

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação Enfermagem



Dissertação

**Homem sobrevivente ao câncer de próstata: estudo de caso
etnográfico**

Bruna Knob Pinto

Pelotas, 2012

BRUNA KNOB PINTO

Homem sobrevivente ao câncer de próstata: estudo de caso etnográfico

Dissertação apresentada a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosani Manfrin Muniz

Pelotas, 2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P659hPinto, Bruna Knob

Homem sobrevivente ao câncer de próstata: estudo de caso etnográfico/ Bruna Knob Pinto; orientadora Rosani Manfrin Muniz. Pelotas, 2012.

106 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012.

1. Enfermagem. 2. Saúde do homem. 3. Neoplasias da próstata. I. Muniz, Rosani Manfrin, orient. II. Título.

CDD: 610.73

Folha de aprovação

Autor: Bruna Knob Pinto

Título: Homem sobrevivente ao câncer de próstata: estudo de caso etnográfico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: _____

Banca examinadora

Profa. Dra. Rosani Manfrin Muniz
(Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Profa Dra Eda Schwartz
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Profa Dra Maria de Lourdes Denardin
Budó (Titular)
Universidade Federal de Santa Maria

Profa Dra Celmira Lange
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Profa Dra Rita Maria Heck
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dedicatória

*Aos meus pais, Romeu e Maria Salete,
com todo amor de meu coração.*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de nesta jornada terrena ser enfermeira, pelo amparo e apoio na superação das dificuldades.

Não poderia esquecer dos incríveis trabalhadores da Associação Espírita Ramatiz Caminhos de Luz, de Tapejara-RS, por todas as vezes que me “socorreram” nos momentos que pensei em desistir... Obrigada a equipe de amigos e guias espirituais, por me auxiliarem a compreender o porquê das mazelas e problemas que cada um tem de enfrentar.

Aos meus pais, Romeu Pereira Pinto e Maria Salete Knob Pinto, pelo amor, incentivo, coragem e apoio em todos os momentos da minha vida. Vocês sabem que nada disso seria possível sem o suporte de vocês! Amo-os demais!

À minha irmã Patrícia Knob Pinto e meu cunhado Uilquer de Andrade, pelo incentivo, apoio e pelos momentos de descontração nos feriados em casa! Obrigada por fazerem meus dias melhores!!

À minha prima e companheira de convivência diária, Louise Haubert, que me “aguenta” nos dias bons e ruins. Obrigada por tudo!

À minha orientadora, Rosani Manfrin Muniz, muito obrigada por me aceitar nessa nova etapa, por entender meus momentos de insegurança e de dúvidas! Você é um grande exemplo de mulher e de profissional! Obrigada pela paciência, incentivo, apoio e amizade em todos os momentos!

As novas amigas que o mestrado me proporcionou: Caroline Lemos Martins e Mariangela Uhlmann Soares. Obrigada por tornar essa etapa mais leve e divertida! Vocês moram no meu coração!

À Julyane Felipette, Silvana Ceolin e Jenifer Härter, pelas conversas, desabafos e conhecimentos trocados!

Um beijo mais que especial à pequena Alice Soares Chaves, que faz meus dias mais leves e mais felizes!

Às amigas de ontem e de sempre, Greice Pereira Scaglioni e Marla Sganzerla, pelo apoio, incentivo e amizade incondicionais.

Não poderia esquecer da querida professora Deisi Cardoso Soares, que me acompanha desde a graduação e foi uma das maiores incentivadoras para que este momento esteja acontecendo! Obrigada por tudo!

As acadêmicas Sandi Vasconcelos, Débora Amaral e Wanessa Wexel, pela amizade e auxílio na construção deste trabalho.

Ao meu querido Pantufa, que me acompanha desde o início do mestrado, pela diversão, pelo carinho e pelas “mordidinhas” de todos os dias!

Obrigada a todos os professores e colegas mestrados que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para que este momento tão especial se concretizasse!

Aos colegas bolsistas e ao Vinicius que dividiram comigo longos turnos, conversas, alegrias, decepções, conhecimentos e cafés...

Um agradecimento especial aos professores que compuseram a Banca Examinadora, pelas contribuições que enriqueceram e qualificaram este trabalho!

Finalmente, obrigada aos homens participantes deste estudo, que carinhosamente acolheram-me em suas casas e dividiram suas experiências de vida comigo. Sua participação tornou viável este sonho!

Obrigada àqueles que passaram pela minha vida e que não lembrei aqui... esta conquista é de todos nós!

"Quando nasce, o homem é fraco e flexível.
Quando morre, é forte e rígido.
A firmeza e a resistência são sinais de morte.
A fraqueza e a flexibilidade, manifestações de vida."

Lao Tsé

Resumo

PINTO, Bruna Knob. **Homens sobreviventes ao câncer de próstata**: estudo de caso etnográfico. 2012. 106 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Esta pesquisa teve por objetivo compreender a construção da resiliência do homem no processo de adoecimento e sobrevivência ao câncer de próstata, pelo conhecimento do contexto do homem nesse processo, além de apreender os fatores de promoção de alto grau de resiliência do homem sobrevivente ao câncer de próstata. Trata-se de um estudo de caso etnográfico realizado com dois homens sobreviventes ao câncer com alto grau de resiliência. Estes sujeitos foram captados do banco de dados da etapa quantitativa da pesquisa “A resiliência como estratégia de sobrevivência ao câncer”, sob coordenação da Profa. Dra Rosani Manfrin Muniz. A coleta dos dados seguiu as etapas propostas por Hammersley e Atkinson (2007) para os estudos etnográficos, sendo realizada no domicílio dos informantes, no período de abril e maio de 2012, por meio da entrevista semi estruturada em profundidade, da observação participante com anotações registradas em diário de campo e da construção do ecomapa. A análise dos dados desenvolvida com base na proposta de Minayo (2007), e interpretada por meio do referencial de cultura de Geertz (1989,1997). Os resultados deste estudo demonstram que o processo de adoecimento e sobrevivência foi vivenciado de maneira distinta por cada homem, apesar da experiência de ter o câncer de próstata os igualarem na perspectiva de sua identidade de ser homem. Os sentidos atribuídos pelos sujeitos ao diagnóstico de câncer e tratamentos decorrentes deste foram diferentes, pois, para um, o câncer foi descoberto tardiamente, requerendo tratamento mais invasivo e para outro, o diagnóstico precoce evitou que a experiência fosse tão traumática. Os efeitos colaterais oriundos dos tratamentos relacionaram-se a sexualidade e perpassaram pela identidade de ser homem idoso. Identificou-se como fatores promotores da resiliência a relação destes homens com a família, a religiosidade e/ou espiritualidade e a relação com os serviços de saúde, em especial a médico-paciente. Para ambos os homens, os filhos tem papel de destaque nesse processo, sendo a paternidade considerada fator fundamental para afirmação de sua identidade enquanto homem. A crença em algo superior foi referenciada por ambos os homens, mas vivenciada de maneira distinta. Ambos os homens relataram bom relacionamento com os serviços de saúde, considerando-os fundamentais para transposição do câncer. Com relação a considerar-se sobrevivente, os homens deste estudo referiram-se privilegiados e sortudos. A sobrevivência foi encarada, por um deles, como a capacidade de poder realizar as atividades que considera prazerosas. Para outro, ter descoberto o câncer rapidamente e ter contado com o auxílio de um profissional de prestígio, o fizeram privilegiado, não sobrevivente. Conclui-se salientando a importância de que, no tratar e cuidar da saúde dos indivíduos, os profissionais atentem para os aspectos culturais que tornam aquele ser humano único e especial, pois, assim, as chances de adesão e seguimento de qualquer terapêutica aumentam, pois o individuo sente-se parte integrante de todo o processo de cura e superação, tornando-se ser sujeito ativo frente a própria saúde.

Palavras chave: Saúde do Homem; Neoplasias de Próstata; Cultura; Sobrevivência; Enfermagem.

Abstract

PINTO, Bruna Knob. **Prostate cancer survivor men: an ethnographic study**. 2012. 106 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

This research had the aim of understanding the resilience construction of the man in illness process and survival to prostate cancer, by the context knowledge of the man in this process, and a further learning about the promotion factors of high degree of resilience of the prostate cancer survivor men. It talks about a study of an ethnographic case done with two prostate cancer survivor men with high degree of resilience. These subjects were caught from the data bank at the quantitative step of the "Resilience as a survival strategy to cancer" research, coordinated by Prof. Dr. Rosani Manfrin Muniz. The ethnographic data collection has followed the steps proposed by Hammersley and Atkinson (2007) for ethnographic studies, being done on the informant places, between April and May of 2012, through an interview in deepness semi-structured of the participant observation and notes registered in a dairy field and eco-map construction. The data analysis was developed based on the Minayo (2007) proposal, and interpreted through the Geertz (1989,1997) culture referential. This study results have showed that the illness and survival process was lived in different ways by each man, in spite of the equality generated by prostate cancer on the perspective of belonging to the male gender. The feelings attributed by the subjects to the cancer diagnosis and treatment were different, since one had the cancer late discovered, requiring a more invasive treatment, and the other had an early diagnosis what avoided such traumatic experience. The treatments side effects were related to sexuality and pervaded the identity of being elder. These men relationship with family, religiousness and/ or spirituality and the relationship with the health services, specially the doctor-patient, were identified as resilience promoter factors. For both, their children had a highlighted role on the process, being the paternity considered as a fundamental factor for the identity affirmation as man. The belief of a superior being was mentioned by both of them but lived in a distinct way. The men reported a good relationship with the health services, considering them as fundamental to cancer transposition. Both men in this study said were survivals and referred to themselves as privileged and lucky men. The survival was viewed by one of them as the capacity of being able to do pleasure activities. For the other, discovering cancer early and having a prestigious professional help made him not a survival but a privileged man. Highlighting the importance that, in treating and taking care of the individuals health, professionals must pay attention to cultural aspects that make that person unique and special, thus, the chances of adhesion and following therapy become higher, since he feels as an integrant part of the whole cure and overcoming process, becoming active in front of his own health.

Keywords: Man Health; Prostate Neoplasia; Culture; Survival; Nursery.

Lista de Quadros

Quadro 01	Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.....	53
Quadro 02	Recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do projeto	54

Lista de Figuras

Figura 1	Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos	47
Figura 2	Ecomapa de E.S.M.....	79
Figura 3	Ecomapa de C.B.....	85
Figura 4	Representação da organização dos dados no Núcleo de Sentido 01.....	88
Figura 5	Representação da organização dos dados no Núcleo de Sentido 02.....	88
Figura 6	Representação da organização dos dados no Núcleo de Sentido 03.....	89

Lista de abreviaturas e siglas

American Cancer Society - ACS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES

Descritores em Ciências da Saúde – DeCS

Estudo de caso - EC

Hospital Escola - HE

Agência Internacional para Pesquisa em Câncer - IARC

Internacional Cancer Control Congress - ICCO

Instituto Nacional de Câncer - INCA

Lance Armstrong Foundation - LAF

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS

Medical Subject Headings - MeSH

National Coalition for Cancer Survivorship – NCCS

National Cancer Institute - NCI

Antígeno Prostático Específico - PSA

Public Medical - PubMed

Scientific Eletronic Library Online - SciELO

Universidade Federal de Pelotas – UFPel

World Health Organization - WHO

Sumário

Apresentação	14
I Projeto de Pesquisa	15
II Relatório de Trabalho de Campo	70
III Artigo de sustentação da dissertação	24

Apresentação

A presente dissertação foi elaborada como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-graduação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPel. O projeto foi desenvolvido na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde e Linha de pesquisa Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Trata-se de um estudo de caso etnográfico, tendo como referencial teórico a cultura de Clifford Geertz (1989, 1997) e identidade de Kathryn Woodward (2012).

O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas/RS, tendo início no mês de março de 2011 e conclusão em novembro de 2012. Conforme o regimento do Programa, esta dissertação é composta das seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: Qualificado no mês de dezembro de 2011. Esta versão inclui as modificações que foram sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

II Relatório do Trabalho de Campo: Relata o caminho percorrido pela mestranda para coleta e análise dos dados, elaboração do artigo de sustentação do mestrado e finalização da dissertação.

III Artigo de sustentação da dissertação:

A identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural

O artigo de defesa será submetido à publicação na Revista Brasileira de Enfermagem, após a defesa da dissertação.

I Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Projeto de Dissertação

HOMEM SOBREVIVENTE AO CÂNCER DE PRÓSTATA: ESTUDO DE CASO
ETNOGRÁFICO

Bruna Knob Pinto

Pelotas, 2011

BRUNA KNOB PINTO

HOMEM SOBREVIVENTE AO CÂNCER DE PRÓSTATA: ESTUDO DE CASO
ETNOGRÁFICO

Projeto de Dissertação apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosani Manfrin Muniz

Pelotas, 2011

Banca Examinadora:

Membros Efetivos

Profª Drª. Rosani Manfrin Muniz – UFPel

Profª Drª Eda Schwartz - UFPel

Profª Drª. Maria de Lourdes Denardin Budó - UFSM

Membros Suplentes

Profª Drª Celmira Lange – UFPel

Profª Drª Rita Maria Heck - UFPel

Sumário

1 Introdução	20
1.1 Justificativa.....	22
2 Objetivos	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3 Pressupostos	25
4 Revisão de Literatura	26
4.1 A saúde do homem.....	27
4.2 Câncer: aspectos epidemiológicos.....	30
4.3 Sobreviver ao câncer.....	34
4.4 Ser resiliente.....	38
5 Referencial Teórico.....	41
6 Metodologia	44
6.1 Estudo de Caso Etnográfico.....	45
6.2 A operacionalização do estudo.....	47
6.2.1 O contexto social do estudo.....	48
6.2.2 O trabalho de campo.....	49
6.2.3 Aspectos éticos.....	50
6.2.4 A entrada no campo.....	50
6.5 Análise dos dados.....	51
6.6 Divulgação dos resultados.....	52
6.7 Cronograma.....	53
Referências	55
Apêndices	62
Anexos	67

1 Introdução

O processo de industrialização desencadeou uma importante redefinição dos padrões de vida, com a uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo nos diversos países do mundo. Paralelamente a isso, ocorreu uma significativa alteração na demografia mundial, com a redução nas taxas de mortalidade e natalidade e o conseqüente aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional (WATERS, 2001).

Além disso, uma grande modificação nos padrões de saúde e doença no mundo, conhecida como transição epidemiológica, tem provocado mudanças no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante das doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer (GUERRA, MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005).

Analisando esta realidade, tendo por foco específico o homem, pode-se observar que a diminuição do índice da mortalidade é mais lenta e menor nestes indivíduos do que nos do sexo feminino. Neste sentido, a vida média masculina é comparativamente menor do que a feminina em todas as regiões do Brasil. Além disso, as esperanças de vida ao nascer são menores entre os homens, e, a mortalidade masculina é maior em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas (LAURENTI, JORGE; GOTLIEB, 2005).

Muitos homens não reconhecem a doença como parte de sua condição biológica, considerando-a um sinal de fragilidade. Julgando-se invulnerável, o homem acaba cuidando menos de si mesmo e expondo-se mais às situações de risco. Aliado a isso, acrescenta-se o fato de que muitos homens têm medo de que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (KEIJZER, 2003; SABO, 2002; BOZON, 2004).

Neste sentido, é importante que os profissionais da saúde atuem por meio de ações voltadas a promoção e educação em saúde da população masculina, incentivando-os a realizar o autocuidado com a finalidade de evitar que, ao chegarem até os serviços de saúde, não se encontrem já em processos cronicados de doença.

Como explicitado anteriormente, a transição epidemiológica tem provado o aumento de diversas doenças crônicas, entre elas o câncer, que é responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados em países em desenvolvimento (WHO, 2002).

O câncer de próstata, neoplasia que acometeu os homens deste estudo, é o segundo tipo de câncer mais comum entre a população masculina, sendo considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Devido a seu bom prognóstico, a mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa, sendo que as taxas de sobrevivência de cinco anos para os países em desenvolvimento são, em média, de 41% (BRASIL, 2011).

Intimamente relacionado à sexualidade masculina, esse tipo de câncer pode ocasionar intenso sofrimento emocional para os homens acometidos, que se deve, segundo Gianini (2004), dentre outros fatores, à diminuição da capacidade de ereção e a possível retirada dos testículos, responsáveis pela produção do hormônio masculino. Além disso, os tratamentos podem causar incontinência urinária e impotência, atingindo a essência da masculinidade.

Com o advento de importantes evoluções tecnológicas nos campos de diagnóstico e a oferta de tratamentos que apresentam menores riscos, um número cada vez maior de indivíduos sobrevive ao câncer. Para Reuben (2004) ser sobrevivente ao câncer significa viver com e apesar dele, convivendo com os efeitos colaterais e sequelas decorrentes dos tratamentos realizados para o seu controle. Além disso, a sobrevivência é uma trajetória que começa quando a pessoa recebe o diagnóstico de câncer e continua para toda a vida (MULAN, 2001).

A sobrevivência é um processo individual, que cada pessoa vivencia de maneira distinta. Desta forma, existem pessoas que se deixam destruir pelas

adversidades e situações conflitantes, enquanto há outros que, além de não se deixarem abater pelos infortúnios, ainda se mostram capazes de utilizar estes momentos difíceis para seu crescimento pessoal, social e profissional. A resiliência é exatamente isto: a capacidade do sujeito, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela. Desta forma, o termo resiliência significa a possibilidade de superação de um problema, representando não uma eliminação, mas uma ressignificação desse (YUNES, 2001; YUNES, 2003; PINHEIRO, 2004).

1.1 Justificativa

O estudo sobre a construção da resiliência como estratégia de enfrentamento do homem sobrevivente ao câncer de próstata se justifica devido ao intenso processo de transição epidemiológica que atinge o Brasil, tendo, por consequência, a redução da morbidade por doenças infecto-contagiosas e parasitárias e o aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas e neoplásicas. Neste sentido, o predomínio de mulheres, característica comum do envelhecimento populacional, tem levado ao esquecimento da população masculina como portadora de condições especiais de saúde e que necessita de intervenções específicas diante dos agravos (LOURENÇO; LINS, 2010).

É importante considerar que, no tocante a saúde dos homens, a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de indivíduos do sexo masculino. Esses vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada (BRASIL, 2009a). Assim sendo, o presente estudo justifica-se, pois, para que se possa tentar reduzir os agravos que atingem a população masculina, é de fundamental importância que os profissionais da saúde estejam atentos aos problemas que podem acometer essa população. Portanto, precisam atender suas demandas de cuidados de saúde e trabalhar no sentido do rastreamento precoce de situações de risco potencial, como, por exemplo, os fatores relacionados ao câncer, ainda considerado uma doença potencialmente mortal e mutilante.

Neste contexto, com evoluções nos diagnósticos e tratamentos, um número cada vez maior de indivíduos sobrevive à experiência do câncer, o que suscita o desenvolvimento de novas pesquisas sobre as formas encontradas por estas

peças para enfrentarem de forma positiva, ou seja, sendo resilientes aos impactos causados pela doença. Além disso, conforme o International Cancer Control Congress (2007) há uma importante lacuna de estudos neste sentido no Brasil.

Compreendendo a resiliência como um processo interativo entre a pessoa e seu meio, Ruter (1987), considera-a como uma variação individual em resposta ao risco, em que os mesmos fatores causadores de estresse podem ser experienciados de formas diferentes pelas pessoas. Diante disso, acredita-se que o conhecimento sobre a resiliência como estratégia de enfrentamento dos homens sobreviventes ao câncer de próstata pode auxiliar os profissionais da saúde a trabalhar de forma a deslocar o foco da negatividade da doença para as potencialidades de cada indivíduo, auxiliando-os a enfrentar de maneira positiva as adversidades da vida. Assim, formulou-se a seguinte questão norteadora:

Qual a construção da resiliência no processo de adoecimento e sobrevivência do homem ao câncer de próstata?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Compreender a construção da resiliência do homem no processo de adoecimento e sobrevivência ao câncer de próstata.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer o contexto do homem ao adoecer e sobreviver ao câncer de próstata.

Apreender os fatores de promoção de alto grau de resiliência do homem sobrevivente ao câncer de próstata.

3 Pressupostos

O homem passa por diversas situações na vida em que pode apresentar a resiliência, sendo uma delas a situação de doença. Neste contexto, a resiliência seria a capacidade de um indivíduo lidar com a doença aceitando as limitações que lhe são impostas nesta nova condição, aderindo ao tratamento e readaptando-se de forma positiva (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006).

Ser sobrevivente ao câncer de próstata possui relação com o alto grau de resiliência, uma vez que esta característica contribui para que o homem seja capaz de lidar de forma produtiva e eficaz com o processo de adoecer. (GIRTLER et al., 2010).

A resiliência se trata de um potente e valioso constructo em termos de prevenção, promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos. (GROTBORG, 2007; SELLIGMAN; CZIKSZENTMIHALY 2000).

O homem está amarrado a teias de significados culturalmente construídas por ele (GEERTZ, 1989) que o auxiliam na promoção da resiliência, contribuindo para a sua sobrevivência ao câncer de próstata.

O homem sobrevivente ao câncer de próstata com alto grau de resiliência possui vínculos fortes com a família, amigos e religião que o auxiliaram a lidar com a doença de maneira positiva.

4 Revisão de Literatura

Neste capítulo será abordado o que atualmente está sendo descrito com relação à saúde do homem, a epidemiologia do câncer, incluindo seus aspectos gerais e específicos relacionados ao câncer de próstata, a respeito dos sobreviventes ao câncer e dos sujeitos resilientes a ele.

Para tanto, buscou-se mapear os estudos nacionais e internacionais referentes a essas temáticas, utilizando-se das bases de dados eletrônicas e de leitura de livros online. O levantamento dos artigos foi realizado por meio do levantamento das produções científicas nas bases eletrônicas de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), da *Public Medical* (PubMed) e no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), além da busca de artigos na biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (*SciELO*).

Cabe ressaltar que não foi possível realizar uma revisão integrativa em virtude da necessidade de aprofundamento da temática para a construção desta revisão. Tal aprofundamento não seria possível se as buscas fossem desenvolvidas somente de modo controlado, uma vez que poucos foram os estudos encontrados, necessitando, também, de uma busca de modo não controlado.

Os descritores utilizados para realização das buscas, previamente consultados nos dicionários MeSH e DeCS foram: “*resilience psychological*”, “*survival*”, e “*neoplasms*”, além dos descritores não controlados “*neoplasia de próstata*” e “*saúde do homem*”, todos em suas versões na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Devido às poucas publicações encontradas, não foram utilizados limites temporais. Como fatores de inclusão, foram selecionados estudos em português, espanhol e inglês, com sujeitos adultos (maiores de dezenove anos) e que

apresentassem resumo para leitura. A seguir, apresentam-se os resultados destas buscas.

4.1 A saúde do homem

Muito tem se discutido sobre como trabalhar a saúde do homem buscando abranger seus diversos aspectos. Keijzer (2003) observa que incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de, em geral, o cuidar de si valorizando o corpo no sentido da saúde e a percepção da necessidade de cuidar do outro, não são questões colocadas na socialização dos homens. Todavia, alguns indivíduos ao optarem por “cuidados” extremos com o próprio corpo, por exemplo o fisiculturismo, transformam esse cuidado em potencial risco de adoecimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), morrem mais homens que mulheres ao longo do ciclo da vida, e, muitas dessas mortes poderiam ser evitadas não fosse à resistência masculina frente à procura pelos serviços de saúde. Esta resistência perpassa por diversos aspectos, dentre os quais se destacam os socioculturais ligados ao gênero e as questões vinculadas aos serviços de saúde.

Com relação aos estereótipos de gênero, segundo Korin (2001), em sociedades que consideram sucesso, força e poder como características masculinas, os homens buscam, no processo de socialização, o distanciamento de características relacionadas ao feminino: sensibilidade, cuidado, dependência, fragilidade, entre outras, potencializando práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Estas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predispõem a doenças, lesões e mortes.

Outra questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Muitos alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Entretanto, há de se destacar que hoje as mulheres fazem parte da força produtiva,

inseridas no mercado de trabalho e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

Conforme Schraiber, Gomes e Couto (2005), a falta de trabalho e a consequente incapacidade de prover materialmente a família é um importante aspecto relacionado aos riscos de saúde dos homens. Todavia, quando se trata de cuidado com a saúde, o trabalho tem sido considerado como obstáculo para o acesso aos serviços de saúde ou a continuidade de tratamentos já estabelecidos, isto porque muitos homens justificam a não procura por serviços de saúde por falta de tempo, impossibilidade de deixar as atividades ou medo de que a revelação do problema de saúde e a ausência para tratamento médico possam prejudicá-los, resultando em perda do posto de trabalho.

Estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI, GLINA, FAVORITO, 2007; COURTENAY, 2000; LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2005; LUCK et al, 2000). Neste sentido, com relação à maior vulnerabilidade e as altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam - como as mulheres - os serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002).

Todavia, se os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária, muitos agravos poderiam ser evitados. A resistência masculina em procurar os serviços de atenção à saúde aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, o sofrimento físico e emocional do paciente e sua família, que tem de lutar pela conservação da saúde e por uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009b).

Tratamentos de longa duração ou aqueles para doenças crônicas têm, em geral, menor adesão, pois exigem um grande empenho do paciente que, muitas vezes, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir o tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde, que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais (BRASIL, 2009b).

Neste sentido, observa-se a ocorrência de baixa procura da população masculina aos serviços de atenção primária a saúde, o que acarreta uma maior vulnerabilidade desses indivíduos. Estes fatos constituem um importante problema de saúde pública, uma vez que quando há a busca pelos serviços de saúde, esta já

está atrelada a um quadro clínico de morbidade já cronicado, com repercussões em sua qualidade de vida além de gerar custos significativos ao SUS.

Desta forma, objetivando ações de atenção integral à saúde dos indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 59 anos, o Ministério da Saúde brasileiro, em 2008, apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2008).

O Brasil é o primeiro país da América Latina e o segundo do continente americano (o primeiro foi o Canadá) a implementar uma política de atenção integral à saúde do homem. Na efetivação dessa política, foram deliberadas responsabilidades institucionais, definidas de acordo com as diretrizes advindas do Pacto pela Saúde de 2006, a serem cumpridas pelos estados. Dentre elas, destacam-se a necessidade de se promover junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir essa política, além de promover a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, um dos principais objetivos desta Política é, nos diversos contextos socioculturais e político-econômicos, promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2009c).

Acredita-se que a partir dos princípios e diretrizes desta Política será possível orientar as ações e serviços de saúde para esta população, primando pelo cuidado humanizado, visando a promoção, o reconhecimento e o respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais (BRASIL, 2008).

Esta iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro de criar uma política específica para a saúde masculina constitui um marco em relação à saúde do homem, fato este que certamente resultará em avanços significativos no que tange a qualificação dos profissionais da saúde e seu consequente despertar para questões voltadas especificamente à promoção da saúde do homem.

Como o foco deste estudo é o homem sobrevivente ao câncer de próstata, é importante ressaltar que, em setembro de 2001, foi criada a lei 10.289, que instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (BRASIL, 2001). Nele são estabelecidas diversas ações como a realização de campanha institucional nos

diversos meios de comunicação, informando sobre o que é o câncer de próstata e suas formas de prevenção; a criação de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a realização de exames para a prevenção ao câncer de próstata na população masculina acima de quarenta anos; o desenvolvimento de parcerias com universidades, sociedades civis organizadas e sindicatos, organizando-se debates e palestras sobre a doença e suas formas de combate e prevenção, entre outros (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Algumas pesquisas já foram desenvolvidas no sentido de analisar a relação entre ser homem e adoecer por câncer, a exemplo de duas pesquisas. A primeira, de Dázio, Sonobe e Zago (2009) foi realizada com o objetivo de analisar os sentidos que homens com estoma intestinal atribuem à experiência da doença e do tratamento do câncer colorretal. Participaram da pesquisa 16 homens na faixa etária de 40 a 79 anos, moradores de Ribeirão Preto - SP, e região. Os resultados demonstraram que no processo de adoecimento por câncer, os padrões de masculinidade se alteram, associando normas de subordinação, cumplicidade e marginalização. Entretanto, com o passar do tempo e a superação dos problemas, as normas da masculinidade hegemônica voltam a predominar, fazendo com que o homem volte a sentir-se pertencente ao seu grupo social.

E a segunda de Campos et al. (2011) teve por objetivo compreender os aspectos culturais envolvidos no diagnóstico de neoplasia de próstata no homem do Sul do Espírito Santo. Foi desenvolvido com 170 pacientes do Centro de Oncologia do Hospital Evangélico de Cachoeira de Itapemirim. Os resultados demonstraram que os aspectos culturais e sociais como a masculinidade, a educação, a família, e as crenças e mitos que envolvem o câncer de próstata, influenciam diretamente em como os pacientes convivem com o diagnóstico do câncer de próstata.

4.2 Câncer: aspectos epidemiológicos

Ao longo da sua história o câncer tem sido visto de diversas maneiras. De tumor maligno e incurável à neoplasia, de tragédia individual a problema de saúde pública, sua trajetória tem sido marcada pelo incessante empenho da medicina em controlá-lo pela via da prevenção, aliada ao uso das mais modernas tecnologias médicas de tratamento. Entretanto, os altos custos das tecnologias aliados às dificuldades técnicas para a cura da doença e seu caráter individual, mostram-se

ainda como importantes limitadores da ação terapêutica. (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Segundo os autores, o câncer traz em sua história uma estranha contradição relacionada ao fato de que à medida que a medicina foi galgando novos conhecimentos e desenvolvendo tecnologias cada vez mais poderosas, o pavor das pessoas em relação a essa doença também se ampliou. Isto porque durante muito tempo quase nada se sabia sobre a doença e era nula a capacidade dos médicos em evitar o sofrimento e as mortes que ela causava. Às suas vítimas, só restavam à agonia e muitas vezes a exclusão social causada pelo temor de que ele fosse contagioso.

Neste sentido, o câncer - termo utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações (BRASIL, 2009c) - continua, a ser considerado um importante problema da saúde pública mundial. A World Health Organization (WHO, 2009) estima que as taxas globais de câncer possam crescer 50% entre os anos de 2000 e 2020, passando de 10 para 15 milhões de novos casos da doença. Esta enfermidade representa a segunda causa de mortes no mundo. No Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população, representando aproximadamente 17% dos óbitos.

Conforme recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer IARC/OMS (WHO, 2009), o impacto global do câncer aumentou mais do que o dobro em 30 anos, isto porque o contínuo crescimento populacional e seu decorrente envelhecimento, afeta de forma significativa o impacto do câncer no mundo. Esse impacto incidirá especialmente sobre países de médio e baixo desenvolvimento. A IARC/OMS estimou que, em 2008, metade dos casos novos e cerca de dois terços dos óbitos por câncer ocorreriam nessas localidades.

Ainda segundo dados da IARC/OMS de 2008, ocorreram 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. Destes, os mais incidentes foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos). Para América do Sul, Central e Caribe, estimou-se em 2008 cerca de um milhão de casos novos de câncer e 589 mil óbitos. Nas mulheres, o mais freqüente foi o câncer de mama,

seguido do colo do útero, cólon e reto, estômago e pulmão e nos homens, o mais comum foi o câncer de próstata, seguido por pulmão, estômago e cólon e reto (WHO, 2009).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2010, válidas também para o ano de 2011 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (BRASIL, 2009c).

O câncer de próstata, foco desse estudo, é a neoplasia maligna mais incidente entre os homens brasileiros, depois do câncer de pele não-melanoma, sendo que o número de novos casos esperados foi de 52.350 para o ano de 2010, correspondendo a um risco estimado de 54 casos novos a cada 100 mil homens.

A próstata cresce pouco até a puberdade, quando passa a sofrer influências importantes de hormônios masculinos, alcançando cerca de 20 g por volta dos 20 anos de idade. Estima-se que, a partir dos 31 anos, ela passa a crescer 0,4 g por ano. Está comprovado que o crescimento normal (benigno) da próstata relaciona-se com o avanço da idade do homem. Entretanto, em caso de câncer prostático ou principalmente de HPB (Hiperplasia Prostática Benigna), esse crescimento se torna acelerado e a próstata pode atingir volumes de 60g a 100g, necessitando de tratamento cirúrgico (SPALTEHOLZ; SPANNER, 2006).

Em sua fase inicial, o câncer de próstata tem uma evolução silenciosa. Muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma ou, quando apresentam, são semelhantes ao crescimento benigno da próstata, que pode resultar em dificuldade miccional ou frequência urinária aumentada durante o dia ou a noite. No entanto, uma fase avançada da doença pode ser caracterizada por um quadro de dor óssea, sintomas urinários ou em casos ainda mais graves pode resultar em infecções generalizadas ou insuficiência renal (BRASIL, 2010).

Conforme Brasil (2009c), em valores absolutos, o câncer de próstata é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente entre os homens, representando aproximadamente 10% do total de cânceres, além de ser cerca de seis vezes mais incidente em países desenvolvidos. Com relação ao nosso país, de acordo com suas divisões regionais, a região Sul apresenta uma estimativa de 69 casos de câncer de próstata para cada 100.000 habitantes/ano, o Centro-Oeste 48

casos para cada 100.000, o Sudeste 62 para cada 100.000, o Nordeste 44 para cada 100.000 e a região Norte 24 para cada 100.000 habitantes.

Assim, observa-se que o câncer de próstata pode ser considerado o câncer da terceira idade, uma vez que aproximadamente três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. No Brasil, esse aumento nas taxas de incidência ao longo dos anos pode ser decorrente do aumento da expectativa de vida da população, da evolução dos métodos diagnósticos e da melhoria da qualidade dos sistemas de informação do país (BRASIL, 2009b).

Embora muito pesquisado, o papel dos fatores ambientais na gênese do câncer de próstata ainda permanecem indefinidos, sendo enfatizada por alguns estudos a associação desta doença a componentes dietéticos específicos (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005). Uma dieta baseada em gordura animal, carne vermelha e cálcio tem sido associada ao aumento no risco de desenvolver este tipo de câncer. Já uma dieta rica em vegetais, selênio, vitaminas D e E, licopeno e ômega-3 tem indicado proteção para o desenvolvimento dessa neoplasia. Além disso, acredita-se que a obesidade seja um fator de risco para a mortalidade por câncer de próstata (BRASIL, 2009b)

Alguns estudos sugerem ainda que raça/etnia esteja relacionada ao desenvolvimento do câncer de próstata. Esse tipo de tumor é, em torno de 1,6 vezes, mais comum em homens negros quando comparados com homens brancos. Além disso, história familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade é outro marcador de importância, podendo aumentar o risco em 3 a 10 vezes em relação à população em geral. Outros fatores cujas associações com câncer da próstata foram detectadas em alguns estudos incluem o “fator de crescimento análogo à insulina” (insulin-like growth factor), consumo excessivo de álcool, tabagismo e a vasectomia. Entretanto, em aspectos gerais, sabe-se pouco sobre a maioria dos fatores estudados, já que os estudos epidemiológicos têm encontrado resultados inconsistentes em relação a este tipo de câncer (BRASIL, 2002).

Apesar do crescente número de casos, segundo Brasil (2011), o câncer de próstata é considerado uma neoplasia de bom prognóstico desde que diagnosticada e tratada precocemente. Em geral, a sobrevida média mundial estimada em cinco anos é de 58%. Nos países desenvolvidos, essa sobrevida passa para 76% e nos países em desenvolvimento 45%.

Este bom prognóstico pode ser alcançado através de ações que visam o diagnóstico precoce da doença em indivíduos sintomáticos e por ações de rastreamento, através da realização de exames para a detecção da doença em indivíduos assintomáticos. Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA), até o momento não existem evidências de que o rastreamento para o câncer da próstata identifique indivíduos que necessitam de tratamento ou de que esta prática reduza a mortalidade do câncer de próstata. Além disso, o baixo valor preditivo positivo dos testes de rastreamento leva a uma elevada proporção de resultados falso-positivos, e, conseqüentemente, um alto índice de realização de biópsias desnecessárias, o que fez com que esse instituto não recomendasse este tipo de prática (BRASIL, 2002).

Todavia, o INCA (2002) indica como método diagnóstico o chamado rastreamento oportunístico (case finding), ou seja, a sensibilização de homens com idade entre 50 e 70 anos que procuram os serviços de saúde por motivos outros que o câncer da próstata sobre a possibilidade de detecção precoce deste câncer por meio da realização dos exames do toque retal e da dosagem do antígeno prostático específico (PSA total), informando-os sobre as limitações, os benefícios e os riscos da detecção precoce do câncer da próstata. Além disso, é imprescindível que os profissionais de saúde sejam sensibilizados e capacitados quanto a novos avanços nos campos da prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos referentes ao câncer da próstata.

Acredita-se que o conhecimento da patologia e o acesso aos serviços preventivos e de diagnósticos sejam pontos chaves na prática preventiva. Isto porque quanto mais cedo a doença for diagnosticada, maiores serão as chances de cura e conseqüentemente melhor o prognóstico, permitindo ao doente a oportunidade de um tratamento menos agressivo e mutilante. Neste sentido, um número cada vez maior de indivíduos sobrevive à experiência do câncer e a vivência de modo particular, necessitando de apoio e cuidados que vão além daqueles relacionados aos aspectos físicos, sociais, psicológicos e econômicos.

4.3 Sobreviver ao câncer

A terminologia “sobrevivente ao câncer” pode ter diversos significados entre as pessoas que vivenciaram esta doença, os autores, os profissionais da saúde e a

população em geral. Mullan (1985) em seu ensaio "*Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer*", foi o primeiro a discutir a experiência do câncer em termos de uma progressão de eventos ou estágios, propondo um modelo de sobrevivência que incluía três etapas: a aguda, a estendida e a permanente. A fase aguda, segundo o autor, inicia-se com o diagnóstico de câncer e estende-se durante toda a busca por novos diagnósticos e tratamentos. Mullan descreve o medo, a ansiedade e a dor resultante da doença e do tratamento como elementos importantes e constantes desta fase. Esta é uma fase definida não somente pela experiência da pessoa diagnosticada com câncer, mas também por todos aqueles membros da família que são afetados por este diagnóstico.

O estágio estendido de sobrevivência começa quando o sobrevivente entra em remissão da doença ou concluiu o tratamento. Para o autor, este estágio é um tempo de espera vigilante, com o indivíduo perguntando-se se os sintomas podem ser sinal de recidiva ou apenas parte da vida cotidiana. O fim do tratamento e seu consequente declínio de contato com a equipe de saúde podem ser importantes geradores de ansiedade. Durante esta fase, os sobreviventes podem aprender a viver com os efeitos colaterais crônicos e ansiedades que o acometem.

O estágio permanente é definido como a época em que a probabilidade do retorno da doença ou sua atividade sobre o indivíduo é suficientemente pequeno que o câncer já pode ser considerado vencido. Mullan (1985) reconhece que esta fase é mais complexa do que simplesmente o estado da doença: uma pessoa nesta fase ainda pode enfrentar desafios sociais e econômicos, como problemas no emprego, desafios psicológicos, medo de recidiva e dos efeitos secundários do tratamento.

Outro autor que escreveu sobre esta temática, Leigh (1996) refere que quando o câncer ainda era considerado incurável, o termo "sobrevivente" era usado para definir os membros da família que sobreviveram a perda de um ente querido. Com o advento das tecnologias, do maior conhecimento e compreensão frente a esta patologia, os médicos passaram a usar um prazo de cinco anos para definir um indivíduo como sobrevivente. Assim, se não houvesse recidiva do câncer nos cinco anos seguintes, os pacientes eram considerados sobreviventes.

Após os trabalhos de Mullan (1985) e Leigh (1996), a Lance Armstrong Foundation (LAF, 2003) definiu a experiência de sobreviver ao câncer como viver "com", "através" e "além" do câncer. Viver "com" o câncer refere-se à experiência de receber um diagnóstico de câncer e qualquer tratamento que pode se seguir,

vivendo "através de" câncer refere-se ao estágio prolongado após o tratamento, e viver "além" de câncer refere-se ao pós-tratamento e sobrevivência a longo prazo. Embora essa definição seja projetada para significar a experiência de sobrevivência como uma progressão, este processo é único para cada paciente, e movimento de uma fase para outra não possuem limites estabelecidos.

Conforme a *National Coalition for Cancer Survivor ship* (NCCS, 2003), o termo sobrevivente ao câncer é utilizado para descrever um indivíduo a partir do momento de seu diagnóstico ao longo dos anos restantes de sua vida. O *National Cancer Institute* (NCI), dos Estados Unidos da América, ampliou esta definição, incluindo também como sobreviventes familiares, cuidadores e até mesmo amigos destes indivíduos.

Segundo a *American Cancer Society* (ACS, 2004), o crescente progresso no diagnóstico precoce e os diversos tratamentos disponíveis para o enfrentamento do câncer têm, desde 1950, levado a um aumento progressivo da população de sobreviventes. Neste sentido, como exemplo tem-se os Estados Unidos que possuem em torno de 3,5% de sua população, o que representa mais de 10 milhões de pessoas, sobreviventes ao câncer. Acredita-se que este número deva crescer drasticamente à medida que a população envelhece (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003; NCI, 2003).

Embora o número de sobreviventes tenha aumentado, diversos autores, dentre eles Gotay e Muraoka (1998) e Yabroff et al (2004) referem que a saúde destes sobreviventes não é a mesma da população em geral, isto porque além do longo prazo e dos possíveis efeitos tardios do tratamento, os sobreviventes ao câncer enfrentam um maior risco de ganhar peso e de sofrer de doenças cardiovasculares, diabetes e osteoporose, o que pode acarretar em importantes limitações em sua vida diária, em seu funcionamento psicológico e em sua capacidade de trabalho (BAKER et al, 2005).

Profissionais de saúde e sobreviventes ao câncer têm sugerido que a experiência do câncer fornece um importante momento em que o sobrevivente pode ser motivado a avaliar e mudar comportamentos, objetivando um estilo de vida mais saudável (BROWN et al, 2003). Neste sentido, segundo os autores, a saúde e o comportamento dos sobreviventes de câncer foram avaliados em diversos estudos, muitos dos quais mostraram mudanças positivas nos comportamentos de saúde

após o diagnóstico, a exemplo da redução do uso de tabaco e melhorias na dieta alimentar.

É importante ressaltar que as taxas de sobrevivência ao câncer dependem muito do local onde se iniciou o crescimento das células malignas e o estágio de progressão em que o câncer foi diagnosticado. Neste sentido, a prática de ações de prevenção (controle do tabaco, uso de protetor solar, entre outros) e a ampliação dos esforços de detecção precoce dos diversos tipos de câncer, aliados a avanços em pesquisas e atendimento clínico levaram a uma redução na mortalidade por câncer (NCI, 2003).

Entretanto, apesar da atual visão otimista frente à sobrevivência de indivíduos diagnosticados com câncer, tendências estatísticas indicam que os benefícios dos conhecimentos atuais frente aos tratamentos do câncer, não são acessados igualmente por todos os membros de nossa sociedade (AZIZ; ROWLAND, 2003). Quando as taxas de sobrevivência são discriminadas por raça/etnia, os afro-americanos são mais propensos a desenvolver e a morrer de câncer do que pessoas de qualquer outro grupo racial ou étnico. Além disso, esta população tem maior risco de morrer dos quatro tipos mais comuns de câncer (pulmão, mama, cólon e próstata) do que qualquer outro grupo minoritário.

No Brasil, conforme o *International Cancer Control Congress* (ICCC, 2007), embora as taxas de sobrevivência tenham aumentado e a sobrevivência esperada para todos os cânceres seja de aproximadamente 50% em cinco anos, ainda é escasso o número de estudos que avaliam o sobrevivente ao câncer de forma continuada, como já ocorre em países como os Estados Unidos.

Em nosso país, para todos os tumores, em ambos os sexos, observa-se, no período de um ano, a relação média de um óbito para cada três casos novos de câncer. Esta relação, conforme o ICCC (2007) é consequência da sobrevivência relativa média de cada tumor, que sofre influência das características do tumor, possibilidade de um diagnóstico precoce e a existência de tratamento eficaz.

Segundo Salci e Marcon (2010) sobreviver ao câncer vai além das incorporações de novas tecnologias, uma vez que cada indivíduo tem um modo particular de continuar a vida após o diagnóstico da doença. Neste sentido, visando oferecer uma melhor qualidade de vida a esta população, cabe aos profissionais da saúde buscar ampliar a compreensão frente aos diversos aspectos que compõem a patologia do câncer, objetivando aplicar estes conhecimentos na forma de

intervenções e estratégias de sucesso que possam realmente ajudar as pessoas que vivem com, através e além do câncer.

Muniz (2008), em seu estudo sobre a experiência do paciente oncológico em tratamento radioterápico, observou que os informantes, durante o percurso do tratamento, adaptaram-se à sua nova condição de vida, retomaram suas atividades diárias e buscaram planejar o futuro com esperança, apesar da dúvida quanto à cura da doença, uma vez que a experiência do câncer os insere em um processo de incertezas que persiste para o resto de suas vidas.

4.4 Ser resiliente

A palavra resiliência origina-se do latim *resílio*, *re+salio*, que significa "ser elástico". Nas Ciências Físicas, o conceito de resiliência tem como um de seus precursores o cientista inglês Thomas Young que em 1807, considerando tensão e compressão, introduziu pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade, no qual buscava entender qual a relação entre a força que era aplicada em um corpo e a deformação que esta força produzia (YUNES, 2003). Neste sentido, a resiliência de um material pode ser entendida como a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar sem sofrer deformações permanentes.

A resiliência como foco da temática do desenvolvimento humano em situações de risco vem sendo estudada por vários autores desde a década de 1970, através de pesquisas como a de Andrade (2001) que busca identificar os fatores de risco e de proteção que contribuem para a adaptação dos indivíduos. Deste modo, a principal preocupação dos pesquisadores reside em identificar fatores que auxiliam as pessoas a manter um desenvolvimento saudável na presença das mais variadas adversidades. Neste sentido, as pesquisas mais recentes revelam que a resiliência não é um dom inato de certas pessoas especiais, ela é, na verdade, um tipo de competência pessoal e social, que pode ser apreendida, promovida e desenvolvida nas pessoas.

Contrapondo esta visão, Yunes (2001) entende que os indivíduos resilientes eram aqueles que, como uma bola de borracha ou uma verga de aço, seriam capazes de sobreviver a situações estressantes sem apresentar nenhum tipo de dano definitivo em sua saúde emocional ou competência cognitiva. Atualmente,

embora esta concepção ainda seja freqüente nos estudos sobre o tema, o conceito procura abranger outras dimensões.

A partir da década de 1990, ampliando os conhecimentos sobre o tema da resiliência, diversos estudiosos como Yunes (2001), Yunes (2003), Pinheiro (2004) e Masten (2001) reconhecem a resiliência como um fenômeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano. Desta forma, os autores entendem a resiliência como a capacidade do sujeito, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela.

De acordo com Melillo, Suárez-Ojeda e Rodríguez (2004), o conceito de resiliência nasceu e se desenvolveu no Hemisfério Norte, através de Michael Rutter na Inglaterra, e Emmy Werner nos Estados Unidos. Mais tarde chegou à América Latina. Segundo esses autores existiriam três bases teóricas de estudos a respeito da resiliência: a norte-americana basicamente pragmática e centrada no indivíduo; a européia, com maiores enfoques psicanalíticos e uma perspectiva ética e a latino-americana de enfoque comunitário, voltada para o social como resposta lógica aos problemas vivenciados pela sociedade.

No Brasil, os primeiros trabalhos relacionados à resiliência surgiram entre os anos de 1996 e 1998, com estudos sobre crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial, redes de apoio social e afetivo de criança em situação de risco e na área ocupacional associando a resiliência ao perfil do executivo. Entretanto, as pesquisas sobre resiliência como tema central ou associada a outros aspectos tiveram seu desenvolvimento maior nos últimos cinco anos (SOUZA; CERVENY, 2006). Laranjeira (2007) acrescenta que os poucos estudos a respeito da resiliência questionam se a resiliência é adquirida na infância ou e se todas as pessoas são resilientes.

Um conceito interessante a respeito da resiliência foi proposto por Rutter (1999), que a compreende como resultante da interação entre fatores genéticos e ambientais. Para o autor, ela pode ser entendida como uma relativa "resistência" manifestada por algumas pessoas diante de situações consideradas com potencial risco psicossocial. É justamente esse caráter relativo que faz com que o fenômeno seja observado em algumas circunstâncias, mas em outras não, dependendo da etapa do ciclo vital na qual o sujeito se encontra quando enfrenta a adversidade.

Para Noronha et al (2009), a resiliência caracteriza-se pela capacidade do ser humano de enfrentar as situações cotidianas da vida de forma positiva, apesar

das dificuldades que enfrenta ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural.

O indivíduo que apresenta elevada resiliência é capaz de se recuperar por encontrar o suporte necessário que o ajuda a prosseguir, transformando sua trajetória, do ponto de vista social e cultural, positiva, apesar de ainda conservar as marcas do que enfrentou (CYRULINK, 2001). Desta forma pode-se concluir que cada indivíduo vivencia de maneiras diferentes as desventuras da vida, a exemplo dos sobreviventes ao câncer. Assim, indivíduos que apresentam um alto grau de resiliência provavelmente enfrentam de melhor forma o câncer, podendo tornar esta experiência construtiva.

Como importante adversidade e foco deste trabalho, tem-se o câncer, que é reconhecido como uma doença crônico-degenerativa que aflige pessoas no mundo todo, independente de religião, cultura ou classe social. O impacto de seu diagnóstico é em geral aterrador, pois apesar dos importantes avanços terapêuticos, permanece ainda o estigma de doença mortal (CAMARGO, 2000).

Conforme Tavares (2001), o desenvolvimento da capacidade de resiliência nos indivíduos, passa pela sua capacidade de auto-regulação e auto-estima, ou seja, pela sua motivação e mobilização das capacidades de ser, estar, ter, poder e querer.

Diante destas considerações, tem-se a importância de trabalhar a resiliência como um conceito que permite uma melhor compreensão do processo de adoecimento e recuperação do sobrevivente ao câncer, pois ela pode auxiliar os indivíduos a enfrentarem a doença de modo positivo, melhorando assim sua qualidade de vida.

5 Referencial Teórico

Para que se possa entender de que forma e quais os mecanismos de que o sobrevivente ao câncer se utiliza para enfrentar a doença é necessário discutir a cultura que envolve seu cotidiano. Nesse estudo será utilizado como referencial teórico os conceitos de Clifford Geertz a respeito da cultura do homem.

Clifford Geertz, nascido no dia 23 de agosto de 1926, em San Francisco, na Califórnia, é considerado o criador da antropologia interpretativa ou hermenêutica e um dos mais influentes antropólogos norte-americanos da segunda metade do século XX (GEERTZ, 1997).

A teoria de Geertz refere-se a interpretações que transformam em conhecimento científico aquilo que ele considera um ciclo de símbolos, significados, concepções, formas, textos e culturas, cujo objetivo é sugerir a existência de um sistema de persistência de questionamentos e ações com objetivos diversos, inspirados por uma visão preestabelecida de como devemos proceder dentro da sociedade (GEERTZ, 1997).

Em sua teoria, a palavra hermenêutica sugere o processo de tornar uma situação ou uma coisa, compreensível, ou ainda, o estudo dos princípios metodológicos de interpretação e explicação. A interpretação é construída a partir da questão sobre a qual o intérprete aborda o seu tema ou através da tematização das respostas às questões que os outros intérpretes levantaram. A hermenêutica fornece interpretações moldadas pelas interrogações. Orienta-se não só em como obter interpretações válidas, mas também, na natureza ou dinâmica da própria compreensão (GEERTZ, 1989).

Partindo do raciocínio de Max Weber no qual o homem é um animal que vive preso a uma teia de significados por ele mesmo criada, Clifford Geertz sugere que essa teia e sua análise seja o que chamamos de cultura.

Para Geertz (1989), a cultura é definida como as teias de significados que o homem teceu e nas quais ele enxerga seu mundo, sempre procurando seu significado. Os praticantes da antropologia constroem uma análise do significado que é constituído e estabelecido socialmente e, por conseguinte, surgindo de um contexto com sistemas entrelaçados de símbolos públicos interpretáveis (TSU, 2001).

No trabalho de análise dessa teia, a missão do antropólogo é desvendar esses significados, estabelecendo relações entre si. Uma boa interpretação somente será possível através do estabelecimento dessas relações, da seleção de informantes, da transcrição de textos, do levantamento de genealogias, do mapeamento de campos entre outros, ou seja, através de um levantamento etnográfico. Além disso, para Geertz a cultura não é nunca particular, mas sempre pública, ou seja, os fatos inovadores nascem e evoluem numa reprodução espontânea e despercebida dos sujeitos culturais, sendo percebidos, muitas vezes, somente por indivíduos estranhos aquele espaço cultural (PROCHNOW, LEITE; ERDMANN, 2005).

Além disso, para Geertz (1997), o estudo interpretativo da cultura representa um empenho em compreender e aceitar as diversas formas que as pessoas constroem e vivem suas vidas. Para tanto, é importante acreditar que todos possuem a mesma natureza e que todos são “apenas mais um exemplo de forma que a vida humana adotou em um determinado lugar, um caso entre casos [...]” (GEERTZ, 1997:30)

Desta forma, ao tentar analisar os aspectos que abrangem a cultura do outro, devemos concentrar-se nos significados que ações, imagens, eventos, formas de agir desse indivíduo, lembrando que “por mais estranhos que sejam os modos de pensar e os sentimentos de outras pessoas, esses podem, de alguma forma, ser relacionados com a maneira como vivemos hoje” (GEERTZ, 1997: 65).

Outro ponto interessante abordado por Geertz (1997), com relação à cultura do homem, é o fato de que os seres humanos são muito mais induzidos por forças que submissos as regras impostas pela sociedade, isto porque, estas mesmas regras permitem o desenvolvimento de estratégias, que por sua vez inspiram e desencadeiam ações. Desta forma, entendendo a cultura como um mecanismo de controle, o homem pode ser considerado o animal mais dependente de controles extra genéticos para regularem o seu comportamento.

Aproximando esse pensamento de Geertz a saúde do homem com câncer de próstata, pode-se perceber que a sociedade tem influenciado de sobremaneira as atitudes desses sujeitos no tocante ao seu autocuidado. Desde o momento da realização do exame diagnóstico até o final dos tratamentos - muitas vezes mutilatórios e com possíveis sequelas no desempenho sexual - muitos homens tem suas ações permeadas por preconceitos ainda presentes no meio social, que por vezes, dificultam e/ou impossibilitam o diagnóstico precoce.

Neste sentido, tem-se a importância da sociedade no desenvolvimento e manutenção da cultura, uma vez que, se o comportamento humano não fosse dirigido por padrões culturais, este seria simplesmente um conjunto, ou caos de atos sem significados, permeados por explosões emocionais. Assim, *a cultura não é apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para ela (GEERTZ, 1989).*

Acreditando que a cultura influencia na vida do indivíduo, entende-se que ser resiliente está relacionado com as teias de significados construídas pelo sobrevivente ao câncer de próstata.

6 Metodologia

Tendo o presente estudo o objetivo de compreender a construção da resiliência como estratégia de enfrentamento para o homem sobrevivente ao câncer de próstata entende-se que a abordagem metodológica mais adequada seja a qualitativa, exploratória descritiva. Para Minayo (2007) a metodologia qualitativa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos de grupos particulares, aplicando-se ao estudo da história, das representações, relações, crenças, percepções e opiniões, ou seja, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem a si, sentem e pensam. Turato (2005) afirma que abordagem qualitativa foca na dimensão do subjetivo no qual as experiências e os processos de significação estão voltados para o reconhecimento do ponto de vista do outro.

Conforme Trivinões (2010, p. 109) os estudos exploratórios permitem ao investigador aprofundar sua experiência em torno de determinado assunto, partindo de uma hipótese, aprofundando seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes. Além disso, esse tipo de pesquisa tem como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

As pesquisas descritivas têm como objetivo principal descrever peculiares de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2002).

Buscando ferramentas que auxiliem a compreensão da construção da resiliência como estratégia de enfrentamento do homem sobrevivente ao câncer de próstata optou-se por utilizar o método de estudo de caso etnográfico para coleta dos dados.

6.1 Estudos de Caso Etnográfico

Conforme Minayo (2007) a etnografia engloba as dimensões biológicas, estruturais e políticas dos indivíduos ao mesmo tempo em que considera os aspectos histórico-culturais e simbólicos na sua realização. Assim, esse método de pesquisa destaca a importância de entender o mundo simbólico no qual as pessoas estão inseridas, tentando enxergar os fatos da maneira como elas veem, na tentativa de captar os sentidos que elas atribuem às suas próprias experiências.

Para Geertz (1989) a etnografia é proposta como uma descrição densa, na qual o papel do pesquisador é o de descrever o discurso social, anotando-o e transformando-o em conhecimento científico pela utilização da observação participante, da entrevista em profundidade, da análise documental, do registro fotográfico entre outros. Para o autor, a cultura é um "texto" que deve ser lido e interpretado constituindo-se no material de trabalho da antropologia. Por isso, encontrar o sentido dos fenômenos é tarefa do pesquisador. Pizza (2005) complementa ainda que para que se possa descrever de modo sistemático as experiências dos indivíduos observados é necessário que o pesquisador se insira no contexto onde vivem os informantes, entrando em contato direto com estes.

Sato e Souza (2001) salientam que a etnografia se caracteriza por: obter sempre uma descrição, documentando o não documentado, como produto de trabalho analítico. Assim, o pesquisador deve permanecer um tempo prolongado no campo de investigação de forma a interpretar e integrar conhecimentos locais junto com a descrição, construindo dessa forma, conhecimentos, descrevendo realidades e relacionando-as às inquietações teóricas gerais. Assim, o etnógrafo observa e, paralelamente, interpreta.

Como o presente estudo pretende ser rico em detalhes e perspectivas, optou-se por utilizar o estudo de caso (EC) etnográfico para coleta dos dados.

Segundo Stake (2003) e Walcott (1994, 2002) o EC não é um método, mas sim um modo de organizar a coleta e a apresentação dos dados. Para os autores, sob a abordagem etnográfica, ele tem o objetivo de registrar os comportamentos humanos tendo por base a cultura dos indivíduos. Desta forma, o estudo é focalizado nos aspectos culturais e sociais de determinado grupo de pessoas, fornecendo relatos sobre, por exemplo, doenças ou estilos de vida. Além disso, a

amplitude do EC compreende não somente o comportamento de uma pessoa, mas também dos indivíduos que interagem com ela, em seu cotidiano social.

O estudo de caso proporciona uma visão ampliada ou holística de um fenômeno ou processo, capacitando o pesquisador a estudar diferentes aspectos, examiná-los entre si, enxergar o processo dentro do ambiente em que ocorre, além de instigá-lo a usar suas habilidades para compreendê-lo como um todo (STAKE, 2003). Para o autor, este tipo de estudo também é útil para analisar problemas ou situações que afetam a vida cotidiana das pessoas que, para melhor serem compreendidos, podem ser analisados por método etnográfico. Como produto final, espera-se uma descrição com riqueza de detalhes do fenômeno estudado, que permitem ao pesquisador descrever, produzir e analisar as mais diversas situações.

Neste tipo de estudo, os principais métodos de coleta dos dados são a observação participante e a entrevista em profundidade. Neste sentido, conforme Lobiondo-Wood e Haber (2001) na observação participante, o pesquisador não está simplesmente olhando o que está acontecendo, mas observando, com olhos treinados, certos acontecimentos específicos. Entretanto, é necessário que ele perceba os momentos em que deve somente observar e os que sua participação é importante, ponderando estes momentos com os informantes (MURCHISON, 2010).

Aliado a observação participante estão às anotações de campo, que podem ser entendidas como o processo e análise de informações coletadas a partir das observações e reflexões realizadas sobre as expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as primeiro, e posteriormente fazendo comentários críticos sobre as mesmas (TRIVINÕS, 2010 p.154). Este documento exige disciplina do pesquisador, que deve realizar as anotações o mais breve possível para evitar o esquecimento de fatos potencialmente importantes para a construção dos resultados.

Outra estratégia para coleta de dados dos EC é a entrevista semi estruturada, que segundo Trivinõs (2010, p.146), é aquela que parte de questionamentos básicos, apoiados em pressupostos, quem em seguida permitem um amplo campo de interrogações que surgem à medida que se recebem as respostas dos informantes.

A entrevista em profundidade é uma técnica dinâmica e flexível, útil para apreensão de uma realidade tanto para tratar de questões relacionadas ao íntimo do

entrevistado, como para descrição de processos complexos nos quais está ou esteve envolvido.

Como forma de representar as estruturas que compõe o convívio social do homem sobrevivente ao câncer considera-se a importância da construção do ecomapa dos informantes.

O ecomapa tem por objetivo principal representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, ou seja, as conexões importantes entre a família e o mundo. Na constituição do ecomapa, a pessoa está ligada a círculos externos que representam o trabalho, pessoas significativas e instituições acessadas pela família (WRIGHT; LEAHEY, 2008).

Assim, para representação do ecomapa utilizam-se linhas para indicar a natureza dos vínculos afetivos, conforme os símbolos apresentados abaixo:

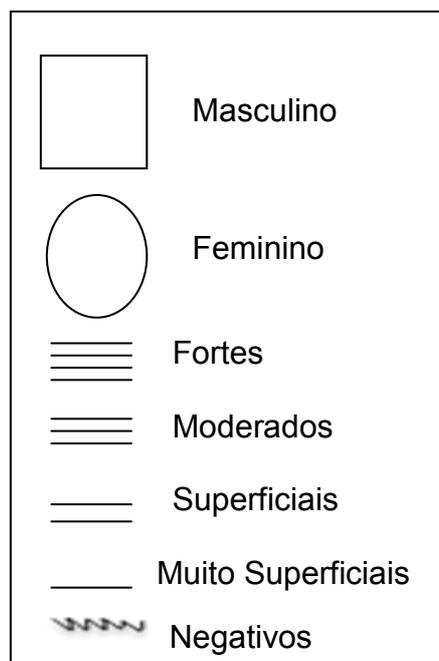


Figura 1. Símbolos utilizados nos diagramas de vínculos. (WRIGHT, LEAHEY, 2008, pag. 80)

6.2 A operacionalização do estudo

A coleta de dados será norteada conforme as quatro etapas propostas por Hammersley e Atkinson (2007) para a pesquisa etnográfica.

a) *seleção do contexto social*: o contexto pode ser estudado de diferentes ângulos, mas nem todos serão alvo de investigação. Desta forma, é importante considerar todas as dimensões existentes. Uma delas é o ambiente social de investigação – o local/contexto onde será realizada a pesquisa. Outra, as pessoas – os sujeitos do estudo, devendo estes pertencer a categorias formais e informais. São também dimensões: o tempo – quando observar; e as situações/locais - devem ser selecionadas as situações/locais que representem as construções sociais do fenômeno a ser investigado.

b) *o trabalho de campo*: é a fase principal do estudo etnográfico, pois o pesquisador deve planejar a sua entrada no campo com contatos prévios, esclarecendo a finalidade, o objetivo e as estratégias para a coleta dos dados do estudo. São realizados também os encaminhamentos para o comitê de ética, visando à aprovação para a realização do estudo. Existem duas estratégias fundamentais: a observação participante e a entrevista.

c) *a análise dos dados*: nesta etapa, o pesquisador necessita reconhecer, nos dados, os aspectos do contexto estudado, com o propósito de encontrar significado no material informativo proveniente das fontes utilizadas. Esses dados constituem-se em peças de um quebra-cabeça que o pesquisador tem que ir encaixando, até incorporar a um esquema de significados coerente com a realidade estudada, e que aos poucos possa guiá-lo para a descrição e compreensão, o que pode constituir-se num processo complexo da pesquisa, exigindo esforços e perícia do pesquisador.

d) *análise final dos dados*: compreende a descrição densa do estudo etnográfico, focalizando as unidades de sentido e os núcleos de significados, contextualizados.

6.2.1 O contexto social do estudo

Conforme Hammersley e Atkinson (2007), o contexto social envolve a seleção do local e os informantes do estudo. Neste sentido, o contexto social selecionado para a realização deste estudo será o domicílio dos informantes.

6.2.2 O trabalho de campo

Este estudo é um recorte da pesquisa “A resiliência como estratégia de enfrentamento para o sobrevivente ao câncer”, (MUNIZ, 2009), sob a coordenação da Enf.^a Dra. Rosani Manfrin Muniz, que permitiu formalmente a pesquisadora mestranda utilizar os dados necessários (ANEXO A). Esta pesquisa, de caráter quantitativo e qualitativo, foi realizada na Unidade de Oncologia do Hospital Escola (UFPeI). A parte quantitativa, que caracterizou a população e o grau de resiliência dos sujeitos, afirmado segundo os resultados da aplicação da Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young em 1993 e adaptada ao português por Pesce et al. (2005), ocorreu no período de março a junho de 2010, na cidade de Pelotas/RS e contou com uma amostra de 264 adultos sobreviventes ao câncer, atendidos no Serviço de Oncologia do Hospital Escola da UFPeI.

A escala de Wagnild e Young (1993) é um instrumento útil para medir a resiliência e pode ser usado por profissionais de saúde para ajudar os pacientes a lidar de forma eficaz com situações estressantes, como o enfrentamento das doenças crônicas (GIRTLER et al., 2010). Nesta escala os escores têm uma amplitude que varia entre 25 a 175 pontos, com escores de 25 a 120 indicando baixa resiliência, de 125 a 145 indicando moderadamente baixa a moderada resiliência e escores maiores que 145 indicando moderadamente alta a alta resiliência (WAGNILD, 2009).

Para a seleção dos sujeitos deste estudo, primeiramente, foram selecionados, dos 264 participantes da pesquisa, os indivíduos do sexo masculino, que constaram de 85. Destes, foram selecionados apenas os que apresentavam moderadamente alto a alto grau de resiliência, ou seja, que quantificaram um escore superior a 145 pontos, somando 40 sujeitos. Após o levantamento destes dados, foram separados somente os sobreviventes com histórico de câncer de próstata de moderadamente alto a alto grau de resiliência, o que resultou na ocorrência de 11 sujeitos.

Posteriormente, serão selecionados para comporem esta pesquisa os dois primeiros sujeitos que se adequarem aos seguintes critérios de inclusão:

- * Ter participado da primeira etapa da pesquisa;
- * Ser sobrevivente ao câncer de próstata com alto grau de resiliência;
- * Residir no perímetro urbano do município;
- * Estar apto a comunicar-se com clareza verbalmente.

Justifica-se a escolha de dois informantes devido ao estudo de caso etnográfico exigir do pesquisador uma imersão profunda no contexto ao qual ocorre o fenômeno.

6.2.3 Aspectos éticos

O presente estudo será realizado a partir dos dados da pesquisa intitulada “A resiliência como estratégia de enfrentamento para o sobrevivente ao câncer” (MUNIZ, 2009), que obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 31/2009 em 17 de agosto de 2009 (Anexo B).

Os princípios éticos serão assegurados conforme a Resolução COFEN 311/2007, capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de (2007)¹, artigos 89, 90 e 91, os quais expõem aspectos sobre as responsabilidades e deveres, e artigos 94 e 98 os quais tratam das proibições; e também de acordo com a Resolução nº 196/96² do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde que trata das pesquisas envolvendo seres humanos.

6.2.4 A entrada no campo

A entrada no campo ocorrerá a partir de abril de 2012. Primeiramente os sujeitos serão contatados por telefone e informados sobre os objetivos da pesquisa. Após o aceite, será agendada a primeira visita no domicílio dos sujeitos, onde serão novamente reforçados os objetivos e o convite. Mediante o aceite, os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A) em duas vias, sendo uma entregue ao informante.

¹ Capítulo III (responsabilidades e deveres): artigo 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; artigo 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; artigo 91 – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. (proibições): artigo 94 – Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; artigo 98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

² Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, incorpora sob a ética do indivíduo e das coletividades aos quatro referenciais básicos da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Posteriormente acontecerão encontros, previamente agendados, nos quais serão coletados os dados, por meio de entrevista em profundidade com roteiro semiestruturado composto por questões da experiência de adoecer e sobreviver ao câncer e também com os dados para a construção do ecomapa (APENDICE B), da observação participante (APÊNDICE C) e as anotações do diário de campo (APENDICE D). Para a realização da entrevista será utilizado um gravador, com autorização prévia do informante.

6.5 Análise dos dados

No estudo etnográfico, a análise dos dados ocorre concomitante à coleta, ou seja, é um processo cíclico. Na medida em que eles são coletados, a pesquisadora inicia uma pré-análise, gerando questões reflexivas sobre o fenômeno, retornando, posteriormente, ao campo para respondê-las, até que tenha a descrição densa das experiências apreendidas (MUNIZ, 2008). A análise dos dados será realizada tendo por base o que determina Minayo (2007).

A análise dos dados será desenvolvida em dois níveis de interpretação. O primeiro nível é voltado a compreensão do contexto dos sujeitos, sua história, sua inserção e participação nos diversos setores que compõe sua rede de relações. Nesse momento, também é realizado um mapeamento do sistema de saúde local e dos perfis de morbimortalidade da população em estudo. O primeiro nível objetiva compreender o sujeito em sua totalidade, tendo em vista que “todo ato humano que atravessa o meio social se realiza no sujeito que vive, pensa, sente e reflete o mundo”. O segundo nível compreendeu o encontro com os fatos empíricos, no qual procuraram-se, nos relatos dos informantes, o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações. Este nível é operacionalizado em três fases:

1) *Ordenação dos dados*: esta etapa envolve a transcrição das entrevistas, das observações e dos diários de campo, realizando uma leitura desses materiais de forma ordenada, permitindo a pesquisadora o desenvolvimento de um mapa horizontal das descobertas de campo.

2) *Classificação dos dados*: momento em que se realiza a leitura exaustiva dos textos, também chamada “leitura flutuante” - que permite a pesquisadora identificar as estruturas relevantes, as ideias centrais dos discursos, apreendendo os dados comuns e os diferentes dos discursos dos informantes.

Além disso, nesta etapa realiza-se uma leitura transversal, identificando em cada discurso as categorias empíricas, ou seja, as unidades de sentido. Posteriormente, as unidades semelhantes devem ser agrupadas, buscando identificar conexões entre elas, fazendo uma reflexão exaustiva, buscando compreender e interpretar o que foi exposto.

3) *Análise Final*: depois de finalizadas as etapas de organização e classificação dos dados, momentos que exigem profunda imersão sobre o material empírico, realiza-se uma releitura das unidades de significado, em paralelo com os objetivos da pesquisa, integrando estes sentidos com as bibliografias referentes ao tema e o contexto dos informantes.

6.6 Divulgação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados e discutidos na dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFPel. Também serão publicados na forma de artigos científicos, encaminhados a periódicos indexados a área da enfermagem e áreas afins, bem como apresentados em eventos científicos relacionados ao tema.

6.7 Cronograma

A seguir estão apresentadas as atividades que serão desenvolvidas durante o curso de Mestrado, nos anos de 2011 e 2012.

Quadro 1 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.

	1° Sem / 2011	2° Sem / 2011	1° Sem / 2012	2° Sem / 2012
Definição do tema	X			
Revisão de Literatura	X	X	X	X
Construção do Projeto	X	X		
Qualificação do Projeto		X		
Coleta dos Dados			X	
Análise dos dados			X	X
Elaboração dissertação			X	X
Apresentação dissertação				X

Fonte: Cronograma elaborado pela pesquisadora, 2011.

- Já recebeu aprovação do Comitê de Ética.

6.8 Orçamento

Quadro 2 – Recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do projeto

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Lápis	10	R\$ 1,00	R\$ 10,00
Borracha	05	R\$ 0,50	R\$ 2,50
Caneta	10	R\$ 2,00	R\$ 20,00
Prancheta	02	R\$ 8,00	R\$ 16,00
Gravador MP3	02	R\$100,00	R\$ 200,00
Pilha (Pacote)	05	R\$ 6,00	R\$ 30,00
Pen Drive	01	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Papel A4 (pacote de 500 folhas)	02	R\$ 22,00	R\$ 44,00
Caderno	01	R\$ 7,00	R\$ 7,00
Vale Transporte	60	R\$ 2,35	R\$ 141,00
Impressões (folhas)	2000	R\$ 0,10	R\$200,00
Encadernações simples	10	R\$ 3,00	R\$ 30,00
Encadernação Capa dura	06	R\$ 50,00	R\$ 300,00
Revisor Português	02	R\$ 300,00	R\$600,00
Revisor Espanhol	03	R\$ 40,00	R\$ 120,00
Revisor Inglês	03	R\$ 40,00	R\$ 120,00
Netbook	01	R\$800,00	R\$ 800,00
Total despesas			R\$ 2380,50*

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora, 2011.

*Os gastos serão custeados pela autora.

Referências

ANDRADE AMBA. **Resiliência enquanto modelo de atuação na estratégia de intervenção do Programa Saúde da Família PSF** [dissertação]. Fortaleza (CE): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2001.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Cancer Facts & Figures 2004** Atlanta, GA: American Cancer Society; 2004.

AZIZ, NM, ROWLAND, JH. Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. **Seminars in Radiation Oncology**. v.13:248-266, 2003.

BAKER, F, DENNISTON, M, SMITH, T, WEST, MM. Adult cancer survivors: How are they faring? **Cancer**, v. 104,pg 2565–2576, 2005.

BIANCHINI, DCS; DELL'AGLIO, DD. Processos de Resiliência no Contexto de Hospitalização: Um estudo de caso. **Paideia (Ribeirão Preto)**, v. 35:427-436, 2006.

BRASIL. **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. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10289.htm

_____, Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2002. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf

_____, Ministério da Saúde. Notícias. **MS lança Política Nacional de Saúde do Homem**. [online]. 2009a. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_a_rea=124&CO_NOTICIA=10490

_____, Ministério da Saúde. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, maio de 2009b.

_____, Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2009c.119p

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 46p

_____, Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários**. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Homem**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1623. Acesso em: 30/08/11.

BROWN, JK, BYERS, T, DOYLE, C, COUMEYA, KS, DEMARK-WAHNEFRIED, W, KUSHI, LH, ET AL. (2003). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: An American Cancer Society guide for informed choices. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, 53, 268–291.

BOZON M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

CAMARGO TC. **O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger**. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

CAMPOS HLM, DIAS FMV, MORAES SC, VARGAS SC. Aspectos Culturais que Envolvem o Paciente com Diagnostico de Neoplasia de Próstata: um Estudo na Comunidade. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2011; 57(4): 493-501.

CYRULNIK, B. **Les vilains petits canards**. Paris: Odile Jacob, 2001.

COURTENAY, WH. Constructions of masculinity and their influence on men's welling: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**; v. 50:1385-401, 2000.

DAZIO, EMR; SONOBE, HM; ZAGO, MMF. Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, Oct. 2009.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p.105-9, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das Culturas**. Zahar. Rio de Janeiro, 1973.

_____, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Trad. Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 1997. Guanabara Koogan,

GIANINI, MMS. Câncer e gênero: enfrentamento da doença. **Boletim Eletrônico da Sociedade Brasileira de PsicoOncologia**, v. 1, n. 4, pg 1-14, 2004.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRTLER, N; CASARI, EF; BRUGNOLO, A; CUTOLO, M; DESSI, B; GUASCO, S; OLMI, C; DE CARLI, F. Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: a perspective to rheumatic diseases. **Clin Exp Rheumatol**, v. 28, n. 5, p. 669-78, 2010.

GOTAY, CC, MURAOKA, MY. Quality of Life in Long-Term Survivors of Adult-Onset Cancers. **Journal of the National Cancer Institute**, Vol. 90, No. 9, May 6, 1998.

GROTBERG, EH. **Introdução: novas tendências em resiliência**. In: MELLITO, A.; OJEDA, E. N. S. (organizadores). Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. 2ªed, Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 15-22.

GUERRA, MR; MOURA GALLO, CV; MENDONÇA, GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(3): 227-234

HAMMERSLEY, M; ATKINSON, P. **Ethnography: principles in practice**. New York: Routledge, 2007.

INTERNATIONAL CANCER CONTROL CONGRESS, 2., 2007, Rio de Janeiro. **Anais The Evolution of the Population Based Cancer Registries in Brazil: a performance evaluation**. Rio de Janeiro: INCA, 2007

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Childhood Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life**. Washington, DC: National Academy Press; 2003.

KEIJZER B. **Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina**, pp. 137-152. In C Cáceres, MCueto, M Ramos & S Vallens (coord.). La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Facultad de Salud Pública y Administración de La Universidad Peruana Cayetano Herida, Lima, 2003.

KORIN, D. Nuevas perspectivas de genero en salud. **Adolescência Latino americana**, 2, 67-79, 2001.

LANCE ARMSTRONG FOUNDATION. LAF [2003]. Available at: <http://www.laf.org/>; Acessado em agosto de 2011.

LARANJEIRA, CASJ. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 23 (3), 327-332

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001

LAURENTI, R; JORGE, MHPM; GOTLIEB, SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):35-46, 2005.

LEIGH, SA. Defining our destiny. In: Hoffman B, ed. *A Cancer Survivor's Almanac: Charting the Journey*. Minneapolis, MN: Chronimed Publishing. p.261-271. 1996.

LOURENÇO, RA, LINS, RG. Saúde do homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ. Ano 9, Suplemento 2010.

LUCK, M; BAMFORD, M; WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences; 2000.

MASTEN, AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, v. 56 n. 3: 227-238, 2001.

MELILLO, A; SUÁREZ-OJEDA, EM; RODRÍGUEZ, D. (Orgs.) (2004). **Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida**. Buenos Aires: Paidós.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

MULLAN F. Preface: The Culture of Survivorship. *Semin Oncol Nurs*. Nov; 2001.

MULLAN F. Seasons of survival: **Reflections of a physician with cancer**. *New England Journal of Medicine*. V. 313, n.4, pag. 270–273. 1985.

MUNIZ, RM. **Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores**. [tese] Ribeirão Preto, 2008. 243 p.: il; 30 cm.

MUNIZ, RM. (coord.). **A resiliência como estratégia de enfrentamento para o sobrevivente ao câncer**. Pelotas: Faculdade de Enfermagem/UFPel, 2009. 17(4):234-5.

MURCHISON JM. **Ethnography Essentials: designing, conducting and presenting your research**. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. 242p.

NATIONAL COALITION FOR CANCER SURVIVORSHIP (NCCS). **Introduction to Advocacy**, 2003 [on-line]. Available at: <http://www.cansearch.org/policy>

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). **Cancer Control and Population Sciences: Research Findings** [on-line]. Available at: <http://dccps.nci.nih.gov/ocs/prevalence/index.html>; 2003

NARDI, A; GLINA, S; FAVORITO, LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, *International Braz J Urol*, v. 33, p. 1-7, 2007

NORONHA, MGRS; CARDOSO, PS; MORAES, TNP; CENTA, ML. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciênc. saúde coletiva* 2009, vol.14, n.2, pp. 497-506. ISSN 1413-8123.

PESCE, RP; ASSIS, SG; AVANCI, JQ; SANTOS, NC; MALAQUIAS, JV; CARVALHARES, R. Adaptação cultural, confiabilidade e validade da escala de

Resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v.21, n.2, mar./abr., p. 436-48, 2005.

PINHEIRO, RS; VIACAVA, F; TRAVASSOS, C; BRITO, AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7, 105-109, 2002.

PINHEIRO, DPN. A resiliência em discussão. **Psicol. Estud** ;v. 9, n. 1, 2004. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100009&lng=en&nrm=iso

PIZZA, G. **Antropologia médica: saperi, pratiche e politiche del corpo**. Roma: Carocci, 2005.

PROCHNOW, AG; LEITE, JL; ERDMANN, AL. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, agosto, 2005.

REUBEN, SH. Living Beyond. **Câncer: Finding a New Balance**. President's Cancer Panel 2003-2004 Annual Report. May 2004.

RUTTER, M. **Psychosocial resilience and protective mechanisms**. American Ortho psychiatric Association 1987; 57(3): 316-31.

RUTTER M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**; 21:119-144. 1999

SABO D. **O estudo crítico das masculinidades**. In. Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. Coletânea gênero plural. Curitiba: Editora UFPR; 2002. p. 33-46.

SALCI, MA; MARCON, SS. A convivência com o fantasma do câncer. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):18-25.

SATO, L; SOUZA, MPR. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2001 .

SPALTEHOLZ, W; SPANNER, R. **Anatomia Humana: Atlas e Texto**. Editora Raco; Ed 1, 928 pg, 2006.

SCHRAIBER, LB; GOMES, R; COUTO, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):7-17, 2005.

SELLIGMAN, M; CZIKSZENTMIHALY, M. Happiness, excellence, and optimal human functioning. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5-183, 2000

STAKE, RE. **Case Studies**. In: Denzin NK, Lincoln YS. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oask: Sage Publications, 2003. p.134-164.

SOUZA, MTS; CERVENY, CMO. Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology** - 2006, Vol. 40, Num. 1 pp. 119-126

TAVARES, J.(organizador). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez; 2001

TEIXEIRA, Luiz Antonio (Coord.) **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil** / Luiz Antonio Teixeira; Cristina M. O. Fonseca.- Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007. 172 p. : il. ; 26 cm.

TRIVIÑOS, ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

TSU, VA. A mitologia de um antropólogo. **Revista Eletrônica Rever**. Fev1[3]: 2001 Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv3_2001/i_geertz.htm.

TURATO, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v.39, n.3, p.507-514. 2005.

WAGNILD, GM; YOUNG, HN. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, Atlanta, v.1, n.2, p.164-78, 1993.

WAGNILD, G. A Review of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**, Worden, Montana, v.17, n.2, p.105-14, 2009.

WALCOTT, HF. **Transforming qualitative data: description, analysis and interpretation**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994, 431 p.

WALCOTT, HF. Writing up Qualitative Research...better. **Qualitative Health Research**, v.12, n.1, January 2002, p.91-103.

WATERS WF. Globalization, socioeconomic restructuring, and community health. **J Community Health**. 2001 Apr;26(2):79-92

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. **Rev Panam Salud Publica**. 2002 Nov;12(5):366-70

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Cancer Report, 2008**. International Agency for Research on Cancer, Lyon. 2009.

WRIGHT, LM; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família** [tradução Silvia Spada]. – São Paulo: Roca, 2008.

YABROFF, K; LAWRENCE, W; CLAUSER, S; DAVIS, W; BROWN, M. Burden of illness in cancer survivors: Findings from a populationbased national sample. **Journal of the National Cancer Institute**, 96,1322–1330, 2004.

YUNES, MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. estud.** 2003; 8 (num. esp.):75-84.

YUNES MAM. **A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda** [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

Apêndices

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Pesquisa: “Homem sobrevivente ao câncer de próstata: um estudo de caso etnográfico”

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Enf^a. Rosani Manfrin Muniz Tel.: 9133-1880 E-mail: romaniz@terra.com.br

Pesquisadora responsável: Enf^a Mda Bruna Knob Pinto Tel: 8416-1057 E-mail: brunaknob@hotmail.com

A presente pesquisa tem por objetivo compreender a construção da resiliência como estratégia de enfrentamento para o homem sobrevivente ao câncer de próstata. Para tanto, solicitamos sua colaboração descrevendo sua experiência e emitindo sua opinião a respeito dos questionamentos solicitados.

A coleta de dados não acarretará em riscos, pois não prevê procedimentos invasivos ou de ordem moral, considerando que durante as entrevistas as perguntas poderão ser ou não respondidas na totalidade, podendo haver desistência da participação no estudo em qualquer momento. Informo também que não haverá nenhum custo na sua participação da pesquisa. A coleta de dados será realizada em períodos acordados com os sujeitos, utilizando-se um gravador para que as informações coletadas sejam transcritas de modo fidedigno.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado: da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa; de que o trabalho será publicado em âmbito acadêmico e que serão respeitados os preceitos éticos, do anonimato, da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum; da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Eu _____ aceito participar da pesquisa a qual refere-se: “Homem sobrevivente ao câncer de próstata: um estudo de caso etnográfico”, emitindo meu parecer quando solicitado.

Pelotas, ___ de _____ de 2012.

Participante da pesquisa

Enf^a Mda Bruna Knob Pinto

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES

Data da entrevista:

Horário

Início: _____ Término: _____

Informante: _____

Endereço: _____

Idade: _____ Cor: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Salário: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Tempo de acompanhamento: _____

Tratamentos realizados? _____

CONSTRUÇÃO DO ECOMAPA

- Busca ajuda de alguém? De Quem? Como esta pessoa ajuda?
- Participa de algum grupo? Quais?
- Qual a rede de apoio familiar?

QUESTÃO NORTEADORA:

Fale como tornou-se um sobrevivente ao câncer?

QUESTÕES DE APOIO:

- 1) - Fale sobre a sua doença – o câncer.
- 2) – Como foi passar pelos tratamentos?
- 3) – Teve ajuda para lidar com a doença e tratamento? De quem?
- 4) – Buscou ajuda (os recursos) para lidar com a doença e os tratamentos? Onde? Com quem? Obteve a ajuda? De que forma? (pedir para explicar)
- 5) – O que significa ser sobrevivente ao câncer?
- 6) – O Sr (a) se considera um sobrevivente? Por quê?
- 7) Quais atividades que desenvolve durante o dia? Quais não consegue realizar? Por que?
- 8) – Recorre a alguma ajuda (recurso) neste momento? Qual?

APÊNDICE C – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Informante: _____

Data: ___/___/___ Hora/Início: _____ Término: _____

Espaço/local de vivência observado:

Roteiro de Observação:

**O que acontece com o homem sobrevivente ao câncer de próstata?
(descrever tudo o que observar durante o período).**

Por que acontece?

Como acontece?

APÊNDICE D –DIÁRIO DE CAMPO

Informante: _____

Data: ____ / ____ / ____

Hora/Início: _____ Término: _____

Registro de Observação	Impressão do Observador

Anexos

ANEXO A - Autorização de utilização dos dados da pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS-UFPEL****FACULDADE DE ENFERMAGEM****NÚCLEO DE CONDIÇÕES CRONICAS E SUAS INTERFACES-NUCRIN**

Pelotas, setembro de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Bruna Knob Pinto**, pós-graduanda do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, está autorizada a utilizar parte dos dados coletados da pesquisa “**A resiliência como estratégia de enfrentamento para o sobrevivente ao câncer**”, sob minha coordenação, para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “**Homem sobrevivente ao câncer de próstata: um estudo de caso etnográfico**” sob minha orientação. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com a coordenadora do projeto.


Rosani Manfrin Muniz

Coordenadora do Projeto de Pesquisa, nº 0902702

ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N ° 36/2009

Ilm^o(a) Sr.(a): Prof^a. Dr^a. Enf^a. Rosani Manfrin Muniz

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhor (a) Pesquisador (a):

De acordo com a reunião deste Comitê em 17/08/2009, ata nº05/2009 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“A Resiliência como Estratégia de Enfrentamento para o Sobrevivente ao Câncer”**.

Protocolo interno Nº. 31/2009

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

OBSERVAÇÕES: (quando necessário):

Pelotas, 17 de agosto de 2009.


Prof^a Enf^a Elodi dos Santos
Coordenadora CEP -FEO-UFPEL
COREN-RS 22470

II Relatório de Trabalho de Campo

Relatório de Trabalho de Campo

Este relatório é resultado do trabalho de campo para a coleta dos dados da dissertação de mestrado intitulada “Homens sobreviventes ao câncer de próstata: estudo de caso etnográfico”, desenvolvida no decorrer do curso de Mestrado oferecido pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas - RS.

Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “A resiliência como estratégia de enfrentamento para o sobrevivente ao câncer” sob coordenação da Prof.^a Dra. Rosani Manfrin Muniz. A referida pesquisa de caráter quantitativo e qualitativo foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o parecer nº 31/2009 em 17 de agosto de 2009 e teve apoio da FAPERGS – ARD processo 0902702.

A presente dissertação é oriunda da segunda fase da pesquisa, ou seja, é um dos subprojetos da etapa qualitativa que teve como objetivo *geral*: Compreender a construção da resiliência do homem no processo de adoecimento e sobrevivência ao câncer de próstata; e *específicos*: Conhecer o contexto do homem ao adoecer e sobreviver ao câncer de próstata e; Apreender os fatores de promoção da resiliência do homem sobrevivente ao câncer de próstata.

Utilizou como referencial teórico a cultura de Geertz (1989, 1997) e identidade de Woodward (2012). Neste sentido, entendendo que o homem está amarrado a teias de significados culturalmente construídas por ele que o auxiliam na promoção da resiliência, contribuindo para a sua sobrevivência ao câncer de próstata (GEERTZ, 1989) realizou-se o presente estudo.

A metodologia do estudo de caso etnográfico pressupõe que a análise dos dados seja realizada conjuntamente com a coleta. Assim, durante a realização da análise, percebeu-se a necessidade de incorporar outro conceito para compreender a complexidade do adoecer e sobreviver ao câncer para os homens deste estudo, que foi o de identidade de Woodward (2012).

Pensar o homem na perspectiva da identidade remete ao seu processo de construção, pois esta adquire sentido por meio da linguagem e dos sistemas simbólicos que as representam. A construção da identidade é tanto simbólica como social e é marcada pela diferença. Assim, o corpo é uma das partes que define quem somos servindo de fundamento para a identidade (ex. sexualidade, gênero).

Desta forma, a presença do outro, ou seja, da diferença, é condição primordial para a formação da identidade (WOODWARD, 2012).

A identidade é marcada por meio de símbolos, que a representam. A representação, entendida como um processo cultural estabelece identidades individuais e coletivas e ocorre por meio das práticas e sistemas simbólicos pelos quais os significados são produzidos e dão sentido a nossa experiência (WOODWARD, 2012).

Para a coleta dos dados, desenvolvida com dois homens sobreviventes ao câncer de próstata (E.S.M. e C.B.), utilizou-se os quatro passos que Hammersley e Atkinson (2007) propostos para a pesquisa etnográfica: a seleção do contexto social, o trabalho de campo, a análise dos dados e a análise final.

A seleção do contexto social

Esta etapa envolve a escolha do local de estudo e dos informantes. O contexto social escolhido para o desenvolvimento deste estudo foi o domicílio dos informantes, moradores de Pelotas, município do interior do Rio Grande do Sul.

Pelotas conta com oito distritos rurais (Colônia Z3, Cerrito Alegre, Colônia Triunfo, Cascata, Colônia Santa Silvana, Quilombo, Rincão da Cruz e Colônia Monte Bonito), e uma sede composta por sete regiões administrativas: Barragem, Fragata, Três Vendas, Laranjal, Areal, São Gonçalo e Centro, cada uma com seus bairros.

E.S.M. é morador de um bairro na região do Centro de Pelotas. Este bairro apresenta, visualmente, significativa diversidade social. As ruas principais do bairro são asfaltadas ou com calçamento, enquanto as mais periféricas apresentam-se sem calçamento. Existem diversos tipos de estabelecimentos comerciais, escolas, e Unidade Básica de Saúde da Família.

E.S.M. reside em uma rua sem calçamento, com boa iluminação e esgoto a céu aberto. As casas nesta região do bairro são, na maioria, de alvenaria, de planta baixa, com poucos cômodos. Os poucos sobrados avistados contem, na planta baixa, pequenos comércios, predominantemente minimercados ou bares, com mesas de jogos.

Tive dificuldades para encontrar a residência de ESM. Andamos (eu e uma acadêmica que me auxiliava na coleta dos dados) por toda extensão da rua

informada por E.S.M. no serviço de oncologia e, como as casas não estavam numeradas em ordem, não encontramos o endereço.

Parei em um estabelecimento comercial (minimercado) e perguntei a uma moça que trabalha no local, se ela conhecia E.S.M. e se poderia informar-me onde este morava. Ela disse-me que não sabia quem era informando que a rua continuava e se bifurcava em outros dois becos (locais onde não passavam carros, com esgoto a céu aberto, muita sujeira e lixo no chão), podendo ser que quem eu procurava morasse num destes locais. Decidimos subir os becos. Durante o trajeto, observo que nesta rua as casas são pequenas e predominantemente de madeira, tendo, em sua maioria, pessoas a frente que conversam e saboreiam chimarrão. Enquanto caminhávamos, perguntamos para algumas pessoas a respeito de E.S.M., ao que ninguém soube informar-me.

Ao final deste beco, fomos recepcionadas por um rapaz, visivelmente transtornado, que nos convidou a retirar-se do local, informando que não conhecia quem procurávamos. Sem querer desistir, retornamos ao início da rua e perguntamos a dois senhores que trabalhavam em uma construção se eles não conheciam E.S.M., ao que nos foi indicada outra ramificação da rua, informando a possibilidade de ser a casa azul, a residência de quem procurávamos.

Ao chegarmos à frente da possível residência, constatamos que o número desta conferia com o que tínhamos. Havíamos encontrado o domicílio de E.S.M. A sua casa, onde residem somente ele e a esposa, é moradia própria, de planta baixa, de alvenaria, construída em um terreno amplo, tendo a frente outra pequena residência, também de alvenaria, no momento vazia construída para a sua filha. A casa de E.S.M. possui cinco cômodos (dois quartos, cozinha, sala e banheiro), e externamente, outra peça que contém a lavanderia e serve como local de encontros (almoços, jantas, festas) por caber mais pessoas que a sala da casa. Observo que a casa é organizada e limpa. No pátio externo, encontra-se também uma pequena horta, com couves, alface, pimentões e cheiro verde, plantados para o consumo da família.

C.B. é morador de um dos maiores bairros da classe popular de Pelotas (conta com quase 80.000 habitantes), sendo conhecido pela sua estrutura física semelhante a uma cidade. Este bairro pertence à região administrativa do Fragata.

Este bairro possui ampla infraestrutura, tanto comercial como residencial, com diversos prédios e condomínios residenciais de grande porte. Conta também com unidades de saúde e várias escolas, municipais e estaduais, além de conter uma Unidade Acadêmica da UFPel. As ruas do bairro são, em sua grande maioria, asfaltadas, contando com boa iluminação e condições sanitárias.

Não foi complicado encontrar a casa de C.B.. O bairro proporciona acesso fácil a toda sua extensão por meio do transporte público, além de contar com referências marcantes (estruturas físicas), o que facilita o deslocamento de qualquer cidadão.

C.B. reside com sua esposa em um condomínio de habitação popular, com prédios padronizados. O condomínio conta com porteiro 24 horas, garagem aberta e ambiente para diversão infantil (uma espécie de parque). Todo o trajeto, por entre os prédios, possui calçada e é iluminado. Na frente de cada prédio, de quatro andares (cinco pavimentos), existe um pequeno jardim com flores. Observo que na frente da maioria das janelas existem varais de ferro, cheios de roupas. Crianças correm de um lado a outro, com grande alarde. C.B. mora no primeiro andar do prédio 11 em um apartamento de dois quartos, sala, cozinha, área de serviço e banheiro. Apesar de simples, observo que os móveis da casa são requintados e tudo está extremamente organizado e limpo.

O trabalho de Campo

A entrada no campo ocorreu no dia 09/04/12, no qual, em posse de uma lista com os 11 homens passíveis de participarem do meu estudo, me dirigi ao Setor de Oncologia do Hospital Escola/UFPel, para conferir se os endereços e nomes estavam corretos. Num primeiro momento, pensamos, eu e minha orientadora, que o melhor lugar para realizarmos o primeiro contato com estes homens seria no serviço de referência. Todavia, não foi possível realizar este encontro no serviço, pois os pacientes, em sua maioria, eram de outros municípios e costumavam não comparecer pessoalmente para retirar a medicação (hormonioterapia).

Assim, optou-se por fazer contato diretamente com o paciente, em seu domicílio. Observando a lista, verifiquei que cinco destes homens não atendiam a um dos critérios de inclusão, pois residiam em outros municípios da região sul; dois não foram encontrados, nem por meio telefônico nem pelo endereço informado, um

estava muito debilitado, em virtude da idade e de outras comorbidades e outro não se dispôs a participar. Desta forma, esta pesquisa contou com a participação de dois homens sobreviventes ao câncer de próstata com alto grau de resiliência.

No desenvolvimento deste estudo, utilizou-se a entrevista semiestruturada em profundidade, a observação participante com registro em diário de campo e o ecomapa, construído manualmente no programa Microsoft Officer PowerPoint 2007. Estas técnicas possibilitaram visualizar, de forma aprofundada, o contexto em que vivem estes homens, como desenvolvem suas relações sociais e o que os tornou “especiais”, de modo a transpor a trajetória do câncer de maneira positiva.

Serão apresentados a seguir, o contexto dos dois homens participantes deste estudo, com seu respectivo ecomapa, além das anotações de campo realizadas após cada encontro, consideradas importantes para a compreensão do contexto de adoecer e sobreviver ao câncer de próstata.

E.S.M. tem 69 anos, é caucasiano, casado, tem uma filha e uma neta. É aposentado, semianalfabeto. Refere-se católico não praticante e tem fé em Deus. Mora em bairro próximo do centro da cidade, somente com a esposa, em moradia própria, de alvenaria. Recebeu o diagnóstico de câncer de próstata em estágio avançado no dia 04/10/2002. Realizou duas cirurgias. A primeira cirurgia E.S.M. não soube explicar o motivo, somente que foi realizada no abdômen. A segunda cirurgia foi realizada para retirada total da próstata. Durante sete semanas e um dia fez tratamento radioterápico. Fez uso de Acetato de Ciproterona 50 mg, Destilbenol 1 mg e Zoladex 3,6 mg, sendo que este último continua aplicando mensalmente no Serviço de Oncologia/HE-UFPel. Faz acompanhamento com oncologista do serviço, realizando periodicamente os exames de PSA e Densitometria Óssea, para descarte de metástase.

O primeiro encontro, realizado no dia 18/04/12 as 15h00min, com duração de 02h30min, ocorreu no domicílio do entrevistado. Ao chegar à frente da residência, bati palmas e fui recebida pelos latidos do cachorro da família. Em seguida, uma senhora que passava pela rua chamou pela dona da casa, que veio atender a porta, semblante sério e olhar desconfiado, que se desfez ao perceber que estávamos de jaleco. A mulher sorriu, e foi trancar o cachorro, explicando que o mesmo costumava morder as pessoas.

Abriu o portão para que pudéssemos entrar com muita gentileza. Expliquei a ela quem éramos e o motivo da nossa visita. Recebi em troca um sorriso afetuoso e um convite para entrarmos para conversar. Enquanto percorríamos o pátio, amplo, com duas casas de alvenaria e piso bruto de cimento, Dona N. chama por E.S.M., pedindo a ele que abrisse a porta da sala.

E.S.M., muito simpático, nos recebe com aperto de mão firme e largo sorriso, indicando o local em que deveríamos nos sentar. Observo que ele estava assistindo TV. Dona N. e E.S.M. sentam-se a nossa frente. Ela, com postura ereta, mãos no colo, bem escorada no sofá. Ele, aparentemente mais relaxado, com as pernas cruzadas e braço direito esticado na parte superior do sofá. Antes de começarmos qualquer conversa Dona N. prontamente levanta-se e nos oferece, com gentileza, água, suco, refrigerante. Respondo que um copo com água geladinha seria de muito bom grado. Ela trás refrigerantes e deliciosas bolachas de chocolate, que coloca em uma cadeira a nossa frente, para que pudéssemos nos servir a vontade.

Começo explicando para ele o motivo de nossa visita. Relembro sua participação, a aproximadamente dois anos, da primeira etapa da pesquisa, informando que meu estudo é a realização da outra etapa, somente com sobreviventes ao câncer de próstata. Ele sorri e aceita prontamente participar. Preencho os dados do TCLE, que E.S.M. assina, dizendo brincando, que com aquela assinatura eu poderia ir e voltar de Porto Alegre.

Neste ínterim, chega à casa a cunhada de E., irmã de Dona N..Nos oferece um aperto de mão, sorri e senta-se em uma cadeira de madeira, ao lado de Dona N. Sinto forte hálito de cigarro, o que me foi explicado, posteriormente por Dona N., ser em virtude de sua irmã fumar três maços de cigarro por dia, o que se acentuou após a perda de seu único filho. E. me explica ainda que esta cunhada, sua vizinha, os visita pelo menos cinco vezes por dia.

Dona N. me pergunta se trabalho ali no “postinho”, relatando que durante um tempo, no ano passado, um grupo de alunos muito queridos, estudantes de enfermagem que estagiavam na UBS vinham visitá-los, o que os deixava muito felizes, mas que agora pararam de vir. E. comenta, rindo, que os alunos costumavam vir tomar o café da tarde com eles e esqueciam-se do tempo conversando. Relembra sorrindo, de um comentário da professora destes alunos, que dizia sempre, brincando, que era por causa do café que eles gostavam tanto de

visitá-los. Pergunto o nome destes alunos, e, ao perceber que os conheço, prometo lembrar de pedir a eles que venham visitá-los novamente.

Durante nossa conversa, E.S.M. relata que foi ele mesmo que construiu sua casa e, com os olhos marejados, conta toda sua trajetória de trabalho, de como transformou-se de “simples agricultor”, sem estudo nenhum, pois sabe apenas assinar o nome, em marleteiro, moldador, operador de máquinas e carpinteiro. Neste momento, complementa rindo, que poderia ter muitas outras profissões ainda se quisesse.

E.S.M. fala espontaneamente e com naturalidade sobre o momento de seu diagnóstico, deixa muito claro que sempre procurou enfrentar de maneira positiva seu tratamento, tomando os remédios nos horários certos, seguindo a risca tudo que o médico lhe indicava. Enquanto fala sobre isso, olha com carinho para sua esposa, enfatizando que ela sempre o acompanhou nestes 45 anos de casados. Brinco que teremos festa, daqui a pouco tempo, de bodas de ouro, ao que E.S.M., com sobrancelhas franzidas, corpo projetado para frente e tímido sorriso, me responde não ter tanta certeza assim de alcançar esta data.

Mostra-me então, com muito carinho, o porta retrato de sua única filha e de sua neta, dizendo que a filha é muito preocupada com sua saúde, chegando a ligar diversas vezes para ele durante o dia. Em dado momento, retomo meu objetivo, explicando que necessitarei reencontrá-los mais vezes, pois em cada encontro faria uma atividade diferente. Como resposta E.S.M., sorrindo, diz que ficaria feliz em auxiliar-me e que eu poderia aparecer sempre para tomar um cafezinho com eles.

Explico que neste dia construiríamos o ecomapa de E.S.M., informando-o o que isto significava. Pego uma folha e desenho um círculo no centro, colocando as iniciais do seu nome.

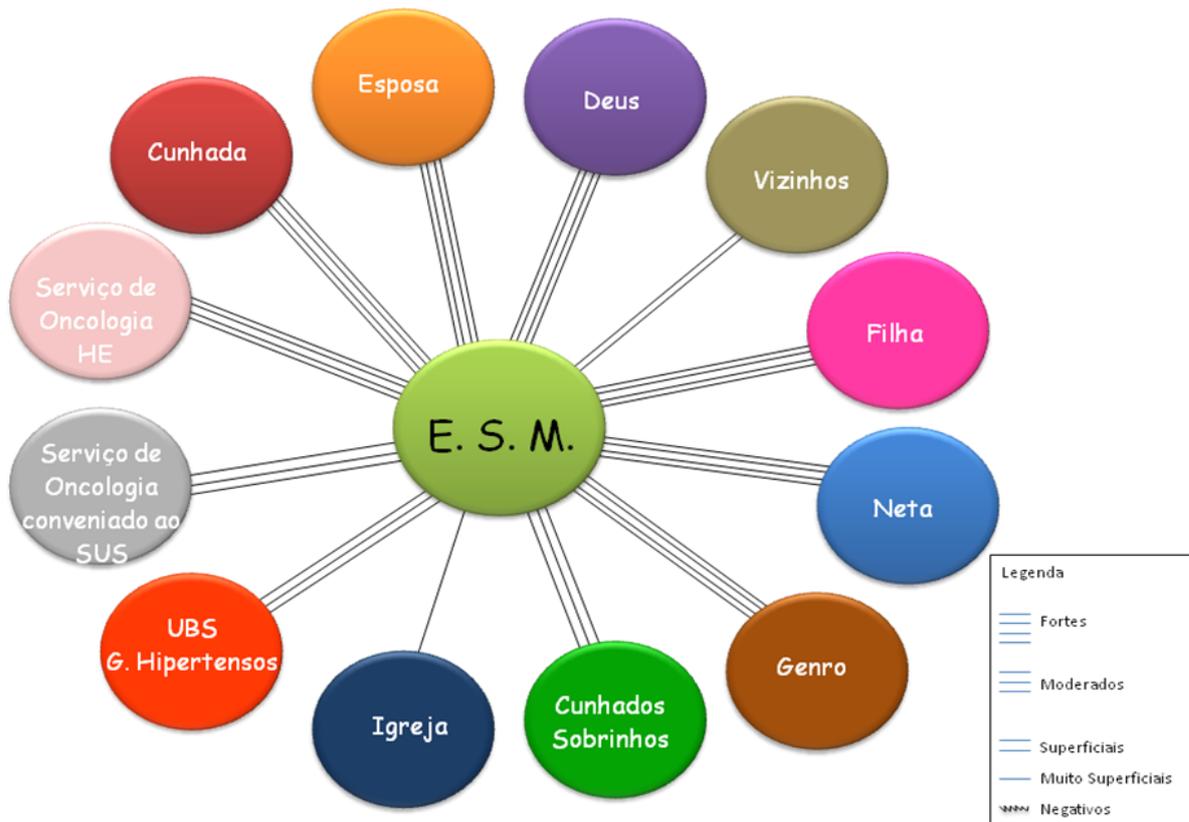


Figura 2 - Ecomapa de E.S.M.

Mostro a ele, que se aproxima com curiosidade. Pergunto se ele tem e como é sua relação com os vizinhos. Ele diz que conhece todos, que conversam usualmente, mas que não costuma visitá-los.

Enfatiza ainda, que tem ótima relação com sua filha, à neta e o genro, uma vez que estes moraram durante longo tempo com eles, o que fortificou ainda mais os laços familiares. Quando questionado a respeito da religião, responde não frequentar nenhuma Igreja com frequência, mas que crê – gesticula com as mãos – em sua força e em Deus. Complementa que Deus está em todo lugar, não sendo necessário ir até uma Igreja para ter com Ele.

Questiono se participa de mais algum grupo dentro da comunidade. Sorrindo, E.S.M. diz participar do grupo de Hipertensos da UBS, no qual com frequência realizavam caminhadas. Complementa rindo que a nutricionista do posto, chamada por ele de “Dra. da Gordura”, lhe deu uma dieta, mas que não pode ser seguida em virtude do alto custo.

Pergunto como é a relação dele com o serviço de oncologia. Ele exalta-se, fala mais alto e projeta o corpo para frente, dizendo que o Dr. S. é um pai para ele, que sempre foi muito bem tratado e que todos o conhecem. Complementa que na

próxima sexta-feira tem consulta com a Dra. L., oncologista e em outro dia tem que retirar o remédio injetável que faz todos os meses. Pergunto se poderia acompanhá-lo nesta consulta, ele sorri e diz que até será bom, pois ele está com muitas dúvidas com relação ao remédio oral que está tomando.

Terminada a parte da coleta dos dados para o ecomapa, E.S.M. nos convida para conhecer a horta que ele mesmo fez e cuida nos fundos de sua casa. Nos mostra então as couves, pimentões, cheiro verde e cidreira que tem plantado em um pequeno espaço, de aproximadamente 1,00 x 1,5 m, que construiu com todo cuidado. Mostra-nos também o galpão que tem nos fundos da casa, que serve de lavanderia e de uma sala mais ampla e fresca para conversar, quando mais pessoas vêm visitá-lo.

Ao nos encaminharmos para a saída, E. aponta para as janelas da casa, feitas de alumínio e olha com ternura para a esposa, relatando que pensou em tudo ao construir aquela casa, e fez as janelas de alumínio para que, quando ele partir, sua esposa não precise preocupar-se em pintar a casa com tanta frequência.

Após, em frente ao portão da casa, nos despedimos, reiterando o compromisso de acompanhá-lo na consulta ao oncologista e agradecendo pela terna acolhida e aceite na participação em meu trabalho.

O segundo encontro, realizado no dia 20/04/12, no setor de Oncologia do Hospital Escola/UFPel, teve duração de três horas. A proposta deste encontro era acompanhar este homem em uma consulta de rotina com a oncologista.

Sentamos em um banco em outro corredor, que dá acesso à saída do serviço de quimioterapia. Enquanto esperávamos, Dona N. queixa-se de estar resfriada, com dificuldades respiratórias e do ambiente estar quente. Observo que o local está todo fechado e o ar condicionado desligado, o que torna o ambiente muito abafado. Com o passar do tempo, o número de pessoas no serviço aumentou ainda mais, uma vez que as consultas, segundo E.S.M. informou-me, eram marcadas a partir das 8h00min, entretanto, os médicos responsáveis chegam apenas a partir das 09h45min, e ainda não atendiam na ordem em que as consultas eram agendadas. Compreendi de imediato que a espera seria longa para todos nós.

Enquanto aguardávamos no corredor, E.S.M. queixou-se de estar com a “cabeça zoada”, sentindo tontura, náuseas e queimação no peito, que ocorriam desde o início do tratamento com Destilbenol, comprimido ingerido três vezes ao dia. Comentou ainda, mostrando o peito, que suas mamas haviam crescido e

endurecido, complementando rindo que estavam melhores do que as de muitas mulheres que utilizam silicone. Além disso, acrescentou que sentia muitas câimbras, nas costelas, braços e pernas, o que o fez levantar por volta das 10h e aguardar a consulta em pé, escorado na parede.

Por volta de 09h30min, chega ao local à filha do informante. Fui apresentada a ela, que, de início, olhou-me com seriedade. Sentamo-nos novamente, e expliquei a ela o porquê de estar acompanhando-os, deixando claro que ela poderia questionar-me em caso de dúvidas. Depois de um tempo a filha de E.S.M. conta-me um pouco sobre a vida da neta de E.S.M., que estava concluindo o ensino médio e tentando decidir-se frente à carreira a seguir. Percebi que estava conquistando a sua confiança.

Como somente uma pessoa poderia acompanhar E.S.M. na consulta, Dona N. resolveu “pegar um ar” na rua, por volta das 10h, preocupada com os funcionários que poderiam vir a reclamar de muitas pessoas no local. Neste íterim a neta de E.S.M., liga para sua mãe, perguntando sobre o avô, como ele estava e se já havia sido atendido.

A médica oncologista chega ao local 09h55min. Entra em seu consultório sem olhar para ninguém. Comento com Dona N. sobre a seriedade dela, que me informa ser sempre assim, mas que no atendimento ela era simpática. Com a chegada da médica, os pacientes aglomeram-se mais próximos à porta, aguardando serem chamados.

Três pacientes são atendidos na frente de E.S.M. Percebo que a cada paciente que sai do consultório, os demais se exaltam e mexem-se na sala de espera, comportamento observado também em E.S.M. e sua família. Chega à vez de ele ser atendido. Entro no consultório com ele e sua filha. A médica os cumprimenta com aperto de mão. Olha-me, mas não me cumprimenta. Os convida a sentar. Procura no computador o resultado do PSA, verificando que o mesmo havia baixado três pontos desde o último exame, o que é, segundo ela, uma ótima notícia. E.S.M. reage a notícia sorrindo e respirando profundamente, parecendo estar mais aliviado quanto ao assunto.

E.S.M. resolve dizer tudo que está sentindo. Fala que fica o tempo todo com tonturas, que está sentindo-se pior do que quando descobriu a doença, há dez anos. A médica resolve diminuir o número de comprimidos do medicamento para apenas dois por dia. Entrega-lhe uma requisição de tomografia cerebral, para ser realizada

com urgência, para que pudesse ser observada se sucede alguma alteração cerebral que indique a ocorrência destas tonturas.

A filha relata que na semana anterior, E.S.M. havia consultado com um clínico geral e um cardiologista, e realizado um eletrocardiograma e raio X de pulmão, sendo constatado através destes que E.S.M. está com o “coração grande”. A médica oncologista anota na ficha o nome da medicação prescrita pelo cardiologista, e explica que outra possível causa da tontura seria o aumento da pressão sanguínea, enfatizando a necessidade de aferir a mesma com frequência.

E.S.M. volta a questionar sobre os efeitos colaterais do Destibenol. A médica explica que são efeitos colaterais normais, uma vez que a medicação atua como inibidor hormonal, fazendo com que o homem passe pela chamada andropausa. Reitera ainda que, em casos extremos, para indivíduos que não se adaptam a medicação, pode ser feita a retirada dos testículos, o que cessaria a produção de hormônios. Neste momento, E.S.M. sério, corpo projetado para frente e tom de voz mais alto, diz que não se precisa chegar a este extremo, que tentaria as outras opções.

Encerra-se assim a consulta, que não durou mais que 10 minutos, E.S.M. sai da unidade com a requisição da tomografia e de um novo PSA para Junho. Do lado de fora, no corredor, Dona N. aguardava. Ao perceber que E.S.M. carrega documentos, pergunta a filha séria, o que significavam aqueles papéis, os quais ele explica que eram requisições de exames, para ver o motivo de suas tonturas.

Enquanto E.S.M. vai até a recepção para agendar seu exame, dona N. confidencia baixinho que E.S.M. não sabe, mas não foi retirado todo o câncer de próstata, pois, segundo os médicos, ele poderia “ficar na mesa”. Dona N. diz que está muito preocupada com ele e que só consegue descansar a base de calmantes.

Depois de agendado o exame, que foi marcado prontamente, pois não havia fila neste setor, acompanho a família até a porta de saída. Recebo um abraço de cada um, agradeço pela oportunidade de acompanhá-los naquela manhã e reitero a data de nosso novo encontro.

No terceiro encontro, realizado no domicílio do informante, no dia 10/05/12, com duração de 02h30min, foram coletados os dados referentes à entrevista. Fomos bem recebidas, eu e a acadêmica de enfermagem, por E.S.M. e sua esposa, que logo de início serviram um lanche (bolachas, café e suco), dizendo estarem muito satisfeitos com a nossa presença. Questiono E.S.M. a respeito de como ele está se

sentindo, após a diminuição da dose do medicamento, e ele relata estar sentindo-se muito mal ainda, tendo dificuldades inclusive alimentares.

Durante a conversa, focada na entrevista, ele permanece durante o tempo todo sereno, sorridente na maioria dos relatos. Percebo que faz questão de contar sua experiência com o máximo de detalhes, a exemplo de uma história. Relata que, no início, achou que os sintomas do câncer fossem normais de sua fisiologia, por isso a demora de 30 anos (conforme relato do médico) para diagnosticar o câncer, que estava em estágio avançado (Grau III).

Explana com detalhes os tratamentos realizados, como foi passar pela cirurgia e radioterapia, enfatizando que em nenhum momento revoltou-se, pois não há como lutar contra a vontade de Deus. Quando questionado sobre considerar-se um sobrevivente ao câncer, E.S.M. relata que acha que sim, referindo que não se deve esquentar muito a cabeça em casos de doença, mas sim seguir corretamente os tratamentos e enfrentar a doença de cabeça erguida.

Considera-se sobrevivente também por conseguir realizar todas as atividades que lhe dão prazer de viver: comer, beber, dançar. Além disso, acredita que teve sorte, pois, apesar de avançado, seu câncer não havia atingido outros órgãos, e tem respondido positivamente aos tratamentos médicos realizados.

Ao ser questionado a respeito dos efeitos colaterais oriundos dos tratamentos, responde ter diminuído o desejo sexual, além do crescimento das mamas, fato relatado também no dia da consulta médica. Finalizo este encontro deixando em aberto à possibilidade de retomar alguns pontos que talvez precisem. Despeço-me e agradeço a disponibilidade. Como o vínculo com este informante foi mais forte, mantive contato com este por meio telefônico. Acrescento que o considero o informante chave deste estudo, pela riqueza de relatos e pela relação estabelecida.

C.B.: tem 69 anos, é negro, casado, tem três filhos e três netos. É aposentado, estudou até a 5ª série do Ensino Fundamental. Refere-se católico não praticante e tem fé em Jesus. Mora em bairro próximo ao centro da cidade, em apartamento próprio somente com a esposa. Recebeu o diagnóstico de câncer de próstata em estágio inicial há aproximadamente três anos. Não realizou procedimentos cirúrgicos, somente sessões de radioterapia. Atualmente realiza acompanhamento médico semestral, nos quais realiza o exame de PSA.

O primeiro encontro com C.B. ocorreu no dia 19/04/12, no domicílio do entrevistado, com duração de 01h30min. Entrei em contato com C.B. alguns dias antes, por meio telefônico, no qual expliquei o objetivo da pesquisa, ao que C.B. aceitou prontamente participar, agendando o encontro.

Neste primeiro encontro chegamos atrasadas, eu e a acadêmica de enfermagem, bolsista de Iniciação Científica. Na entrada do condomínio, percebo que um senhor aguarda. Dirijo-me ao porteiro e pergunto qual o prédio do apartamento de C.B. Neste momento, o senhor que aguardava ali na frente se apresenta, sorrindo, dizendo que é ele quem procurávamos.

Caminhamos pelo pátio que leva a seu apartamento. São vários prédios, aparentemente novos. Transmite-me tranquilidade o local. C.B. relata já estar preocupado com a nossa demora, pois havíamos marcado para as 16h30min. Questiona se havíamos nos perdido. Explico a C.B. que nos atrasamos em virtude da colega, que me acompanhava, ter tido aula naquele dia. Peço desculpas, garantindo que isso não iria mais acontecer. Observo que C.B. está muito bem vestido, calça social e camisa. Pergunto a ele, brincando, o porquê de tanta cerimônia. C.B., rindo, diz que sempre se veste assim, pois passa muito tempo na rua.

Chegamos ao apartamento de C.B., localizado num dos últimos prédios do condomínio. C.B. nos convida para entrar. Observo que o apartamento, apesar de pequeno, está muito bem organizado e limpo. Arrisco-me a dizer não haver absolutamente nada fora do lugar, ao menos até onde meus olhos alcançaram. C.B. nos convida a sentar no sofá. Puxa uma cadeira da mesa e senta-se bem escorado, pernas cruzadas, a nossa frente. Imediatamente vira a aba do boné escuro que usava (aba para traz da cabeça).

Explico a ele o motivo de nossa visita. Relembro sua participação na primeira etapa da pesquisa, realizada no setor de oncologia. C.B. sorri, confirmando lembrar-se. Retomo que minha pesquisa será realizada somente com homens sobreviventes ao câncer de próstata com alto grau de resiliência, explicando a ele que meu principal objetivo é ver o que há de especial na vida dele que fez com que ele enfrente-se essa etapa de modo tão positivo. C.B. relata estar disposto a me ajudar no que for preciso.

Levanto-me do sofá e sento-me em uma cadeira a sua frente. Mostro-lhe o TCLE, explicando-o. Ele me pede para ler em voz alta. Após a leitura, C.B. assina.

Observo que ele sorri o tempo todo. Fala com calma e tom de voz baixo. Comento também que serão necessários mais de um encontro para que os objetivos da pesquisa sejam alcançados. Sorrindo, diz que por ele tudo bem, pois não tem feito muita coisa, só passeado de moto.

Esclareço a C.B. que o objetivo daquele primeiro encontro era a construção do ecomapa. Começo a desenhá-lo. Faço um círculo ao redor de suas iniciais bem ao centro. Desenho abaixo disso um bonequinho, com boné. C.B. ri. Pergunto a ele quais as relações sociais que mantém.

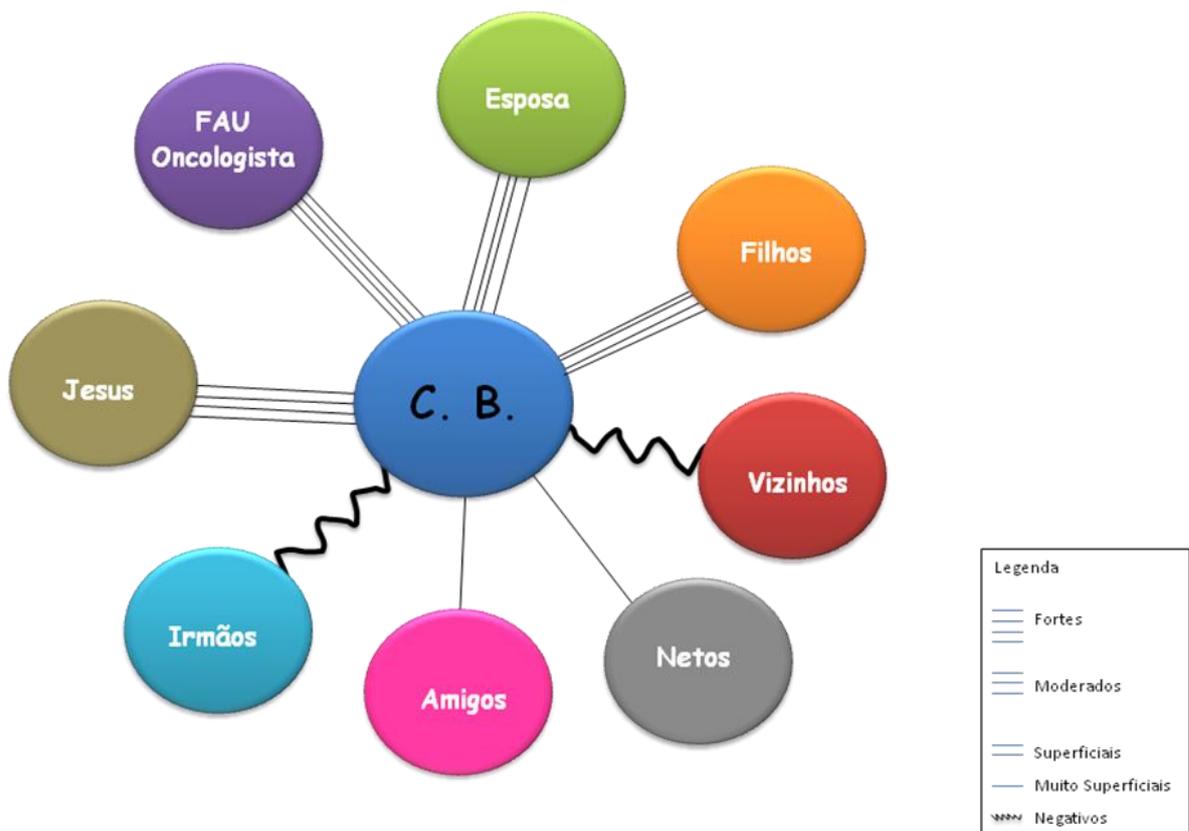


Figura 3 – Ecomapa de C.B.

Questiono como é sua relação com a família, e responde, sorrindo, que sua esposa é tudo que um homem poderia querer de uma mulher, mas que quem dá a última palavra naquela casa é ele. Com relação aos filhos, enfatiza, batendo com a mão na mesa, que todos o respeitam muito e lhe obedecem.

Quando questionado a respeito de sua relação com os vizinhos, C.B., com feição séria, coloca o boné para frente, respondendo, aparentemente indignado, que não precisa deles pra nada. Pergunto se têm amigos, ele responde enfático, com

tom de voz mais alto, que não confia nas pessoas, por isso não tem amigos. Pergunto se ele tem medo que as pessoas lhe machuquem, ele gagueja um pouco e gesticulando com as mãos explica que viu muita ingratidão na vida, por isso aprendeu a não confiar nas pessoas.

Questiono se C.B. possui irmãos, ou pais ainda vivos, ele responde, com seriedade e em tom de mágoa, que não tem mais nem pai nem mãe, explicando que estes nunca foram presentes e que seu pai teve vários filhos fora do casamento. Com relação aos irmãos, diz praticamente não ter contato, só os cumprimenta quando os encontra, pois estes são envolvidos em vício de bebida, o que ele não aprova. Neste momento, ergue o tom de voz, coloca o boné para trás e diz que gosta de lidar somente com pessoas que não o prejudique moral e socialmente.

Com relação à religião, C.B. diz não frequentar nenhuma Igreja com regularidade, mas que crê muito em Jesus. Pergunto como é sua relação com os serviços de saúde, diz que sempre foi muito bem tratado e que gosta dos trabalhadores do Serviço de Oncologia – HE/UFPel. Neste momento, C.B. levanta-se e vai até o quarto buscar a requisição de seu exame de rotina, o PSA, realizado de seis em seis meses, marcado para 01/09/12.

Mostro a ele o desenho do ecomapa. Questiono se ele lembra ou gostaria de acrescentar alguma coisa ou alguém. Ele diz que não. Encerro a entrevista neste momento, agradecendo pela disponibilidade, ficando de contatá-lo para agendar um novo encontro.

No segundo encontro com C.B., realizado no dia 03/05/12, com duração de 01h30min, o objetivo era começar a coletar os dados referentes à entrevista.

A conversa flui com maior naturalidade e, para minha satisfação, C.B. estava bastante comunicativo, ao contrário do encontro anterior. Ao contar sobre sua doença, explica que sempre se cuidou, realizando os exames de rotina anualmente, o que garantiu que seu câncer fosse descoberto em estágio inicial.

Relata não ter sentido desconfortos durante o tratamento radioterápico, enfatizando que em todo o processo de adoecimento, nunca se queixou, pois acredita que o problema deva ser resolvido entre ele e o médico, sem envolver a família ou quem quer que seja.

Questiono se ele considera-se sobrevivente. C.B. relata que não, pois como descobriu o câncer rapidamente, não teve sofrimento. Conta o caso de um senhor que realizava radioterapia no mesmo período que ele, mas que não sobreviveu ao

tratamento. Explica que aquele homem sim, se estivesse vivo e bem, poderia considerar-se sobrevivente, pois tinha câncer metastático.

Nesse encontro, C.B. relata pela primeira vez ter netos. Diz que tem pouco contato com eles, pois não moram com seu filho. Infelizmente, ao final deste encontro, a pesquisadora percebe que o gravador havia desligado. Teríamos que repetir as questões. Na tentativa de captar as informações deste importante encontro, assim que possível, descrevi com maiores detalhes os dados obtidos na entrevista, em meu diário de campo.

Nesse dia, eu e a acadêmica de enfermagem que me acompanhava fomos presenteadas com uma caixa de bombons em sinal de agradecimento pela atenção. No início do encontro, CB deixou a caixa em cima da mesa, envolta em uma sacola plástica, mas nada falou. Quando estávamos saindo, ao final do encontro, ele questionou se não iríamos levar a caixa, que ele havia comprado para nós. Agradecendo a ele peguei a caixa de bombom e nos despedimos.

No terceiro encontro, realizado no dia 17/05/12, com duração de 01h00min, a entrevista foi refeita. Neste encontro, volto a perceber que as respostas de C.B. tornaram-se novamente sucintas. Relata novamente como teve o diagnóstico da doença, como foi passar pelos tratamentos, dizendo que teve sorte por ter amparo de um médico poderoso (inclusive patrão de sua esposa), o que possibilitou um diagnóstico e início da terapêutica rapidamente, sem ter de aguardar as burocracias impostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando questionado a respeito de ser sobrevivente, acrescentou que para a classe popular, os pobres, qualquer acesso a cuidados de saúde é mais difícil. Considera-se um homem privilegiado, por ter tido apoio deste médico, que se interessou por ele e “abriu as portas” da assistência à saúde mais facilmente. Enfatiza que se tivesse de esperar pela burocracia do SUS, provavelmente seu câncer teria avançado.

Com relação aos efeitos colaterais da terapêutica, C.B. refere que não “desmunhecou”, mas não tem mais o vigor da juventude, justificando o fato em virtude da idade.

Ao final deste encontro, agradeço a participação e disponibilidade de C.B., reiterando minhas desculpas pela falha do encontro anterior, deixando em aberto à possibilidade de retornar em caso de necessidade.

Com este homem, o vínculo estabelecido foi frágil, possivelmente pela sua característica de ser mais objetivo, relatando seu processo de adoecimento de forma sucinta.

A saída do campo ocorreu no dia 10/05/12 após observarmos, por meio da pré-análise, que os dados obtidos contemplavam os objetivos do estudo. Todavia, ainda mantém-se contato telefônico de modo periódico com os sujeitos, em especial com E.S.M., pois foi estabelecido um vínculo forte entre o homem em estudo e sua família e a pesquisadora.

A análise dos dados

Nesta etapa, o pesquisador necessita reconhecer nos dados, os aspectos do contexto estudado, com o propósito de encontrar significado no material. Esses dados constituem-se em peças de um quebra-cabeça que o pesquisador tem que ir encaixando, até incorporar a um esquema de significados coerente com a realidade estudada (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007).

Em todo processo de análise dos dados, organizada conforme a proposta de Minayo (2007), que se compõe em três etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final, procurou-se fazer o paralelo entre os sentidos expressados pelos homens frente ao câncer e os significados destas experiências, conforme a identidade de ser homem.

Desta forma, na primeira etapa (ordenação dos dados) foi realizada a transcrição das entrevistas com auxílio de duas acadêmicas de enfermagem, uma bolsista de um projeto de Extensão e a outra de Iniciação Científica e na sequência a conferência da fidedignidade, revisão dos pontos marcantes, como entonação de voz, silêncios, entre outros pela pesquisadora. Após foi realizada uma leitura exaustiva das entrevistas e das anotações de campo, procurando identificar o que era comum e o incomum entre os informantes sobre a experiência deste fenômeno.

Dando seguimento ao processo de análise, na classificação dos dados, os mais significativos foram identificados e separados conforme os objetivos do estudo, estes foram categorizados em unidades empíricas ou de sentido. Realizou-se uma releitura das unidades de sentido buscando integrá-las ao que era comum entre os informantes, mas também o que era incomum a fim de sistematizá-los de forma que permitissem a elaboração de um texto que tornasse inteligível a noção de cultura e

identidade para estes homens. Assim, os dados foram estruturados nas seguintes unidades de sentido: “O homem descobrindo-se doente: interfaces do câncer de próstata e seus tratamentos”, “Redes de apoio social: importante fator na construção da sobrevivência ao câncer” e “Ser homem: reflexos da sobrevivência”.

Posteriormente, realizou-se a estruturação de três fluxogramas que indicam como os dados estão sendo organizados em Unidades de Sentido.

A Fig. 4 representa a primeira unidade de sentido, identificada após a análise dos dados, e dispõe sobre os sentidos que os homens deste estudo deram à experiência do diagnóstico e tratamento do câncer de próstata.

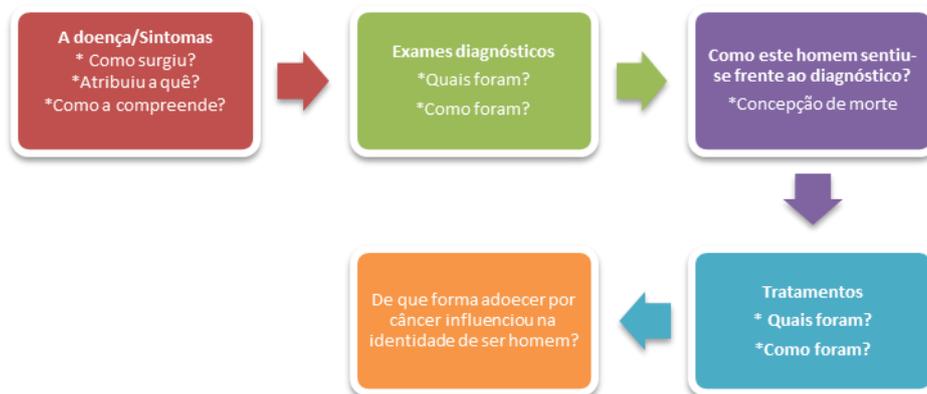


Figura 4. Representação da organização dos dados na Unidade de Sentido 01

A segunda unidade de sentido, representada pela Fig. 5, refere-se aos fatores de promoção da resiliência, compostos pela família, amigos e religião, além da relação destes homens com os serviços de saúde, em especial a médico-paciente.

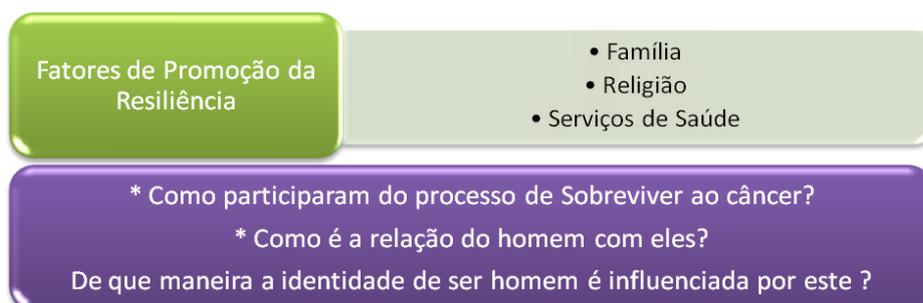


Figura 5. Representação da organização dos dados na Unidade de Sentido 02

Por fim, a terceira unidade de sentido, Fig. 6, é composta pelos sentidos atribuídos pelos homens a respeito da sobrevivência e como todo o processo de adoecer e sobreviver está relacionado à como ele simboliza e se constrói enquanto homem após esta experiência.



Figura 06. Representação da organização dos dados na Unidade de Sentido 03

Considera-se pertinente explicitar que, a coleta dos dados possibilitou que diversos e importantes aspectos que compõem a vida e a experiência de adoecer e sobreviver ao câncer fossem apreendidas.

Deste modo, em virtude do grande volume e riqueza de dados, optou-se por apresentar como artigo de sustentação desta dissertação, os dados referentes ao núcleo de significado: **A identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural.**

Os demais núcleos de significados comporão, respectivamente, dois artigos.

Referências

ANDRÉ M. Etnografia da prática escolar. Campinas: Papirus, 1995.

WAGNILD GM; YOUNG HN. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, Atlanta, v.1, n.2, p.164-78, 1993.

PESCE RP; ASSIS SG.; AVANCI JQ; SANTOS NC; MALAQUIAS JV; CARVALHARES R. Adaptação cultural, confiabilidade e validade da escala de Resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v.21, n.2, mar./abr., p. 436-48, 2005.

GEERTZ C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GEERTZ C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Trad. Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes. Guanabara Koogan, 1997.

WOODWARD K. **Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual**. In: Silva, TT. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais/ Tomaz Tadeu da Silva (org.). Stuart Hall, Kathryn Woodward. 11. Ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

TSU VA. A mitologia de um antropólogo. **Revista Eletrônica Rever**. Fev1[3]: 2001 Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv3_2001/i_geertz.htm. [acesso em 02 de set. de 2012].

PROCHNOW AG; LEITE JL; ERDMANN AL. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, agosto 2005.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Ethnography: principles in practice**. New York: Routledge, 2007.

SILVA, V. G. **O Antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2000.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406p.

III Artigo de sustentação da dissertação

Artigo construído de acordo com as normas da Revista Brasileira de Enfermagem, Qualis A2, a ser encaminhado após a sustentação da dissertação.

A identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural²

The identity of the resilient man in the context of ill with prostate cancer: a cultural perspective

La identidad del hombre resiliente en el contexto al enfermar por cáncer de próstata: una perspectiva cultural

Bruna Knob Pinto³, Rosani Manfrin Muniz⁴

²Artigo extraído da dissertação de mestrado “Homem sobrevivente ao câncer de próstata: estudo de caso etnográfico” de autoria de Bruna Knob Pinto, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, 2012.

³Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces – NUCCRIN. Bolsista Demanda Social – CAPES. E-mail: brunaknob@hotmail.com

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces – NUCCRIN. E-mail: romaniz@terra.com.br

RESUMO: O estudo objetivou conhecer o contexto do homem resiliente ao adoecer por câncer de próstata. Trata-se de um estudo de caso etnográfico realizado com dois homens sobreviventes ao câncer de próstata com alto grau de resiliência. Os dados foram coletados no domicílio, no período de abril e maio de 2012, por meio da entrevista semiestruturada em profundidade, da observação participante e do ecomapa. Pela análise dos dados, construiu-se duas unidades de sentido: “Identidade do homem resiliente: contextualizando os informantes” e “O homem resiliente descobrindo-se doente”. Apreende-se que a identidade de ser homem resiliente, para estes informantes, foi marcada pela diferença histórica e cultural que permearam as suas ações, no processo de adoecimento por câncer de próstata.

Descritores: Saúde do Homem; Cultura; Neoplasias da Próstata; Enfermagem; Resiliência Psicológica.

ABSTRACT: The study aimed to understand the context of resilient man when ill with prostate cancer. This is an ethnographic case study conducted with two prostate cancer survival men with a high degree of resilience. The data was collected on their places, between April and May 2012, using semi-structured in-depth interviews, participant observation and ecomap. For the data analysis, it was built two units of meaning: "Identity of the resilient man: contextualizing the informants" and "The resilient man finding himself ill". It is noticed that the identity of being a resilient man, to these informants, was marked by historical and cultural difference which permeated their actions in the process of being ill with prostate cancer.

Keywords: Men's Health; Culture; Prostatic Neoplasms; Nursing; Psychological Resilience.

RESÚMEN: El estudio enfocó conocer el contexto del hombre resiliente al enfermar por cáncer de próstata. Se trata de un estudio de caso etnográfico realizado con dos hombres sobrevivientes al cáncer de próstata con alto grado de resiliencia. Los datos fueron recogidos en el domicilio, en el período de abril y mayo de 2012 por medio de la entrevista semiestructurada en profundidad, de la observación participante y del ecomapa. Por el análisis de los datos, se construyeron dos unidades de sentido: “Identidad del hombre resiliente: contextualizando a los informantes” y “El hombre resiliente descubriéndose enfermo”. Se comprende que, la identidad de ser hombre resiliente, para estos informantes, fue marcada por la diferencia histórica y cultural que hicieron permeables sus acciones en el proceso de enfermar por cáncer de próstata.

Descriptores: Salud del hombre; Cultura; Neoplasias de la próstata; Enfermería, Resiliencia Psicológica.

INTRODUÇÃO

A construção da identidade do homem adquire sentido por meio da linguagem e dos sistemas simbólicos. Essa construção que é tanto simbólica como social, é marcada pela diferença. Assim, o corpo é uma das partes que define quem somos, servindo de fundamento para tal construção (ex. sexualidade, gênero). Assim sendo, a presença do outro, ou seja, da diferença, é condição primordial para a formação da identidade⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, entendemos que, na construção da identidade de ser homem com enfoque nos cuidados a saúde, muitos reprimem as suas necessidades e recusam-se a admitir a dor e o sofrimento, negando vulnerabilidades e fraquezas, constituintes de todo ser humano⁽²⁾.

No contexto do câncer, o de próstata é o segundo tipo mais comum na população masculina, sendo considerado o câncer da terceira idade, uma vez que, aproximadamente 62% dos casos no mundo acometem homens com 65 anos ou mais. Devido a seu bom prognóstico, a mortalidade por este tipo de câncer é relativamente baixa, sendo que as taxas de sobrevivência de cinco anos para os países em desenvolvimento é, em média, de 41%⁽³⁾.

Assim, ser sobrevivente ao câncer significa viver com e apesar dele, convivendo com os efeitos colaterais e sequelas decorrentes dos tratamentos realizados para o seu controle⁽⁴⁾. Além disso, a sobrevivência é uma trajetória que começa quando a pessoa recebe o diagnóstico de câncer e que continua para toda a vida⁽⁵⁾.

Existem pessoas que se deixam abater pelas dificuldades, enquanto outras, além de não sucumbirem a elas, mostram-se capazes de utilizar estes momentos difíceis para seu crescimento. Ser resiliente é exatamente isso, trata-se da capacidade de lidar com as adversidades de forma positiva, não eliminando o problema, mas ressignificando-o^(6,7).

Assim sendo, com as evoluções nos diagnósticos e tratamentos, um número cada vez maior de indivíduos sobrevive à experiência do câncer, o que suscita o desenvolvimento de novas pesquisas sobre as formas encontradas por estas pessoas para serem resilientes aos impactos causados pela doença.

O presente artigo pretende discutir a construção de ser homem resiliente no adoecer por câncer de próstata na perspectiva cultural. Assim, tendo em vista que cada indivíduo vivencia o processo de adoecimento de maneira distinta, dando sentido a cada acontecimento conforme suas experiências pregressas, esse estudo tem por questão norteadora: “Qual o

contexto de adoecer por câncer de próstata para o homem resiliente?” e tem por objetivo conhecer o contexto do homem resiliente ao adoecer por câncer de próstata.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso etnográfico, de caráter qualitativo, apoiado em Geertz (1989)⁽⁸⁾ a respeito de cultura e Woodward (2012)⁽¹⁾ com relação à identidade. É um subprojeto de uma pesquisa que possui caráter quantitativo e qualitativo cujo título é “A resiliência como estratégia de enfrentamento para o sobrevivente ao câncer”.

A coleta dos dados da parte quantitativa, que caracterizou a população e o grau de resiliência, ocorreu no período de março a junho de 2010, na cidade de Pelotas/RS e contou com uma amostra de 264 adultos sobreviventes ao câncer, atendidos na Unidade de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

A escolha dos informantes ocorreu em duas etapas. Primeiramente foram selecionados, do banco de dados quantitativo, somente os homens sobreviventes ao câncer com alto grau de resiliência, o que resultou na ocorrência de 40 indivíduos. Posteriormente, foram selecionados somente os homens com histórico de câncer de próstata, o que resultou em 11 indivíduos. Destes, cinco eram moradores de municípios vizinhos - o que impossibilitou a participação em virtude dos critérios de inclusão - dois não foram encontrados - nem por meio telefônico nem pelo endereço informado - um estava muito debilitado devido a idade e de outras comorbidades e outro não se dispôs a participar. Desta forma, esta pesquisa contou com a participação de dois homens resilientes e sobreviventes ao câncer de próstata.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril até maio de 2012 e ocorreu no domicílio dos informantes. Foram realizados três encontros com cada um, totalizando 720 minutos. Os encontros foram previamente agendados, nos quais foram coletados os dados por meio do ecomapa, de entrevista semiestruturada em profundidade, a qual foi gravada e transcrita na íntegra, e, de observação participante registrada em diário de campo, objetivando conhecer em profundidade o contexto destes homens.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem/ UFPel, sob parecer número 31/2009 e financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) processo número 0902702. Além disso, está em conformidade com a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS⁽⁹⁾, sobre Pesquisa com Seres Humanos. Foram garantidos, aos informantes, o

anonimato, mediante sua identificação por meio das iniciais do nome e a idade (ex: A.B.C., 69 anos), o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa e o livre acesso as informações quando de seu interesse. Os informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

A análise dos dados foi desenvolvida em dois níveis de interpretação⁽¹⁰⁾. O primeiro nível é voltado à compreensão do contexto dos sujeitos, sua história, sua inserção e participação nos diversos setores que compõe sua rede de relações. Nesse momento, também é realizado um mapeamento do sistema de saúde local e dos perfis de morbimortalidade da população em estudo. O primeiro nível objetiva compreender o sujeito em sua totalidade, tendo em vista que “todo ato humano que atravessa o meio social se realiza no sujeito que vive, pensa, sente e reflete o mundo”.

O segundo nível compreendeu o encontro com os fatos empíricos, no qual procuraram-se, nos relatos dos informantes, o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações. Esse nível é operacionalizado em três fases: a primeira, *Ordenação dos dados*, envolveu a transcrição das entrevistas, realizando uma leitura desses materiais juntamente com os diários de campo, de forma ordenada, permitindo o desenvolvimento de um mapa horizontal das descobertas. A seguir realizou-se a *Classificação dos dados*, momento em que se realizou a leitura integral dos textos, também chamada leitura flutuante permitindo identificar as estruturas relevantes, anotando as primeiras impressões, buscando coerência entre as informações coletadas. Além disso, nesta etapa foi realizada uma leitura transversal, identificando em cada discurso as categorias empíricas, ou seja, as unidades de sentido, que foram agrupadas por semelhanças e diferenças. Posteriormente, realizou-se a *Análise Final*, na qual, realizou-se uma releitura das unidades de sentido, em paralelo com os objetivos da pesquisa, integrando estes sentidos com os conceitos de cultura e identidade, as bibliografias sobre o tema e o contexto dos informantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas permitiu identificar de que forma estes homens vivenciaram o diagnóstico e os tratamentos contra o câncer de próstata e como sua identidade de ser homem influenciou esse processo e foi influenciada por ele.

Assim, os resultados foram agrupados em duas unidades de sentido: “*Identidade do homem resiliente: contextualizando os informantes*” e “*O homem resiliente descobrindo-se doente*”.

Identidade do homem resiliente: contextualizando os informantes

A identidade é marcada por meio de símbolos, que a representam. Para os homens deste estudo, pode-se estabelecer como símbolos que representam sua identidade, ser pai, marido, avô e companheiro. A representação, entendida como um processo cultural, estabelece identidades individuais e coletivas e ocorre por meio das práticas e sistemas simbólicos pelos quais os significados são produzidos e dão sentido a experiência⁽¹⁾.

A cultura são teias de significados que o homem teceu e nas quais ele enxerga o mundo, sempre procurando seu significado⁽⁸⁾. Nesse pensar, apresenta-se os homens participantes deste estudo e busca-se apreender as teias construídas por eles que os fazem ser resilientes e vivenciar a experiência do adoecer por câncer de próstata de formas diferentes.

E.S.M. tem 69 anos, é caucasiano, casado, tem uma filha e uma neta. É aposentado e semi-analfabeto. Refere-se católico não praticante e tem fé em Deus. Mora somente com a esposa em bairro próximo do centro da cidade, possui moradia própria, de alvenaria. Recebeu o diagnóstico de câncer de próstata em estágio avançado no dia 04/10/2002. Realizou cirurgia para retirada total da próstata e radioterapia há 10 anos. Mantém a hormonioterapia mensalmente no Serviço de Oncologia/UFPel. Faz acompanhamento com oncologista do serviço, para exames periódicos como o Antígeno Prostático Específico (PSA) e Densitometria Óssea.

E.S.M. tem ligação muito forte com sua família (esposa, filha e neta) e relata pedir a ajuda de sua filha para tomar atitudes em relação a sua vida (segundo seu dizer “*Agora, o chefe mesmo é a minha guria*”). No contexto de adoecer por câncer, pode-se perceber uma inversão de papéis, em que se tornou dependente da filha em diversos sentidos, principalmente naqueles relacionados ao cuidado em saúde.

Portanto, o homem que antes era forte e viril, por causa da doença, passa a precisar aprender a lidar com limitações e sentimentos não convencionados - pelo menos não tão claramente - ele precisa reconstruir a sua identidade, numa nova perspectiva de ser homem. Entretanto, isso permanece no privado, porque no público, ainda figura como independente e dono de si, não demonstrando necessitar dos outros em diversos aspectos da sua vida, aqui exemplificados pela questão de ir a Igreja: “*Eu não preciso sair da minha casa, voltar para cá meia noite para ir pedir para os caras pedirem para Deus me ajudar.*”

C.B. tem 69 anos, é negro, casado, tem três filhos e três netos. É aposentado, estudou até a 5ª série do Ensino Fundamental. Refere-se católico não praticante e tem fé em Jesus. Mora somente com a esposa em bairro próximo ao centro da cidade, em apartamento próprio, em um conjunto popular. Recebeu o diagnóstico de câncer de próstata em estágio inicial há aproximadamente três anos. Não realizou procedimentos cirúrgicos nem hormonioterapia, somente sessões de radioterapia. Atualmente realiza acompanhamento médico e exame de PSA, ambos semestralmente.

A característica principal de C.B. é a noção de que é o homem que deve tomar todas as decisões na família e perante a sociedade. Nesse sentido, apesar de serem divididos os problemas no ambiente familiar de C.B, quem dá a última e decisiva palavra é ele. *“Podemos combinar, mas a palavra decisiva é minha. Sempre foi e sempre vai ser enquanto eu viver”*. Além disso, ao vivenciar o câncer, C.B. não considerou importante envolver a família nesse processo, entendendo como participantes somente ele e o profissional de saúde.

Apresenta também dificuldades em confiar nas pessoas *“Assim... eu não confio nas pessoas, sabe como é? Não acredito, sabe... é muito difícil!”*. Nesse sentido, considera-se que essa forma de pensar seja reflexo da construção histórica, social e cultural de ser homem, uma vez que esse informante teve que aprender a ser independente desde a infância, lidando com as dificuldades sem pedir auxílio de ninguém. Assim, ele procura não aprofundar suas relações sociais, mantendo o mínimo contato com os vizinhos e com seus irmãos, pelo receio de que, em algum momento, possa vir a sofrer.

C.B. também revela sua aversão a vícios muito comuns em homens na atualidade, como o alcoolismo, rejeitando o convívio com seus irmãos, por conta de *“[...]Ah...Não! São pessoas [os irmãos] que... são bem humildes, com vício de bebida sabe? Se eles próprios não se ajudam, como vão ajudar?”*

A apresentação dos homens do estudo possibilitou compreender que a identidade de cada indivíduo se constrói mediante os significados que atribui às suas experiências, imersas no seio familiar de origem que, por sua vez, encontra-se em determinada classe social, no tempo e no espaço (SIQUEIRA, 1997). Assim, conforme o modelo culturalmente construído e ainda vigente na sociedade atual, são enfatizadas noções de que o verdadeiro “homem” é reservado e solitário, não expondo suas experiências pessoais⁽¹²⁾.

Diante disso, tem-se a importância de compreender o homem como ser histórico e cultural, que constrói e significa sua identidade mediante as teias de relação por ele construídas e que dão sentido a como ele entende e vivencia as situações, inclusive de doença, por exemplo, como câncer de próstata.

Nessa perspectiva, entende-se que a resiliência presente nesses homens, não surgiu com a doença, ela permeou as suas trajetórias de vida. Em E.S.M. acredita-se que ela foi construída por meio do trabalho e das relações familiares. Assim, apesar de sua pouca escolaridade, ele buscou em diversas atividades profissionais (agricultor, marleteiro, moldador, operador de máquinas e carpinteiro) a sua inserção social, o que fundamentou a sua identidade de homem, pai, marido e provedor do lar.

Quando criança C.B. vivenciou o abandono afetivo e, por vezes, físico, principalmente do pai. Fato que fez com que ele percebesse que a sua sobrevivência dependia única e exclusivamente de si mesmo. Desta forma, a resiliência pode ser percebida como algo intrínseco nesse homem, que tem o autocuidado como primordial em sua vida.

Apreende-se com o contexto dos homens, a necessidade da enfermagem atentar para as questões sociais e culturais nas quais eles se inserem, ao descobrirem-se com uma doença crônica como o câncer. Ainda, a compreensão de como constroem a resiliência possibilita que a enfermagem aproxime-se dessa clientela e construa com ela as ações de cuidados voltadas para as suas reais necessidades.

O homem resiliente descobrindo-se doente

Sob esta temática, será discutido como foi para esses homens vivenciar os primeiros sintomas do câncer, e, receber a confirmação da doença após os exames. Além disso, será apresentado de que maneira a identidade de ser homem resiliente contribui para a construção do processo de adoecer por câncer de próstata.

O trabalho tem um importante papel na vida dos indivíduos. Assim sendo, para E.S.M., o trabalho representa uma forma de ser homem, condição primordial para sua autonomia enquanto ser humano. Além disso, o trabalho é considerado determinante no tocante a garantir a autoridade masculina perante a família⁽¹²⁾.

Neste estudo, o ambiente de trabalho foi significado como possível desencadeador da doença, o câncer:

Olha guria eu trabalhei 22 anos, em Granja. Dentro da água, no barro. Então às vezes, por causa do frio, ainda no meio da geada, às vezes eu ia urinar e sentia uma ardênciazinha né, na uretra, para urinar. Então aquilo passou tantos anos que eu acostumei né, para mim era normal. [...] Mas nunca dei bola. [...] Aí quando já fazia uns 20 anos, 30 né... [...] eu estava trabalhando e aí disse para os meus companheiros: “ó rapaz, eu estou

assim, assim...” e eles: “mas vai no doutor!” Eu para que né, para mim era normal! (E.S.M., 69 anos)

No depoimento do homem, percebe-se que ele associa a ardência urinária ao fato de trabalhar em ambiente frio e úmido. Além disso, esse sintoma foi compreendido, por muitos anos, como parte constituinte da sua fisiologia. Ressalta-se, ainda, o fato dele ter postergado a busca por auxílio médico durante tanto tempo, fato que se acredita vir ao encontro da construção social relacionada a saúde do homem, que ainda o sugestiona como invulnerável.

Nesse sentido, a imagem do homem como ser forte pode implicar em menores cuidados com o próprio corpo e com a saúde, tornando-o vulnerável a diversas situações⁽¹⁴⁾. Além disso, considerando à necessidade de cuidados, a maioria dos homens tem dificuldade em buscar ajuda em virtude de sua autopercepção⁽¹⁵⁾, uma vez que procurar um serviço de saúde implicaria em admitir ser vulnerável⁽¹⁶⁾.

Ainda na fala de E.S.M., percebe-se que o primeiro sintoma de doença estava relacionado à dificuldade mictória. Este sintoma também foi percebido por C.B.:

O bagulho é o seguinte, no momento que eu senti que não estava bem eu procurei,...[...] não tive dor, sabe o que que é dor? [...] no momento que eu senti que não estava urinando direito, eu procurei ele [o doutor]. (C.B., 69 anos)

No depoimento, além da dificuldade urinária, o informante ainda estabelece a relação da doença com a dor que, no seu entendimento, seria um avanço do quadro da doença. Observa-se ainda a construção social do homem, com um ser forte, aguentar os reveses da vida sem queixas, e, junto com isso o alívio por não ter vivenciado o sofrimento, que é uma das crenças de quem tem câncer deve sofrer.

Quando os sintomas levam o homem a perceber que o seu problema de saúde pode ser algo mais sério, é o momento em que ele busca ajuda do profissional da saúde:

Aí um dia marquei uma consulta aqui com a Dra J., [...] e aí consultei e aí pedi né, eu disse para ela: “ó Dra eu estou assim, assim, assim” e eu nunca fiz exame de próstata e queria que a senhora me desse um papel para mim fazer um exame. Aí ela disse: “O senhor está com 13 pontos e meio, no sangue, no PSA.” Acredito que ela tenha mandado fazer um PSA, naquele tempo eu não entendia... Aí ela disse que eu ia ter que procurar um especialista com urgência. (E.S.M., 69 anos)

Observa-se em seu depoimento a preocupação a ponto de pedir que fosse feito um exame específico e que desse sentido aos seus sintomas. Assim, a constatação de que há um

problema em sua próstata vem com o resultado de um exame que não era de seu conhecimento, o PSA, e com ele, a indicação da urgência na busca de um especialista. Neste momento, percebe-se o saber do profissional sendo parte do discurso do senso comum, que busca traduzir para a linguagem do homem, a simbologia do exame que revela a sua condição de doente.

Outro estudo também relata o desconhecimento, por parte dos homens, quanto ao significado e a importância do PSA como exame de triagem para o câncer de próstata. Nesse contexto, ressalta-se a importância de que o médico explique quais exames ele está solicitando e as indicações dos mesmos. Pois prestar os esclarecimentos necessários antecipadamente, pode evitar maiores surpresas e proporcionar maior tranquilidade aos homens, caso o resultado apresente alterações sugestivas de câncer⁽¹⁷⁾.

Outro exame comumente solicitado pelos urologistas, para auxílio no diagnóstico de câncer de próstata, é o exame de toque retal, também chamado toque digital da próstata. Esse exame, considerado de baixo custo, é um procedimento que movimenta o imaginário masculino e provoca desconforto muito mais psicológico do que físico. Nesse sentido, tocar em uma parte pouco usual da maioria dos homens provoca, geralmente, sentimentos negativos. Além disso, por ter um dedo introduzido no reto, muitos homens encaram o exame como perda de sua masculinidade. O toque retal pode ser compreendido ainda como uma ameaça a heterossexualidade e a virilidade do homem, tornando-se um tabu nos cuidados a saúde⁽¹⁷⁾.

Eu estou dizendo, no momento que eu senti que não estava urinando direito, eu procurei, falei pra ele e ele disse que eu ia fazer aquele toque, como é que é, uma vez por ano, a partir dos quarenta, entende. (C.B., 69 anos)

Consultei com o dr S. ele me fez o exame de toque, e disse que tava ruim mesmo. (E.S.M., 69 anos)

Ao contrário do que muitos homens referem sobre o exame de toque retal, os informantes desse estudo não relatam queixas ou constrangimentos. Constata-se que eles demonstraram inclusive ter consciência da importância do exame na diagnose precoce “*eu senti aquele problema, eu tomei a providência*” (C.B., 69 anos). O “tomar a providencia” remete a questão do poder sobre o próprio corpo e optar por realizar os exames necessários para a descoberta de seu problema de saúde.

Apesar de não expressar receio em relação ao exame em si, o medo de estar com um câncer foi maior e a crença de estar agindo de forma precoce “*e o câncer, por mais cruel que*

fosse, não ia surgir hoje e já me matar amanhã!” (C.B., 69 anos) remete novamente para o temor da morte que culturalmente o câncer impõe a suas vítimas. Desse modo, o resultado do exame de toque retal causou temor a estes homens, uma vez que tiveram a confirmação de que algo “*estava ruim mesmo*” (E.S.M., 69 anos).

Ressalta-se ainda que, pelo fato desses homens serem gaúchos, acredita-se que a cultura do Rio Grande do Sul pode ter refletido em como os homens desse estudo significam suas experiências de doença, uma vez que, historicamente, os homens são entendidos como fortes, corajosos, viris, que lutam por seus ideais e que não se expõem como frágeis. Em C.B. isso se evidencia pelo fato de ele entender o câncer como algo a ser enfrentado “sem alarde” e em E.S.M., encontra-se o típico gaúcho contador de história, que busca mostrar-se forte, cada fato tem extrema relevância e em cada relato ampliam-se as percepções e significados.

As emoções oriundas do diagnóstico variam conforme cada pessoa percebe sua própria condição⁽¹⁸⁾. Além disso, a forma como a notícia é repassada ao homem pode minimizar ou ampliar os sentimentos contraditórios que emergem diante de um diagnóstico de câncer⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, cada pessoa entende as situações cotidianas conforme suas vivências, segundo as lições que a vida lhes proporcionou⁽⁸⁾.

Eles [família] pensaram que eu não sabia, mas não tinha outra doença na próstata a não ser câncer e eu nunca falei nada, né? Graças a Deus esse meu não era muito bandido, não era muito comedor. A doença, o câncer, é um vírus infeccioso que vai infeccionando. (E.S.M., 69 anos)

Quando eu descobri esse [o câncer], não sei, não sei, as pessoas dizem que dá aquele “ai” sabe? A vida é aqui pô! Vai ter que te conhecer, te trata e vai vendo, é isso, sabe? Não entrei em pânico, sabe, não acreditei que a morte fosse capaz de, sabe? Então, porque tem gente que a primeira coisa, sabe, “pum”, agora eu vou morrer, e isso aí nunca me passou na cabeça, né, claro, é uma preocupação natural né! O que é pra fazer eu vou fazer, sabe, e faço até hoje! (C.B., 69 anos)

E.S.M. afirma ter consciência do que acontecia com sua saúde, apesar dos demais não lhe explicarem com clareza. Agradece ainda, por “*seu câncer não ser muito comedor*”, demonstrando que o enfrentar uma enfermidade não inclui somente a experiência pessoal pregressa do indivíduo, mas também, qual o sentido que dá para os sintomas e a doença, tendo em vista o contexto cultural, social e econômico em que está inserido⁽¹⁸⁾. Assim, ao compreender e expressar o câncer como “*comedor*” E.S.M. refere por metáfora, o quão sofrida e penosa é a experiência de vivenciar essa doença, que ainda carrega o estigma de ser algo que corrói e consome o corpo vagarosamente⁽¹⁹⁾.

Percebe-se, na fala de C.B., a autossuficiência e a coragem para lidar com a doença que o acometeu. Acredita-se que esse modo de encarar a doença possa ter origem na construção histórica, social e cultural, a qual foi permeada pelo abandono familiar, pois, C.B., desde muito jovem, teve que aprender a cuidar de si, uma vez que, conforme seu relato o pai “[...] não foi grande coisa. Pai, aquele pai mulherengo, sabe como é? Uma mulher em cada bairro, um filho por ali... um homem que nunca...sabe... pai qualquer um pode ser, né?”

A terapia medicamentosa ocasionou desconforto ao homem, alterando inclusive a sua percepção das coisas, além de reações que comprometeram o seu dia a dia e causaram alterações anatômicas.

Não posso enxergar café preto, coca cola [...] Mas que mistura que tem nesse remédio que é logo as coisas escuras que eu não posso enxergar? A televisão me “vira os miolos” tudo. (E.S.M., 69 anos)

Comentou ainda, mostrando o peito, que suas mamas haviam crescido e endurecido, complementando rindo que estavam melhores do que as de muitas mulheres que utilizam silicone. (Diário de Campo de E.S.M., número 02, 20/04/12)

Pelo relato de E.S.M., percebe-se que a medicação utilizada para controle do câncer vinha ocasionando significativo desconforto no desempenho de atividades cotidianas, por exemplo, comer e assistir televisão. Aliado a isso, a percepção de que seu corpo, antes viril e masculino, estava adquirindo algumas características femininas como o crescimento das mamas, o que levou a questionar se não haveria solução para o problema.

A médica reintera que, em casos extremos, para indivíduos que não se adaptam a medicação, pode ser feita a retirada dos testículos, o que cessaria a produção de hormônios. Neste momento, E.S.M. sério, corpo projetado para frente e tom de voz mais alto, diz que não precisa-se chegar a este extremo, que tentaria as outras opções. (Diário de Campo de E.S.M., número 02, 20/04/12)

Os tratamentos medicamentosos, em especial a hormonioterapia provocam, na maioria dos homens, mudanças corporais que tendem a refletir negativamente na autoimagem de ser homem. Nesse sentido, além das alterações na libido, o crescimento das mamas e as mudanças de peso ocasionam intenso sentimento de perda, pois, para o homem, o corpo já não é como era antes e as alterações permanentes são uma lembrança constante da experiência do câncer⁽¹⁹⁾.

Nesse contexto, para E.S.M e a grande maioria dos homens, a retirada dos testículos acarretaria significativa alteração na sua visão de ser homem, uma vez que estes simbolizam, psicologicamente e fisicamente, a sua virilidade.

Ao analisar a experiência do câncer sob a ótica cultural pode-se perceber que toda a trajetória vivida pela pessoa tem características subjetivas, que são identificadas e simbolizadas segundo o seu conhecimento prévio sobre a enfermidade. Assim, em uma situação-limite, cada indivíduo busca um sentido para a experiência baseado nos aspectos culturais e sociais do grupo a que pertence, que também o auxiliam a decidir sobre quais recursos dispor⁽²⁰⁾.

Assim sendo, independente do tipo de câncer e da duração dos tratamentos, vivenciar um processo de adoecimento nunca é uma experiência fácil. E para os homens, culturalmente distanciados por interfaces de sua identidade, a procura por auxílio do sistema de saúde precocemente, não costuma ser rotineira. Diante disso, tem-se a importância da atuação ativa da equipe de saúde, destacando-se a enfermagem neste processo, para auxiliá-los na compreensão de atentar para o cuidado da própria saúde.

Assim sendo, o ser homem resiliente manifesta-se em diversos momentos durante a trajetória da enfermidade: no momento que identificam os primeiros sinais da doença em seu corpo e que buscam a assistência a saúde; e também, no enfrentamento de forma positiva ao diagnóstico e tratamentos para o câncer de próstata, principalmente ao considerar-se que essa é uma doença que afeta o imaginário masculino e que provoca uma alteração na autopercepção de sua identidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, pode-se perceber que a identidade de ser homem resiliente, culturalmente construída, permeou a maioria das suas ações, no tocante ao processo de adoecimento por câncer de próstata.

E.S.M., ao considerar os sintomas iniciais como decorrentes de sua atividade laboral, demorou a procurar auxílio médico. C.B. por ser mais atento aos cuidados com sua saúde, realizava os exames periodicamente, o que fez com que seu câncer fosse descoberto precocemente e por consequência, a terapêutica foi menos impactante.

Assim, apesar da experiência de ter o câncer de próstata os igualarem na perspectiva de sua identidade de ser homem resiliente, a representação desse processo marcou as diferenças entre eles: fruto possivelmente da construção histórica e social cujas práticas de

cuidados a saúde são simbolizadas e que dão sentidos a experiência daquilo que eles são e que podem vir a ser. Desse modo, a reconstrução da identidade de homem resiliente, passa pelo processo de ser, hoje, idoso.

Neste contexto, acredita-se que os aspectos culturais que permeiam as formas de pensar, de agir e de lidar com a doença que os acometeu, foram fundamentais na construção de ser homem com alto grau de resiliência.

Desta forma, considera-se a importância de que, no tratar e cuidar da saúde dos homens, os (as) enfermeiros (as) atentem para os aspectos culturais que tornam esse ser humano único e especial. Assim, as chances de adesão e seguimento de qualquer terapêutica aumentam, pois o homem sente-se parte integrante de todo o processo de cura e superação, tornando-se sujeito ativo frente à própria saúde.

Acredita-se que a limitação do presente estudo relaciona-se com o fato de ter um número de informantes restrito, e, portanto, não ser passível de generalizações. Entretanto, os estudos qualitativos buscam apreender o fenômeno em profundidade, e nesse quesito, o estudo responde aos objetivos.

REFERÊNCIAS

1. Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva, TT. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais/ Tomaz Tadeu da Silva (org.). Stuart Hall, Kathryn Woodward. 11. Ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
2. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*; v. 50:1385-401, 2000.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf> . Acesso em 02 de set. de 2012.
4. Reuben SH. Living Beyond. Câncer: Finding a New Balance. President's Cancer Panel 2003-2004 Annual Report. May 2004.
5. Mullan F. Preface: The Culture of Survivorship. *Semin Oncol Nurs*. Nov; 2001.
6. YUNES MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol. estud.* 2003; 8 (num. esp.):75-84.
7. YUNES MAM. A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.

8. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
9. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes de pesquisa envolvendo regulamentadores de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/resolucoes/reso196.doc>. [Acesso em 02 de set 2012].
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
11. Siqueira 1997
12. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):825-829, 2003.
13. Sarti CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres - 3 ed.- São Paulo: Cortez, 2005.
14. Machin R; Couto MT; Silva GSN; Schraiber LB, Gomes R; Figueiredo WS et al . Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, Nov. 2011.
15. Gomes RG, Nascimento EF, Araújo FC. 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 Saude Publica*; 23(3):565-574, 2007.
16. Rivera-Ramos ZA, Buki LP. I Will No Longer Be a Man! Manliness and Prostate Cancer Screenings Among Latino Men. *Psychology of Men & Masculinity*, Vol. 12, No. 1, 13–25. 2011.
17. Walsh E, Hegarty J. Men's experiences of radical prostatectomy as treatment for prostate câncer. *European Journal of Oncology Nursing*. 14, 125–133, 2010.
18. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2003.
19. Sontag S. A doença como metáfora. Trad. Márcia Ramalho. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
20. Cecil R, Mccaughan E, Parahoo K. It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. *European Journal of Cancer Care* 19, 501–509, 2010.
21. Muniz RM, Zago MMF. A perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. *Cienc Cuid Saude*; 8 (suplem.):23-30, 2009.