

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O CÂNCER DE
PRÓSTATA PARA PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO
DE PROSTATECTOMIA**

Luciana Araújo Côrte¹

<https://orcid.org/0000-0003-3506-9334>

Raquel de Souza Ramos²

<https://orcid.org/0000-0003-1939-7864>

Margarida Maria Rocha Bernardes³

<https://orcid.org/0000-0003-2849-413X>

Tatiana Muniz Ferreira⁴

<https://orcid.org/0000-0002-0757-3843>

Antonio Marcos Tosoli Gomes⁵

<https://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

Ana Paula Kelly de Almeida Tomaz⁶

<https://orcid.org/0000-0002-0592-4101>

¹ Residente de enfermagem. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. luciana.acorte@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e do Hospital Universitário Pedro Ernesto. kakelramos@gmail.com

³ Pós-doutora em Biociência. Professora do Corpo Permanente da Escola Superior de Guerra do Ministério da Defesa (ESG/MD). margarida.rb.1502@gmail.com

⁴ Mestre em Saúde, Medicina Laboratorial e Tecnologia Forense. Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. tatiana_muniz76@hotmail.com

⁵ Pós-doutor em Enfermagem. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. mtosoli@gmail.com

⁶ Doutoranda em Enfermagem EEAN-UFRJ. Enfermeira do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e do Hospital Geral de Bonsucesso. kellyanapaula@yahoo.com.br

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Trabalho entregue para conclusão de residência multiprofissional em oncologia. Pós-Graduação *Lato sensu*. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Corte LA, Ramos RS.

Coleta de dados: Corte LA, Ramos RS

Análise e interpretação dos dados: Corte LA, Ramos RS, Gomes, AMT

Discussão dos resultados: Corte LA, Ramos RS Ferreira, TM, Bernardes, MMR

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Corte LA, Ramos RS, Gomes, AMT, Ferreira, TM, Bernardes, MMR

Revisão e aprovação final da versão final: Corte LA, Ramos RS, Ferreira, TM

AGRADECIMENTO

A instituição onde foi realizada a pesquisa, e aos profissionais que contribuíram de alguma forma para a confecção deste trabalho.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, parecer n. 076915/2019, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 16124619.5.0000.5274.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO (uso da revista)

Recebido:

Aprovado:

AUTOR CORRESPONDENTE

Luciana Araújo Côte

luciana.acorte@gmail.com

REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA PARA PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE PROSTATECTOMIA

RESUMO

O câncer de próstata é a segunda neoplasia maligna mais incidente no mundo. No Brasil para 2020 são estimados 66 mil novos casos. A incidência deste tipo de câncer aumenta significativamente com a idade, sendo mais comumente diagnosticada em homens acima de 60 anos. O tratamento depende do estadiamento da doença, da idade e do estado geral de saúde do paciente (Performance Status). De uma maneira geral, a cirurgia, a radioterapia e a terapia hormonal costumam ser as opções mais comuns, isoladamente ou em combinação. Os problemas pós-operatórios mais comuns são: disfunção erétil e incontinência urinária. A representação social estuda a necessidade de tornar algo não familiar, em algo familiar, abordando os atores sociais de forma completa, buscando analisar as relações entre os sujeitos e o ambiente social em que estão inseridos. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa pautado na teoria da representação social. Foram realizadas 20 entrevistas, utilizando um instrumento semi-estruturado. A análise das entrevistas foi baseada na análise de conteúdos de Bardin. A análise de conteúdo temático-categorial gerou 3 categorias: o itinerário terapêutico dos homens com câncer de próstata; experiência da internação e o processo de enfrentamento do adoecimento. Podemos concluir que a representação social sobre o câncer de próstata permeia desde o início do tratamento, as experiências da internação e o processo de enfrentamento do adoecimento, sendo fundamental para a enfermagem conhecer as particularidades de cada etapa, aperfeiçoando e prestando uma assistência integral, individualizada e de qualidade.

Objetivo: O estudo se propõe a identificar o pensamento social deste grupo de homens acerca do processo de adoecimento e tratamento do câncer de próstata.

Método: Optou-se por um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, pautada na teoria das Representações Sociais. O local de escolha para realizar a pesquisa foi um hospital de referência nacional de pesquisa, ensino e assistência oncológica no estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu em uma enfermaria cirúrgica especializada no tratamento de tumores urológicos no período de junho de 2019 a fevereiro de 2020. Os participantes do estudo foram 20 homens em pré-operatório de prostatectomia, sendo que

este número está pautado no critério de saturação teórica. As entrevistas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Bardin e sistematizada por Oliveira.

Resultados: Os participantes da pesquisa tinham idade média de 63 anos, eram casados e aposentados. A análise de conteúdo temático-categorial gerou um total de 2101 unidades de registro e 45 temas, que foram divididos em 3 categorias: o itinerário terapêutico dos homens com câncer de próstata; a experiência da internação e o processo de enfrentamento do adoecimento.

Conclusão: Podemos concluir que a representação social sobre o câncer de próstata permeia desde o início do tratamento, as experiências da internação e o processo de enfrentamento do adoecimento, sendo fundamental para a enfermagem conhecer as particularidades de cada etapa, afim de aperfeiçoar e prestar uma assistência integral, individualizada e de qualidade.

DESCRITORES: Câncer de próstata. Prostatectomia. Assistência de enfermagem. Saúde do Homem. Oncologia Cirúrgica.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é a segunda neoplasia maligna mais incidente nos homens em todo mundo, correspondendo a 15% do total de câncer.¹ Já no Brasil, para 2020 são estimados 66 mil novos casos, sendo o tipo de câncer mais comum entre os homens.² A incidência deste tipo de câncer aumenta significativamente com a idade, sendo mais comumente diagnosticada em homens acima de 60 anos. Quanto à história familiar, o homem que possui pai, irmão ou filho com diagnóstico de carcinoma de próstata apresenta de 2-3 vezes mais risco de desenvolver a doença em comparação ao homem sem história familiar. Em relação a cor da pele, homens negros, com descendência africana possuem maior risco para desenvolverem câncer de próstata.¹

O tratamento depende do estadiamento da doença, da idade e do estado geral de saúde do paciente (Performance Status). De uma maneira geral, a cirurgia, a radioterapia e a terapia hormonal costumam ser as opções mais comuns, isoladamente ou em combinação.³ A escolha da modalidade de tratamento pode ocasionar alterações físicas e psicológicas devido as complicações pós-operatórias. Os problemas mais comuns são: disfunção erétil e incontinência urinária. Ambas as complicações impactam na qualidade de vida do paciente, podendo gerar ansiedade e depressão.⁴ Desta forma, a equipe de enfermagem deve estar preparada para fornecer apoio físico e emocional, como realizar orientações e intervenções, objetivando reduzir as incertezas, e as complicações do procedimento cirúrgico.⁵

A teoria das representações sociais foi desenvolvida por Serge Moscovici e publicada em sua obra *La Psychanalyse: son Image et son Public* em 1961, na Europa. Para Moscovici, a representação social (RS) é o conjunto de crenças, conceitos e explicações que surgem no cotidiano, servido como forma de facilitar a comunicação entre indivíduos, considerando que a relação entre a experiência subjetiva e a inserção social é indissociável.⁶ A RS estuda a necessidade de tornar algo não familiar, em algo familiar, abordando os atores sociais de forma completa, buscando analisar as relações entre os sujeitos e o ambiente social em que estão inseridos.⁷

Diante do exposto, e do número cada vez maior de pacientes submetidos a prostatectomia, além da necessidade de a equipe de enfermagem prestar uma assistência holística, individualizada, centrada nas demandas do paciente, o presente estudo tem como objeto as representações sociais do câncer de próstata para pacientes em pré-operatório imediato. Como objetivo geral, o estudo se propõe a identificar o pensamento social deste grupo de homens acerca do processo de adoecimento e tratamento do câncer de próstata. Foram definidos como objetivos específicos: descrever

e analisar os conteúdos das representações sociais do câncer de próstata para homens em pré-operatório imediato de prostatectomia; discutir as repercussões destas representações para o planejamento da sistematização da assistência de enfermagem no campo da enfermagem em cirúrgica oncológica para este grupo social.

MÉTODO

Para realizar a pesquisa, optou-se por um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, pautada na teoria das Representações Sociais que, segundo Moscovici (2015), é *“uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”*.

O local de escolha para realizar a pesquisa foi um hospital de referência nacional de pesquisa, ensino e assistência oncológica no estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu em uma enfermaria cirúrgica especializada no tratamento de tumores urológicos do referido hospital, no período de junho de 2019 a fevereiro de 2020. A entrevista foi realizada em local reservado, e foi utilizado gravador de voz para auxiliar na transcrição das falas. Primeiramente foram coletados dados sociodemográficos dos participantes com o objetivo de caracterizar a amostra. Posteriormente foi realizada entrevista semiestruturada por meio de um instrumento que norteou a condução da entrevista.

Os participantes do estudo foram 20 homens em pré-operatório de prostatectomia, sendo que este número está pautado no critério de saturação teórica. Os critérios de inclusão foram: estar em pré-operatório imediato de prostatectomia, ser maior de 18 anos e ter condições psíquicas para responder a pesquisa. Os critérios de exclusão foram: homens que não possuem diagnóstico de câncer de próstata; homens que já realizaram algum tipo de cirurgia para retirada de tumor de próstata, os que não concordaram em participar do estudo. Os dados clínicos e sociais foram organizados em tabelas e gráficos com o auxílio do software Excel®. As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Bardin e sistematizada por Oliveira.⁸ Esta análise se processou em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados. A fase de pré-análise é o momento de organização propriamente. Nesta fase, foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas, objetivando estabelecer um primeiro contato com o material coletado. Foram seguidas as seguintes etapas recomendadas por Bardin (2015) para a construção da análise de conteúdo e sua consequente formação de categorias:

- a) Regra da exaustividade: todos os elementos que emergirem dos documentos analisados e que estiverem em consonância com o objeto do estudo estarão contidos no *corpus* e inseridos na análise;
- b) Regra da representatividade: a amostra deve ser representativa do universo inicial, no caso, a inclusão de todas as entrevistas;
- c) Regra da homogeneidade: os documentos a serem analisados devem ser homogêneos, ou seja, devem obedecer a critérios precisos de escolha;
- d) Regra da pertinência: a análise das informações deve estar em consonância com o objetivo inicialmente proposto.

A segunda etapa da análise foi a exploração do material com consequente transformação e agregação dos dados brutos em unidades de registro (UR), que se destina a codificar o material, transformando os dados brutos das entrevistas transcritas através do recorte, agregação e enumeração. Neste estudo, o critério para recorte foram frases. A definição das categorias se processou em duas etapas: o inventário, que isola os elementos, e a classificação, que reparte esses mesmos elementos permitindo a organização das mensagens. Após este processo, iniciou a etapa de tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação que colocaram em evidência as informações advindas da análise, onde se buscou o que estava por trás da palavra, procurando ver além do que é concreto, adotando uma postura subjetiva, sem, no entanto, destituir-se do rigor científico. Os dados foram organizados em tabelas simples, com frequência absoluta, o que facilitou a visualização da distribuição das UR, a apresentação e análise dos dados que emergiram dos discursos.^{8,9}

Ao observar as possibilidades de análise a partir da teoria da representação social e da análise de conteúdo, verificou-se que ambas se dedicam ao estudo dos processos de comunicação. Configuram, portanto, um modo de interpretação da realidade, e retratam os comportamentos e as práticas sociais de sujeitos. Considerando que qualquer meio de comunicação pode contribuir para a formação de representações, da mesma forma, qualquer produção de conteúdo comunicativo pode ser objeto para a utilização da análise de conteúdo, o que justifica, portanto, o uso desta técnica de análise no estudo em tela.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer José Aécio de Almeida Gomes da Silva. Os participantes foram convidados a participar do estudo de forma voluntária, após elucidação dos objetivos da pesquisa e

esclarecimento de dúvidas, sendo oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura.

RESULTADOS

Quanto ao perfil sociodemográfico, os participantes tinham entre 52 e 69 anos de idade. A idade média foi de 62 anos, sendo 65% com idade entre 61-70 anos. Em relação ao estado civil, 65% alegaram ser casados ou ter união estável. Em relação a situação trabalhista, 40% estão aposentados. Quanto a denominação religiosa, 43% denominaram-se católicos e 36% evangélicos.

A análise de conteúdo temático-categorial gerou um total de 2626 unidades de registro e 45 temas, que foram divididos em 3 categorias: o itinerário terapêutico dos homens com câncer de próstata; a experiência da internação e o processo de enfrentamento do adoecimento.

A primeira categoria, o itinerário terapêutico dos homens com câncer de próstata obteve um total de 436 unidades de registro.

A segunda categoria, a experiência da internação, foi composta por 672 unidades de registro, dividida em duas subcategorias: o contato com o câncer e o relacionamento com a equipe de saúde.

A subcategoria o contato com o câncer está organizado em 224 unidades de registro, ao passo que a subcategoria o relacionamento com a equipe de saúde contou com 448 unidades de registro (UR).

A última categoria, o processo de enfrentamento do adoecimento foi estruturado em 1518 unidades de registro, divididas em 4 subcategorias: A espiritualidade e a religiosidade (660 UR), atitudes e ações diante do adoecimento (318 UR), dimensão conceitual de doença (373 UR) e a participação da família no processo de adoecimento (167 UR).

DISCUSSÃO

Para os participantes deste estudo, a busca por uma unidade de saúde inicia com a percepção de que algo está fora do normal, momento que normalmente inicia-se os sinais e sintomas da doença. Na população masculina não é diferente, porém quando consideramos o câncer de próstata isto pode ser um problema. Sabemos que tradicionalmente os homens apresentam maior resistência em buscar a unidade de saúde. Estudos comparativos entre homens e mulheres apontam que as mulheres procuram mais o serviço de saúde do que os homens, contudo, os homens são mais vulneráveis as patologias e possuem maiores taxas de morbimortalidade. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) afirma que os homens

apresentam maior dificuldade em participar das ações de promoção e prevenção a saúde e por isso, entram no sistema de saúde pela atenção terciária, acarretando retardo no diagnóstico, dificuldade de resolução do agravo, maior gravidade e maior custo financeiro para o sistema de saúde.¹⁰

A primeira barreira no itinerário terapêutico dos homens com câncer de próstata é a resistência em buscar por unidades de saúde e conseqüentemente em participar de ações de promoção e prevenção. As falas a seguir exemplificam a baixa procura dos homens pelas unidades de saúde: [...] *Minha saúde é boa, meu coração tá bom. Nunca fui ao médico, fui agora com 65 anos (E15). Não sei, tenho nem ideia porque. Acho que já vem da gente mesmo. Do homem. Eu acho que já vem do homem isso. Que acredita que nunca vai acontecer. A gente só acredita depois que tá (E12).*

Outro estudo brasileiro voltado para a investigação do fator impeditivo do cuidar de si, entrevistou 28 homens com diferentes níveis de escolaridade. A explicação para a pouca procura dos serviços de saúde por parte dos homens foram: associação do cuidar à mulher; sinal de fraqueza, medo, ansiedade; insegurança; questões relacionadas ao trabalho; associação do homem como provedor; vergonha de ficar exposto e falta de unidade de saúde específicas para o homem.¹¹ É neste contexto que em 2008 o Ministério da Saúde lança a PNAISH afim de estimular o autocuidado no homem e atrair essa população para o serviço de saúde primário, visando obter maior adesão as medidas de prevenção, promoção e educação em saúde e com isso, reduzir a morbimortalidade.

Outra barreira apresentada pelos entrevistados é a realização dos exames de prevenção do câncer de próstata. Um estudo realizado em Tocantins, com 45 homens, apontou que o machismo e preconceito são os motivos para a não procura pela prevenção do câncer de próstata.¹² Tais questões podem ser evidenciadas no trechos das entrevistas a seguir: [...] *Porque eu só escutei falar “Ah, esse negócio aí vai mexer com o pandeiro na gente”, que parada é essa. Isso é coisa de pessoas que gosta do negócio aí (E6). Mas o meu maior medo é minha família passar para outras pessoas o tipo de exame (E5).*

Ao analisarmos a experiência da internação, observamos que o primeiro contato dos homens deste estudo com a patologia foi no momento do diagnóstico médico. Este grupo social vivenciaram uma situação de conflito ao serem diagnosticados com câncer, porque ainda não apresentaram sintomas da doença e conseqüentemente não se sentem doentes. O fragmento de entrevista reforça tal dado: [...] *Mas ele não me incomodava. Urinava tranquilo, relação sexual tranquilo, não tinha problema de evacuar. Tranquilo. Nada, nada. Hoje, se for pra melhorar, se realmente pra melhorar. Melhorar o que? Eu*

não to sentindo os sintomas que... que poderia causar o aumento da próstata (E14).

A palavra câncer muitas vezes é associada a morte, sofrimento, gerando sentimento de medo, angústia e ansiedade.¹³ Um estudo analisou a representação social de doença por meio da evocação livre de palavras. A representação de doença estava associada a sofrimento e a algo ruim.¹⁴ Outro estudo acerca da representação social dos homens sobre saúde e doença afirma que há uma relação entre a não identificação de sintomas, com a baixa procura por serviços de saúde. A falta de sintomas como, dor e mal-estar físico favorece a ideia de não haver necessidade de procura do sistema.¹⁵

Quanto ao relacionamento com os profissionais, os participantes mostraram-se confiantes na equipe de saúde. Um estudo verificou que um bom relacionamento com a equipe pode influenciar a aceitação, adesão, adaptação e tomada de decisão quanto aos tratamentos.¹⁶ De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é uma postura ética que busca escutar e valorizar as queixas dos usuários, devendo ocorrer em todos os encontros, sem local ou profissional específico. O acolhimento serve como estratégia para criar vínculo e estabelecer uma relação de confiança com os pacientes.

Em relação a maneira como foram tratados pela equipe, os entrevistados mostraram-se satisfeitos e surpresos com a atenção, profissionalismo e carinho da equipe de saúde. [...] *Ele me tranquilizou, pode ficar tranquilo que vamos tirar isso aí rápido, o senhor vai ficar tranquilo (E5). Olha também sensacional, sensacional! Uma equipe muito atenciosa, uma equipe muito boa, uma equipe compromissada com aquela profissão que escolheu. Uma equipe realmente dedicada àquela função que ela colocou na mente. Então a equipe de enfermagem daqui, sem brincadeira, aonde eu colocar a planta dos meus pés, vou falar: A equipe de enfermagem de lá é dez (E2). Estão me atendendo muito bem. Maravilhosamente (E6).*

A prostatectomia é uma cirurgia que tem efeitos adversos que podem afetar negativamente a qualidade de vida do paciente, sendo fundamental que a tomada de decisão seja feita em conjunto com o paciente, explicando de maneira clara os prós e os contras da indicação cirúrgica, de forma a tornar o paciente um ser ativo no seu processo saúde-doença. Ações educativas em pacientes cirúrgicos além de tranquilizar, melhoram o enfrentamento frente ao procedimento cirúrgico e o processo de internação.¹⁷

A atuação da enfermagem torna-se primordial tanto no período pré-operatório, para realizar orientações sobre o preparo, tempo e recuperação da cirurgia, quanto no pós-operatório com orientações e esclarecimentos de dúvidas. Um dos efeitos colaterais da prostatectomia é disfunção erétil.⁴ Um estudo realizado com 1001 homens com câncer de próstata na Europa, onde foi identificado que mais de 80% da amostra teve alguma

necessidade de cuidado não atendida. No mesmo estudo, 45% alegou que nunca havia participado de uma consulta com a enfermagem. Com isso, o estudo concluiu que a falta de orientação, aconselhamento e apoio da enfermagem, foi associada a maiores taxas de necessidades não atendidas. A pesquisa também afirma a importância dos cuidados de enfermagem no suporte do paciente após o tratamento, sendo uma área de atuação que a enfermagem deve melhorar.¹⁸

Como destacado anteriormente, para os participantes deste estudo, o primeiro contato com a doença foi no momento do diagnóstico. Ao receber o diagnóstico de câncer de próstata, o paciente se encontra perante uma patologia com grande estigma, comumente associado a sofrimento e morte.¹⁹ A religiosidade/espiritualidade é uma forma de lidar com a doença e ressignificar o sentido da vida, exercendo efeito protetor sobre as dificuldades geradas por essa patologia.²⁰

Um estudo realizado com 1114 pacientes que haviam recentemente tomado decisão sobre o tratamento do câncer de próstata, relacionou o bem-estar espiritual a um melhor processo de tomada de decisão, gerando maior satisfação quanto a decisão tomada, e menor conflito e dificuldade para decidir.²¹ Outro estudo realizado com 101 pacientes em tratamento oncológico no Brasil, apontou que 80% dos pacientes alegaram que gostariam de receber cuidado espiritual, e 93% afirmaram a espiritualidade como forma de auxiliar no enfrentamento da doença.²² Vale ressaltar que, no hospital onde foi realizado a pesquisa, existe o serviço voluntariado de apoio espiritual ecumênico.

A assistência de enfermagem é centrada nos procedimentos e no cuidado físico ao paciente. A literatura mostra que religiosidade/espiritualidade é um componente auxiliador no enfrentamento da doença, devendo a enfermagem também atuar nesses cuidados. Porém estudos demonstram despreparo dos profissionais, este podendo estar relacionado a baixa discussão sobre o tema durante a formação profissional e/ou em cursos de educação continuada.²³

A espiritualidade e a religiosidade foram manifestadas em diversos momentos da entrevista, como forma de agradecimento, esperança, fé e principalmente como forma de enfrentamento da doença, como podemos ver nas falas a seguir: [...] *Tenho medo não. Tô com Deus (E6). Graças a Deus, eu me pego com Deus, e seja o que Deus quiser (E9). Eu to preparado pra tudo, minha filha. Porque como Ele te dá, Ele te tira. Se chegar meu momento, tudo bem. Se não chegar, eu agradeço (E1).*

Quando questionados se a religião/espiritualidade tem ajudado no enfrentamento da doença, muitos participantes afirmaram que sim, como podemos ver nas falas abaixo: [...] *Pra mim é importante (E6). Sim, sempre ajuda, sempre ajuda você ter fé, se agarrar*

com a religião que te pertence, né? Sempre te dá uma força (E11). Muito, muito, muito (E9).

Ao analisar o procedimento cirúrgico, observamos que a cirurgia é vista unicamente pela retirada do tumor, ou seja, é a maneira de se chegar mais perto da cura. Os efeitos adversos e as morbidades que podem decorrer da cirurgia não são levadas em consideração.⁵ Isso pode justificar o comportamento positivo do grupo social. Outra questão que pode estar relacionada à disposição para enfrentar a doença é o fato destes pacientes estarem no início do tratamento e ainda não terem vivenciado as experiências negativas. Grande parte dos estudos abordam os sentimentos, angústia, impacto e enfrentamento do paciente em pós-operatório de prostatectomia, justamente por ser o período em que são identificadas as complicações da cirurgia que afetam a qualidade de vida. Um estudo realizado com 30 homens com o objetivo de identificar a percepção dos homens sobre qualidade de vida antes da cirurgia oncológica constatou que apesar dos pacientes saberem dos danos causados pela cirurgia, estes encontravam-se otimistas pois acreditavam que o procedimento poderia levar a cura do câncer.²⁴

Um estudo realizado em diversas regiões do Estados Unidos da América (EUA) com 3429 pacientes que foram submetidos a cirurgia oncológica para tratar câncer de pulmão ou colorretal, foram questionados acerca da curabilidade da cirurgia. Aproximadamente 80% dos pacientes com câncer de pulmão e cerca de 90% dos pacientes com câncer colorretal alegaram que a cirurgia iria curar o câncer. Nos pacientes em estágio IV de câncer de pulmão e colorretal, 57,4% e 79,8% respectivamente, acreditavam que a cirurgia era curativa.²⁵ Por isso, é primordial que a comunicação seja realizada de forma efetiva, de forma que o paciente entenda a real finalidade da cirurgia, assim como seus efeitos adversos.

Em diversos momentos durante a entrevista, os participantes mostraram-se prontos para enfrentar a doença. Falas e atitudes positivas eram citadas ao se falar sobre a cirurgia e início do tratamento, como vemos nas falas a seguir: [...] *O que eu sinto em relação ao adoecimento é que hoje estou doente, mas eu tenho certeza que amanhã eu vou estar bom. Entendeu? (E2). Eu sou daquele que tem que ser feito será feito. Então eu encaro. Por mais que seja de risco, ou deixa de ser eu encaro. To preparado pra isso (E4).*

Como já citado acima, a comunicação profissional de saúde-paciente deve ser realizada de forma clara, com linguagem que facilite a compreensão do paciente. Durante a entrevista foram observados diferentes níveis de compreensão sobre a doença. Quando questionados se tinham conhecimento sobre os efeitos adversos da cirurgia, alguns

relatam o uso do cateter vesical de demora, incontinência urinária e impotência sexual, enquanto outros afirmaram que foi orientado, mas não se lembra ou não souberam explicar. Perguntamos também se eles conheciam as formas de tratamento para o câncer de próstata. Apenas 4 pacientes responderam as três principais: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Porém, quando perguntou se tinham dúvidas, a grande parte dos entrevistados respondeu negativamente, como podemos ver nas falas a seguir: [...] *O médico já me passou todos. Quando eu vim pra falar sobre a operação, o médico já me colocou a par de tudo já. Todos os pros e os contras. Falou, falou sobre problema de urinária que pode acontecer, de eu ter que ficar usando fralda por um momento, ou não. É, ele falou, falou não lembro assim exatamente tudo, mas ele me explicou (E8). Ele falou que pode ter sangramento, pode ter, e esqueci os outros. Não lembro, ela falou comigo. Ela falou uns troços lá. Ela explicou direitinho, eu peguei e assinei (E11). Não tenho dúvidas, porque o médico já me explicou o que pode acarretar isso, isso, isso. Então antes de fazer eu já sabia disso. Quer dizer, mas eu tenho que correr esse risco. A vida, ou o risco (E1).*

A ausência de dúvidas pode estar relacionada a falha na comunicação com o paciente demonstrando que o processo de comunicação não foi efetivo. O paciente que será submetido a prostatectomia deve receber orientações claras sobre o que poderá vivenciar no pós-operatório, pois, normalmente eles focam apenas na cirurgia (representação de cura) e não levam em consideração as complicações que podem surgir.⁵ Um estudo afirma que a complexidade das informações, e o sofrimento emocional do diagnóstico, prejudicam a absorção das informações. A literatura aponta os aspectos que podem interferir na comunicação efetiva com os pacientes, cabendo a equipe identificar as particularidades de cada indivíduo, afim de realizar orientações de acordo com as demandas de cada um.²⁶

A descoberta de câncer é compartilhada com os familiares, acarretando mudanças na estrutura familiar e afetando, em maior ou menor grau, todos os componentes desse núcleo.²⁷ A presença de familiares e amigos no decorrer do tratamento constitui uma rede de apoio emocional e afetivo, auxiliando no processo de tomada de decisão e sendo fundamental para encorajar e incentivar o paciente a manter postura confiante frente ao tratamento.²⁸ Considerando que 67% dos entrevistados eram casados, e que os efeitos adversos da prostatectomia podem afetar negativamente a relação de intimidade entre homem-mulher, é importante que a esposa/companheira faça parte do processo decisório, assim como compreender as consequências e as formas de tratamento alternativo que existe para tal dano. É imprescindível que a família seja reconhecida como

componente auxiliador durante o tratamento, e deverá ser incluída nos processos de tomada de decisão.²⁹ Percebemos que, durante as entrevistas, não ocorre menção de que as esposas/companheiras tenham participado do processo de tomada de decisão sobre a cirurgia. O apoio familiar gera uma sensação de segurança e força para seguir adiante com o tratamento, minimizando desta forma, o sofrimento vivenciado pelo paciente. Considerando que os entrevistados estão no início de tratamento, é importante estimular a presença do familiar, como forma de reduzir as angústias, incertezas e dificuldades decorrente do tratamento.³⁰

O diagnóstico de câncer afeta tanto o paciente, quanto sua família. [...] A questão da minha família, minha família me apoiou muito. Talvez se não fosse a minha família, abaixo de Deus, se não fosse a minha família, talvez hoje nem estaria aqui (E2). [...] *o apoio que eu to tendo. Coisa que eu não tinha assim... eu... eu não imaginava que ia tão abraçado como estou sendo. [...] Então são todas essas pessoas as vezes eu to aqui conversando contigo e você vai escuta o barulho do meu telefone apitar, é ele me mandando mensagem porque sabe que eu to internado pra fazer uma cirurgia. Entendeu? Me confortando, falando comigo. Então eles não me deixam sozinho (E12).*

Quanto as limitações do artigo o emprego de apenas uma técnica de coleta de dados permitiu a identificação apenas da abordagem processual da Representação Social, sendo recomendado a realização da técnica de evocação livres de palavras para a definição da abordagem estrutural.

CONCLUSÃO

Os dados da pesquisa corroboram com outros estudos a respeito da baixa procura dos homens pelos serviços de saúde. Vários estudos citados no trabalho afirmam que a população masculina apresenta maior resistência em procurar uma unidade de saúde. A procura por um serviço de saúde normalmente está associada a algum sintoma, e por isso, entram no sistema de saúde pela atenção terciária, e não pela atenção primária.

Outra barreira abordada na pesquisa e que também está de acordo com o que a literatura afirma é a resistência em realizar os exames de rastreamento (PSA e toque retal). Percebe-se nas falas dos entrevistados um tabu diante do exame. Muitos relataram que sabiam da necessidade de realizar o exame, mas acabavam não realizando por diversos motivos. A resistência frente aos exames de rastreamento, está relacionado também a percepção de masculinidade.

O primeiro contato dos entrevistados com o câncer foi no momento do diagnóstico. Por não apresentarem sintomas e não se sentirem doentes, os participantes relataram

surpresa ao descobrir sobre a doença. Um estudo relaciona a falta de sintomas ao “não se sentir doente”.

Outro fator que compõe a experiência da internação para estes homens é o relacionamento com a equipe de saúde. Os participantes mostraram confiar na equipe, e no tratamento que estava sendo proposto, demonstrando que um bom relacionamento com a equipe de saúde, pode influenciar na aceitação e auxiliar na tomada de decisão.

Quanto as questões de religiosidade/espiritualidade, percebemos que esta possui um grande impacto nesse grupo social, sendo o tema com maior número de UR. As manifestações de religiosidade/espiritualidade foram expressas em diversos momentos das entrevistas, sendo uma forma de expressar agradecimento, esperança, fé, e como maneira de enfrentar a doença. Podemos observar que a religiosidade/espiritualidade é um componente importante e auxilia no enfrentamento da doença, sendo uma área que a enfermagem deve aprimorar sua atuação.

As atitudes e ações diante o adoecimento e referente ao tratamento cirúrgico foram vistas como positivas. Tal comportamento está associado ao início do tratamento, onde ainda não vivenciaram os efeitos negativos do tratamento. Outro fator importante evidenciado é que a cirurgia é vista apenas pela a retirada do tumor (cura), e não são considerados os efeitos adversos e suas consequências na qualidade de vida. Por isso, é fundamental que a comunicação com o paciente seja efetiva. O profissional de saúde deve esclarecer as dúvidas, orientar e decidir, junto ao paciente, a melhor forma de tratamento. Percebemos no estudo que as orientações sobre os efeitos adversos da cirurgia e as formas de tratamento foram repassadas, porém a comunicação não foi efetiva. Quando questionamos os participantes sobre quais eram os efeitos adversos, eles não souberam relatar de maneira adequada, mas afirmaram ter recebido a informação. Com isso, o profissional de saúde deve rever o processo de comunicação, e analisar o motivo e os fatores que estão interferindo para que essa comunicação seja efetiva.

Por último, foi observado a importância do suporte familiar para estes pacientes, constituindo uma rede de apoio para o enfrentamento da doença, além de servir para encorajar e incentivar o paciente a seguir com o tratamento de forma mais confiante. Com isso, torna-se imprescindível que a família seja incluída nos processos de tomada de decisão, principalmente quando se considera uma população onde a maioria é casado, e opta por realizar uma cirurgia que pode afetar negativamente a vida íntima do casal.

Com isso, podemos concluir que a representação social sobre o câncer de próstata permeia desde o início do tratamento, as experiências da internação e o processo de enfrentamento do adoecimento, sendo fundamental para a enfermagem conhecer as

particularidades de cada etapa, aperfeiçoando e prestando uma assistência integral, individualizada e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Humphrey PA, Joachim Schüz. World Cancer Report 2014. 1º ed. Lyon; 2014. 632 p. (1; vol. 1).
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2020. 122 p.
3. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de próstata - versão para Profissionais de Saúde [Internet]. Instituto Nacional do Câncer. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/profissional-de-saude>
4. Azevedo C, Mata LRF da, Braga PP, Chavez GM, Lopes MR, Penha CS. A PERCEPÇÃO DE HOMENS E COMPANHEIRAS ACERCA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL. Texto & Contexto - Enfermagem. 2018;27.
5. Florentino dos Santos DR, Araújo Florêncio de Lima C, De Araújo Saldanha E, Dias Fernandes MIDC, De Almeida Medeiros AB, Brandão de Carvalho Lira AL. Atividades de enfermagem ao paciente prostatectomizado. Rev enferm UERJ [Internet]. 29 de setembro de 2015 [citado 27 de maio de 2019];23(4). Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4218>
6. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11º ed. Petrópolis: Vozes; 2015. 408 p.
7. Teixeira Carlos KP, de Oliveira Santos JV, Fernandes de Araújo L, Teixeira Carlos KP, de Oliveira Santos JV, Fernandes de Araújo L. Old age LGBT social representations: A comparative study conducted with university students from law, pedagogy and psychology programs. Psicogente [Internet]. dezembro de 2018 [citado 29 de maio de 2019];21(40):297–320. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-01372018000200297&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: Uma proposta de sistematização. Rev enferm UERJ. 2008;8.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: 70; 2011. 280 p.
10. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) [Internet]. Portaria GM/MS nº 1944 nov, 2008 p. 40. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
11. Gomes R, Nascimento EF do, Araújo FC de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública [Internet]. março de 2007 [citado 14 de dezembro de 2019];23(3):565–74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&tlng=pt
12. Vieira CG, Araújo W de S, Vargas DRM de. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. Revista Científica do ITPAC. 2012;5(1):9.
13. Teston EF, Fukumori EFC, Benedetti GM dos S, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. Esc Anna Nery [Internet]. 27 de agosto de 2018 [citado 14 de dezembro de 2019];22(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400214&lng=en&tlng=en
14. Nascimento ARA do, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento IF. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. Psico-USF [Internet]. agosto de 2011 [citado 14 de dezembro de 2019];16(2):203–13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000200009&lng=pt&tlng=pt
15. Martins AM, Nascimento ARA do. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CORPO APÓS O ADOECIMENTO POR CÂNCER NA PRÓSTATA. Psicol Estud [Internet]. 24 de setembro de 2017 [citado 14 de dezembro de 2019];22(3):371. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31728>

16. Brustolin A, Ferretti F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. *Acta paul enferm* [Internet]. janeiro de 2017 [citado 14 de dezembro de 2019];30(1):47–59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100047&lng=pt&tlng=pt
17. Böck A, Nietsche EA, Terra MG, Cassenote LG, Wild CF, Salbego C. Acciones educativas desarrolladas en el período perioperatorio en un hospital universitario: percepción de pacientes quirúrgicos. 2019;20.
18. Cockle-Hearne J, Charnay-Sonnek F, Denis L, Fairbanks HE, Kelly D, Kav S, et al. The impact of supportive nursing care on the needs of men with prostate cancer: a study across seven European countries. *Br J Cancer* [Internet]. outubro de 2013 [citado 14 de dezembro de 2019];109(8):2121–30. Disponível em: <http://www.nature.com/articles/bjc2013568>
19. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm* [Internet]. fevereiro de 2011 [citado 14 de dezembro de 2019];64(1):53–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=pt&tlng=pt
20. Costa DT, Silva DMR da, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vasconcelos JL de A, Carvalho MVG de. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. junho de 2019 [citado 14 de dezembro de 2019];72(3):640–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300640&tlng=en
21. Mollica MA, Underwood W, Homish GG, Homish DL, Orom H. Spirituality is associated with better prostate cancer treatment decision making experiences. *J Behav Med* [Internet]. fevereiro de 2016 [citado 14 de dezembro de 2019];39(1):161–9. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10865-015-9662-1>
22. Mesquita AC, Chaves É de CL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC de. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. abril de 2013 [citado 14 de dezembro de 2019];21(2):539–45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200539&lng=en&tlng=en
23. Pedrão R de B, Beresin R. Nursing and spirituality. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. março de 2010 [citado 14 de dezembro de 2019];8(1):86–91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100086&lng=en&tlng=en
24. Freitas AA de S, Coelho MJ, Silva JCS, Ramos R de S, Silva TASM. Percepção do homem sobre qualidade de vida relacionado a saúde antes da cirurgia oncológica. *Revista Nursing*. 2019;22 (258):3286–90.
25. Kim Y, Winner M, Page A, Tisnado DM, Martinez KA, Buettner S, et al. Patient perceptions regarding the likelihood of cure after surgical resection of lung and colorectal cancer: Perception of Cure After Surgery. *Cancer* [Internet]. 15 de outubro de 2015 [citado 14 de dezembro de 2019];121(20):3564–73. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/cncr.29530>
26. Dobrozsi S, Trowbridge A, Mack JW, Rosenberg AR. Effective Communication for Newly Diagnosed Pediatric Patients With Cancer: Considerations for the Patients, Family Members, Providers, and Multidisciplinary Team. *American Society of Clinical Oncology Educational Book* [Internet]. maio de 2019 [citado 15 de dezembro de 2019];(39):573–81. Disponível em: http://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_238181
27. Salci MA, Marcon SS. Enfrentamento do câncer em família. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2011 [citado 15 de dezembro de 2019];20(spe):178–86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500023&lng=pt&tlng=pt
28. Girardon-Perlini NMO, Hoffmann JM, Begnini D, Mistura C, Stamm B. A família frente ao adoecimento por câncer de mama. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 30 de setembro de 2016 [citado 14 de dezembro de 2019];6(3):360. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20893>

29. Batista DRR, Mattos MD, Silva SF da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. Rev Enferm UFSM [Internet]. 1º de outubro de 2015 [citado 14 de dezembro de 2019];5(3):499–510. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15709>
30. Urio Â, Barros de Souza J, Manorov M, Bellaver Soares R. The diagnosis way towards rehabilitation: feelings and support network of women experiencing cancer and mastectomy / O caminho do diagnóstico à reabilitação: os sentimentos e rede de apoio das mulheres que vivenciam o câncer e a mastectomia. R pesq cuid fundam online [Internet]. 1º de julho de 2019 [citado 14 de dezembro de 2019];11(4):1031. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6862>