulgação desse resultado, também se almeja gerar benefícios à sociedade e contribuir para possibilidades de reflexões a outros pesquisadores para se aprofundarem no tema, de forma a contribuir para a construção do cuidado para os homens, numa nova perspectiva, enfatizando o homem ser-com-no-mundo-com-outros, sem se perderem de vista as situações contínuas de estar aprendendo sempre.

REFERÊNCIAS

- 1- ALMEIDA, I. S.; CRIVARO, E. T.; SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Rev. Eletrônica Enfermagem**. v. 11, n. 3, p. 685-693, 2009.
- 2- AMERICAN CANCER SOCIETY. Prostate Cancer: Early Detection. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003182-pdf.pdf>
- 3- AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION (AUA). Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy. **Oncology** (Williston Park) v. 14. p. 267-72, p. 277-8, 2000.
- 4- ALVES, R. F.; SILVA, R. P.; ERNESTO, M. V.; LIMA, A. G. B.; SOUZA, F. M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.** São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2011.
- 5- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M.; AMOEDO M. B. E.; MARÚCIA B. E.; NOBRE, L. C. C. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 174-189, abr-jun. 1991.
- 6- BARBOSA, F. P.; MENDONÇA, S. B. **Câncer de próstata – Atualizações**. Sinopse Urol. v. 7, n. 1, p. 4-10, 2003.
- 7- BARBOZA, R.; KAICKMANN, S.; ROSA, C. E. T.; MEDRADO, B.; DERBLI, M. Saúde do Homem no SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**. v. 14, n. 1, agosto, 2012.
- 8- BERTOLDO, S. A.; PASQUINI, V. Z. Câncer de Próstata: um desafio para saúde do homem. **Rev. Enfermagem Unisa**. v. 11, n. 2, p. 138-142, 2010.
- 9- BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 2, n. 1, p. 83-94, jan, 1994.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.289, de 20 de setembro de 2001. Dispõe sobre a Instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. Legislação Federal. 2001.
- 11-____ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas 196/regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos e atualiza a resolução nº196/1996. Brasília. Ministério da Saúde; 2012 [online]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

- 12-_____Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 13- BRAZ M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1, p. 97-140, 2005.
- 14- CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências sociais**. Londrina: UEL, p. 133, 1996.
- 15- CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enfermagem**. v. 2, n. 2, p. 192-97, 1994.
- 16- CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Aparecida: Ideias e letras; 2008.
- 17- CARVALHO A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir; 1991.
- 18- CONNELL, R.W. **Masculinities: knowledge, power and social change**. Los Angeles: University of California Press, 1995.
- 19- COURTENAY W.H. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci Med**. v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.
- 20- COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER L. V.; FIGUEIREDO W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, Jun 2010.
- 21- COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Oct. 2012.
- 22- DORNAS, M. C.; JÚNIOR, J.A.D.R.; FILHO, R.T.F.; CARRERETTE F.B.; DAMIÃO, R. Câncer de próstata. *Revista do Hospital Universitário Pedro*

- Ernesto. **Rev. de Enfermagem UERJ**. v. 7, n. 1, p. 100-6, 2008.
- 23- FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho Gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT, Paula (coord.) **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro. 2ªed. 2011.
- 24- FERNANDES, Maria das Graças Melo. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília , v. 62, n. 5, Oct. 2009.
- 25- FERLAY, J.; Shin, H.R.; BRAY, F.; FORMAN, D.; MATHERS, C.; PARKIN, D.M. Globocan 2012, cancer incidence and mortality worldwide. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014. (IARC Cancer Base, 10). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- 26- FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.
- 27- FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.
- 28- FIGUEIREDO, W. S. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. 2008. **Tese** (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.
- 29- FRIEDENREICH, C.M.; THUNE, L. A review of physical activity and prostate cancer risk. **Cancer Cases Control**. v. 12, p. 461-75, 2001.
- 30- FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M.;LEITE M. C.;FONSECA R. L. S.; SANTOS, L. C. F. S.; NERY, T. C. L. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul. Enfermagem**. Vol. 24, n. 3, pp. 430-433, 2011.
- 31- GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 11, n. 2, p. 233, 2009.
- 32- GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

- 33- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007.
- 34- GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T.; VALENÇA, O. A. A.; SILVA G. S. N.; FIGUEIREDO, W.S. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011.
- 35- GOMES R. Apresentação. In: Gomes R, organizador. A Saúde do Homem em Debate. Rio de Janeiro: **Fiocruz**. p. 11-18, 2011.
- 36- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Produção do conhecimento sobre a relação homem-saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2006; v. 22, n. 5, p. 901-991, 2006.
- 37- GONÇALVES, T.N.; MELLA, J. S. E. Avaliação do nível sérico de antígeno prostático específico (PSA) em pacientes da cidade de Campo Mourão- PR. **RBAC**. v. 39, n. 4, p. 279-81, 2007.
- 38- GUIDA, C. Análisis del papel de los programas de salud em la atención de los varones, desde um enfoque integral y de prevención. Washington: Development Connections; 2011.
- 39- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback. 9ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes. 2014.
- 40-_____**Conferências e escritos filósofos**. Tradução: Ernildo Stein. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Coleção pensadores).
- 41- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino serviço**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.
- 42- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: 2014.
- 43- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. Ed. **Rev.**

atual e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

- 44- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Word Health Organization (WHO). [internet]. 2014. [acesso em: 15 jan 2014]. Disponível em: <http://http://www.iarc.fr/>.
- 45- LEITE, D. F.; FERREIRA, I. M. G. SOUZA, M. S.; NUNES, V.S.; CASTRO, P. R. A influência de um programa de educação na saúde do homem. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 50-56, 2010.
- 46- KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência latino americana**. Porto Alegre, v. 2, n. 2, mar. 2001.
- 47-NETO, G. X. F.; ROCHA, A. E. F.; LINHARES, C.; OLIVEIRA, M. N. O trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da estratégia saúde da família. **Gestão e Saúde**. n. 4, jan. 2013.
- 48- MATA, L. R. F.; CARVALHO, E. C.; NAPOLEAO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. **Texto contexto - Enfermagem**., Florianópolis , v. 20, n. spe, p. 36-44, 2011.
- 49- MINAYO, M. C.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11a. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.
- 50- MEDEIROS, A.P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**. v. 64, n. 2, p. 385-8, 2011.
- 51- MESTRINHO, B. V.; ALMEIDA, J. L. T.; ALMEIDA, J. C. OLIVEIRA, R. V. L. Esclarecer o idoso sobre o exame digital retal diminui o desconforto na sua primeira realização? . **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 407-411, Dec. 2011.
- 52- MOSCHETA, M. S.; SANTOS, M. A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1225-1233, maio. 2012.
- 53- MCKINLAY, E. Men and Health: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University; 2005.
- 54- NETO, F. R. G. X. ; ROCHA, A. E. F.; LINHARES, M. S. C. Trabalho do

- enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 4, n. 1, p. 2013, p.1741-1756, 2013.
- 55- NÓBREGA, N. L.; LACERDA, J. F. A.; BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. Adesão de homens na prevenção do câncer de próstata em um município do estado da Paraíba [**monografia**]. João Pessoa: UFPB; 2009.
- 56- OLIVEIRA, N. A.; HOFEHRN, M. B.; CECAGNO, D. ; SIQUEIRA, H. C. H.; PORTO, A. R.. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto contexto - Enfermagem**. Florianópolis , v. 18, n. 4, p. 697-704, dec. 2009.
- 57- PAULA, C. C.; OLIVEIRA, I. E. ; CABRAL, I. E. ; PADOIN, S. M. M. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**. São Paulo , v. 25, n. 6, 2012.
- 58- PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Gênero masculino e saúde. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 11, n. 1, p. 80-86, 2006.
- 59- PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência Instituto Butantan**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 53-67, 2008.
- 60- RAY, M. A. A philosophical method to study nursing phenomena. In: LEININGER, M. M. Qualitative research methods in nursing. Orlando: **Grune & Stratton**. cap. 5, p. 81-92, 1985.
- 61- REAM, E.; QUENNELL, A.; FINCHAM, L., FAITHFULL, S., KHOO, V., WILSON-BARNETT, J., & RICHARDSON, A. Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. *British Journal of Cancer*, v. 98, n. 12, p. 1903–1909, 2008.
- 62- SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D.. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 4, p. 741-751, Oct. 1998 .
- 63- SALIMENA, A. M. O. ; SOUZA, I. E. O.. Cotidiano da mulher pós-histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, p. 196-202. 2010.
- 64- SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev.**

bras. Enfermagem. Brasília, v.60, n.2, Apr. 2007.

- 65- SERVO, Maria Lucia Silva; CORREA, Valeria Silveira. A Supervisão e a educação permanente da força de trabalho de enfermagem. Diálogos e Ciência. **Revista Eletrônica da Faculdade de Tecnologia e Ciências.** Ano IV. n.8. jun. 2006.
- 66- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Campanha Dia Nacional de Combate ao Câncer da Próstata. [on line]. 2014. [citado em em 2014 Mar 14]. Disponível em: http://www.sbu.org.br/indexGeral.php?do=imprensa&sub=7&dado_id=86&site=geral
- 67- SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. S. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 151-158, Mar. 2011.
- 68- SCHOFIELD, T; CONNELL, RW; WALKER, L; WOOD, JF; BUTLAND,DL. Understanding Men's Health and Illness: A Gender Relations Approach to Policy. Research and Practice. J. Am, **Col Health.** 2000; v. 48, n. 6, p. 247-256, 2000.
- 69- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.
- 70- SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Oct 2012.
- 71- SMELTZER; S.C; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- 72- TERRA, M. G.; SILVA, L. C.; CAMPONOGARA, S.; KOTZIAS, E.; SANTOS, A.; SOUZA, A. I.J et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto contexto-Enfermagem.** v. 15, n. 4, p. 672-8, 2006.
- 73- TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.
- 74- WALDRON, I. Why do women live longer than men? **Soc. Sci. Med.** v. 10, p. 349-362, 1976.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista



ROTEIRO DE ENTREVISTA
CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS



Entrevista nº:	Data:
<u>1-IDENTIFICAÇÃO</u>	
Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Profissão/Ocupação:	Grau de Escolaridade:
História de doença:	Data do diagnóstico:
<u>2-QUESTÕES NORTEADORAS</u>	
a) Como você compreende o cuidado com a próstata?	
b) Como é para você, ter vivido o câncer de próstata”?	

3-OBSERVAÇÕES

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “SER-AÍ-APÓS-O-DIAGNÓSTICO-DE-CÂNCER-DE PRÓSTATA: POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE DO HOMEM”. Nesta pesquisa pretendemos desvelar o vivido de homens após o diagnóstico de câncer de próstata. O motivo que nos leva a estudar é para desvelar o vivido de homens após o diagnóstico de câncer de próstata, identificando os sentimentos vividos perante a situação de prostatectomia, oferecendo subsídios para discussão e ressignificação do cliente como ator principal do cuidado para a assistência de enfermagem. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos; um estudo de natureza qualitativa e tem como alicerce metodológico e filosófico a fenomenologia existencial Heideggeriana, será esclarecido que se trata de uma pesquisa de risco mínimo, atendendo às exigências éticas e científicas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para participar deste estudo o Sr. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Enfermagem e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “SER-AÍ-APÓS-O-DIAGNÓSTICO-DE-CÂNCER-DE PRÓSTATA: POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE DO HOMEM” 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 cópia 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 2014 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
 CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 CEP: 36036-900 FONE: (32) 2102- 3788 /: cep.propesq@ufjf.edu.br
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: NATÁLIA ANA DE CARVALHO ENDEREÇO: RUA ENG. JOSÉ CARLOS MORAES SARMENTO,83
 CEP: 36036-100 – JUIZ DE FORA – MG FONE: (32) 91659248/NATALIA-ANA@HOTMAIL.COM

ANEXO A - Autorização do Diretor Geral do Hospital



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Câncer de próstata: o vivido do homem e implicações para o cuidado de enfermagem		2. Número de Participantes da Pesquisa: 20	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Anna Maria de Oliveira Salimena			
6. CPF: 236.534.856-49		7. Endereço (Rua, n.º): MARECHAL CORDEIRO DE FARIAS CARLOS CHAGAS 172 JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36081330	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (32) 9982-0952	10. Outro Telefone:
		11. Email: annasalimena@terra.com.br	
12. Cargo: <u>DOCENTE</u>			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>09</u> / <u>01</u> / <u>2014</u></p> <p style="text-align: right;"><u>Anna Salimena</u> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF		14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão: Faculdade de Enfermagem
16. Telefone:		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Sérgio Paulo Santos Pinto</u> CPF: <u>939.678.186-91</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretor Geral em Exercício</u></p> <p>Data: <u>28</u> / <u>01</u> / <u>14</u></p> <p style="text-align: right;"><u>Dr. Sérgio Paulo dos Santos Pinto</u> Diretor Geral em Exercício H.U.J.F. CRM 25374 Assinatura</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B - Autorização da Diretora de Enfermagem do Hospital



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo Sr^a Maria Inês Alves Cabral- Enfermeira


Solicito de Vossa senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa "CÂNCER DE PRÓSTATA: o vivido do homem e implicações para o cuidado de enfermagem", que será desenvolvida pela Natália Ana de Carvalho, do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestrado em Enfermagem, sob a orientação da professora Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena.

O objetivo deste estudo é desvelar o vivido de homens com câncer de próstata. Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será avaliada pelo Comitê de Ética na Plataforma Brasil.

Desde já, colocamo-nos a disposição para maiores esclarecimentos.



Natália Ana de Carvalho
Mestranda em Enfermagem



Prof. Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena
Orientadora

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informada quanto às finalidades desta pesquisa, que esta instituição possui infraestrutura, local para realização das entrevistas e autorizo a realização da coleta de dados.



Maria Inês Alves Cabral
Enfermeira

Juiz de Fora, 22/11/13



FACULDADE DE ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

A Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Profª Drª Gírlene Alves da Silva, autoriza a acadêmica Natália Ana de Carvalho do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestrado em Enfermagem, desenvolver a pesquisa "Câncer de próstata: o vivido do homem e implicações para o cuidado de enfermagem", sob a orientação da professora Drª Anna Maria de Oliveira Salimena.

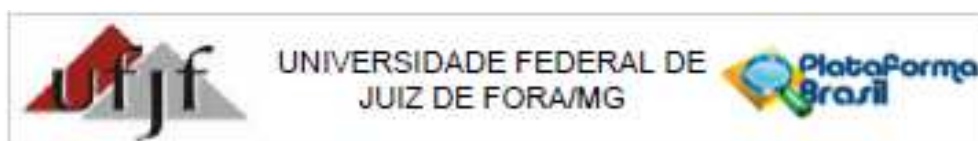
Trata-se de uma pesquisa que visa desvelar o vivido de homens com câncer de próstata.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos participantes garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 07 de novembro de 2013

Profª Drª Gírlene Alves da Silva

Profª Drª GÍRLENE ALVES DA SILVA
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM/UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Câncer de próstata: o vivido do homem e implicações para o cuidado de enfermagem

Pesquisador: Anna Maria de Oliveira Salmena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25478913.9.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 525.352

Data da Relatoria: 27/03/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa.

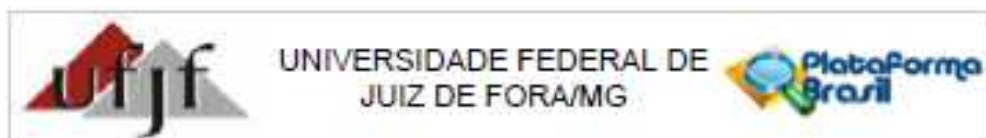
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

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



Continuação do Parecer: 525.352

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

JUIZ DE FORA, 10 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

