








Representações sociais atribuídas ao câncer de próstata por homens em acompanhamento no serviço hospitalar de oncologia*

Social representations attributed to prostate cancer by men undergoing follow-up at an in-hospital oncology service

Como citar este artigo:

Peloso-Carvalho BM, Lima RS, Silva JV, Sawada NO, Dázio EMR, Nascimento MC, et al. Social representations attributed to prostate cancer by men undergoing follow-up at an in-hospital oncology service. Rev Rene. 2023;24:e91861. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232491861>

-  Bianca de Moura Peloso-Carvalho¹
-  Rogério Silva Lima¹
-  José Vitor da Silva²
-  Namie Okino Sawada¹
-  Eliza Maria Rezende Dázio¹
-  Murilo César do Nascimento¹
-  Silvana Maria Coelho Leite Fava¹

*Extraído da dissertação “Representações sociais sobre o câncer de próstata segundo homens em atendimento oncológico”, Universidade Federal de Alfenas, 2020.

¹Universidade Federal de Alfenas.
Alfenas, MG, Brasil.

²Universidade Federal de São Carlos.
São Carlos, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Bianca de Moura Peloso-Carvalho
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro
CEP: 37130-001. Alfenas, MG, Brasil.
E-mail: biancampcar@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes
EDITOR ASSOCIADO: Luciano Marques dos Santos

RESUMO

Objetivo: compreender as representações sociais sobre o câncer de próstata por homens em acompanhamento no serviço hospitalar de oncologia. **Métodos:** estudo qualitativo, desenvolvido pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo, com 30 homens na faixa etária superior a 18 anos, em tratamento para o câncer de próstata. Dados coletados por entrevistas semiestruturadas e analisados pela Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** as ideias centrais mais compartilhadas na coletividade estudada foram: uma doença curável; preocupação, medo, aborrecimento e tristeza; perda/comprometimento do sexo; nada, algo normal/comum; doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo; algo/doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata. **Conclusão:** as representações sociais encontradas nesse estudo denotaram experiências intensas e difíceis para lidar com a doença e o tratamento, mas também demonstraram enfrentamento, com potencial para superação/resiliência. **Contribuições para a Prática:** a compreensão dessas representações possibilita a implementação de ações integradas e interprofissionais de educação, de assistência e de gestão.

Descritores: Neoplasias da Próstata; Enfermagem; Enfermagem Oncológica; Pesquisa Qualitativa; Representação Social.

ABSTRACT

Objective: to understand the social representations of prostate cancer by men undergoing follow-up at an in-hospital oncology service. **Methods:** a qualitative study, developed using the Collective Subject Discourse method, with 30 men over the age of 18 undergoing treatment for prostate cancer. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the Theory of Social Representations. **Results:** the most shared central ideas in the studied community were as follows: A curable disease; Worry, fear, annoyance and sadness; Loss/Impairment of sex; Nothing, something normal/common; A minor ailment that doesn't shake/shook me, it was faced head on, without fear; Something/Disease that is bad, difficult, serious, intense, dangerous, that ends life and kills. **Conclusion:** the social representations found in this study denoted intense and difficult experiences in dealing with the disease and treatment, but also showed coping, with potential for overcoming/resilience. **Contributions to practice:** understanding these representations enables the implementation of integrated and interprofessional education, assistance and management actions.

Descriptors: Prostatic Neoplasms; Nursing; Oncology Nursing; Qualitative Research; Social Representation.

Introdução

Dentre as neoplasias que mais afetam a população masculina, o câncer de próstata tem sido responsável por taxas elevadas de morbimortalidade. Este tipo de câncer apresenta um impacto epidemiológico considerável, uma vez que, em 2020, ocupou a quarta posição em termos de incidência em todo o mundo e a segunda posição entre homens de todas as idades. No Brasil, é o tipo de câncer que mais acomete os homens, independentemente da região, com uma estimativa de 71.730 novos casos esperados para o triênio de 2023 a 2025⁽¹⁾.

Embora estatísticas apontem a elevada incidência, o câncer de próstata apresenta bom prognóstico quando diagnosticado precocemente. As terapêuticas disponíveis são amplas e indicadas conforme a evolução da doença, com a condição clínica geral e com a expectativa de vida, salientando-se a importância da participação do homem no processo de decisão terapêutica⁽²⁾.

Assim, como em outros tipos de câncer, as intervenções diagnósticas e terapêuticas oferecem benefícios imprescindíveis para o sucesso prognóstico⁽³⁾. No entanto, essas intervenções podem provocar repercussões nas dimensões física, psicológica, social, cultural e espiritual⁽⁴⁻⁷⁾. Enquanto condição crônica e evento singular no imaginário masculino, o câncer de próstata repercute fortemente no modo de pensar e de conviver com o adoecimento, uma vez que se trata de uma experiência culturalmente construída⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, o referencial teórico adotado para este estudo considera as Representações Sociais como maneiras de compreensão, as quais implicam que os sujeitos compartilhem a linguagem, os valores e as memórias comuns, o que, por sua vez, molda a realidade e modifica o comportamento em relação a essa realidade. Assim, os conhecimentos são construídos em busca de familiaridade com aquilo que se apresenta acerca da realidade vivida, veiculados por meio da comunicação, que matizam comportamentos e práticas, que também são formas de expressão desses significados⁽⁹⁾.

Desse modo, estudos que buscam compreender os significados atribuídos ao câncer de próstata pelos homens, muitas vezes apontam aspectos negativos que comprometem a busca de cuidados, a adesão à terapêutica, à qualidade de vida e à autopercepção^(4,8). Na literatura, ainda são limitados os resultados de estudos que destacam significados capazes de estimular o enfrentamento eficaz do câncer de próstata.

Após serem identificadas lacunas do conhecimento que visam a compreensão das representações sociais dos homens acometidos pelo câncer de próstata numa perspectiva que contribua para a ressignificação do processo de adoecimento, desenvolveu-se o presente estudo. O objetivo foi compreender as representações sociais sobre o câncer de próstata por homens em acompanhamento no serviço hospitalar de oncologia.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na Teoria das Representações Sociais⁽⁹⁾. O guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) foi utilizado para a redação do manuscrito.

O contexto de investigação foi um serviço hospitalar para tratamento oncológico, do Sul do Estado de Minas Gerais, referência de 26 municípios. Os participantes consistiram em homens que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: homens com 18 anos e mais, com diagnóstico de câncer de próstata (CID C61), em diferentes estágios da doença, acompanhados pelo serviço hospitalar de oncologia. Foram excluídas pessoas com dificuldade em responder a, pelo menos, duas das seguintes questões: Qual é o seu nome completo? Em que mês estamos? Que dia da semana é hoje? Qual o nome da cidade em que estamos agora? Não foram utilizados critérios de não inclusão nesta pesquisa.

Foram contactados 55 homens com câncer de próstata, no entanto, 23 não puderam permanecer até o fim da entrevista, devido aos horários de consultas e de transporte intermunicipal e dois se recusaram a participar. Dessa maneira, fizeram parte deste estudo

30 homens. O número de participantes do estudo não necessita ser limitado para o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽¹⁰⁾.

Os dados foram coletados entre julho de 2019 e janeiro de 2020. Os homens foram abordados pessoalmente na sala de espera da referida instituição e realizado o convite para participar do estudo pela pesquisadora principal, que era discente do curso de mestrado em enfermagem com experiência em coleta de dados qualitativos. Após a anuência, os homens foram encaminhados a uma sala reservada para a realização da entrevista, na qual permaneceram apenas a pesquisadora e o entrevistado, sendo este o primeiro contato com os participantes.

Os participantes foram orientados quanto aos objetivos do estudo, à importância das suas experiências com o adoecimento e esclarecidos que não haveria julgamento de valores, sendo realizada uma entrevista com cada participante.

Coletaram-se os dados por meio do acesso aos prontuários (dados clínicos: diagnóstico, tratamento e estadiamento) e de entrevista semiestruturada. Para tanto, utilizou-se um instrumento constituído por duas partes; a primeira, relacionada à caracterização sociodemográfica e clínica, e a segunda, à questão norteadora. Formulou-se a questão, buscando-se maior aproximação com o imaginário social, em que se indagou: se numa conversa com alguém que o senhor conhecesse bem, essa pessoa lhe perguntasse “o que é, ou o que significou o câncer de próstata para você?” o que o senhor responderia?

As informações relativas à caracterização clínica dos participantes foram coletadas dos prontuários sob supervisão da profissional responsável pelo setor de arquivos. Os depoimentos foram registrados em um gravador digital e um aparelho celular com aplicativo de gravação e transcritos obedecendo à oralidade. Cada entrevista teve uma duração média de vinte e sete minutos, e o conjunto das entrevistas totalizou 13 horas de gravação, transcritas com auxílio do programa *Microsoft Word* 2010, totalizando 166 páginas na fonte 12.

Cada entrevista foi transcrita imediatamente

após sua condução e não foi compartilhada com os participantes posteriormente. Os dados da caracterização dos entrevistados foram analisados no programa *Microsoft Excel* 2010 por meio de estatística descritiva (frequência absolutas e relativas).

Os dados qualitativos foram lidos de forma horizontal e vertical, e para sua análise foram utilizados os seguintes instrumentos: análise do Discurso 1 (IAD1) e 2 (IAD2)⁽¹¹⁾. Após a análise dos dados e das Expressões-chaves, procedeu-se ao agrupamento das Ideias Centrais iguais, semelhantes e complementares; à listagem dos significados emergentes e à descrição dos participantes que contribuíram para o processo com cada representação; e, na sequência, à elaboração dos DSC⁽¹⁰⁾. Esta etapa contou com a participação de três pesquisadores com domínio no método.

O DSC é um método para a tabulação e organização de dados qualitativos, que permite aos pesquisadores, com base numa análise sistemática, conhecer as representações de uma coletividade sobre um tema. Esse método associa, em cada categoria, os conteúdos de significado semelhante contidos em depoimentos distintos, formando um depoimento-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, que representa a fala de uma coletividade, o discurso do sujeito coletivo⁽¹⁰⁾.

Preservou-se a identidade dos participantes, sendo os seus nomes substituídos por E, que significa entrevistado, seguido do número arábico. Exemplo, E1, E2, E3... E60. Cumpriram-se os princípios éticos estabelecidos na Resolução 466/12, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas, pelo parecer n.º 3.199.866/2019 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 08784919.7.0000.5142.

Resultados

A idade dos entrevistados variou de 53 a 87 anos, com predominância entre 70 a 79 anos (46,6%). Quanto à cor de pele, 43,3% se autodeclararam pardos e 33,3%, brancos. Em relação às demais características, a maioria declarou ser casada (60%), ter ensino fundamental incompleto (60%), ser católica (70%),

aposentada (80%) e renda mensal de um a três salários mínimos (83,3%). Entre os participantes, (46,6%) perceberam a situação financeira no momento como boa ou regular. Em relação ao estilo de vida, 63,3% não consumiam bebida alcoólica e 50% negavam o hábito de fumar, entretanto, 50% eram ex-fumantes.

Quanto às características clínicas, constatou-se que os encaminhamentos para o serviço de oncologia foram realizados pelo Sistema Único de Saúde (86,7%), diagnosticados há mais de um ano (80%), não apresentavam metástase (76,7%) e foram submetidos aos tratamentos radioterápicos ou quimioterápicos (66,7%).

As ideias centrais mais compartilhadas na coletividade estudada foram: “Uma doença curável”; “Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza”; “Perda/Comprometimento do sexo”; “Nada, algo normal/comum”; “Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo”; “Algo/Doença ruim, difícil,

sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata”.

Os agrupamentos de Ideias Centrais que constituíram as representações do câncer de próstata e a descrição dos participantes estão apresentados na Tabela 1.

Compreendeu-se que as representações se relacionavam às: percepções; sensações; experiências; vivências; sentimentos; conhecimentos; comportamentos; atitudes e reações perante o câncer de próstata. Esses elementos foram descritos pelos homens de uma forma mais sofrida e impactante, representado na imagem por sinal negativo (-) referentes às Ideias Centrais B, C e F. Por outro lado, nas Ideias Centrais A, D e E, os homens demonstraram percepções de melhor enfrentamento/ resiliência em relação ao adoecimento pelo câncer de próstata, representados por sinal positivo (+). Essa interpretação norteou a discussão e está apresentada na Figura 1.

Tabela 1 – Ideias Centrais sobre o câncer de próstata, participantes do estudo e frequência (n=30). Alfenas, MG, Brasil, 2020

Ideias Centrais	Participantes	Frequência (%)
A – Uma doença curável	E04, E08, E10, E11, E15, E21, E24 e E29	8 (26,7)
B – Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza	E02, E05, E07, E11, E15, E24, E25 e E26	8 (26,7)
C – Perda/Comprometimento do sexo	E02, E04, E05, E06, E11, E18, E19, E25 e E29	9 (30,0)
D – Nada, algo normal/comum	E02, E03, E11, E14, E17, E19, E27, E28 e E30	9 (30,0)
E – Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo	E08, E09, E12, E14, E15, E16, E18, E21, E22 e E27	10 (33,3)
F – Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata	E07, E08, E11, E12, E15, E17, E18, E24, E25, E26 e E29	11(36,7)

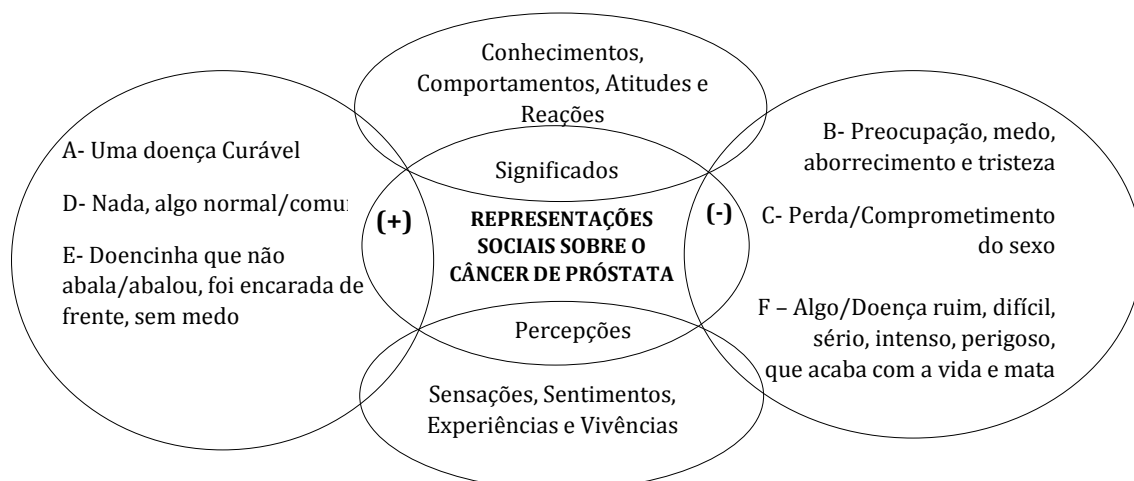


Figura 1 – Ilustração-síntese das representações sociais sobre o câncer de próstata com base nas significações do sujeito coletivo (n=30). Alfenas, MG, Brasil, 2020

Na sequência, apresentam-se os DSC das Ideias Centrais A, D, E, B, C, E e F, conforme agrupamento representado na figura 1, referentes às representações sociais emersas da coletividade estudada.

DSC da Ideia Central A - Uma doença curável: *Quando essa doença descobre no início, tem cura! De uns 15 a 20 anos para cá, qualquer coisinha eu procuro o médico, podem falar que eu sou mole, tem muitos homens que falam: quem procura acha! Eu falo, se a gente achar no começo, tem cura. O doutor falava: se fosse pra eu ter um câncer, eu queria ter o de próstata, o de próstata é um dos mais fáceis de curar. Eu creio que Deus cura, mas deu os médicos, Deus abençoa aquele remédio e eu bebo com fé, aí cura. Deus deu a doença, Deus cura! Tem cura sim* (E04, E08, E10, E11, E15, E21, E24 e E29).

DSC da Ideia Central D - Nada, algo normal/comum: *Eu acho que isso hoje é muito normal, principalmente nas pessoas de 50 anos em diante, é uma doença tão comum entre os homens, é igual o câncer de mama da mulher, não é, colo do útero. Eu esperava isso, na minha família quase todos sentiram o câncer. O que Deus mandar eu estou aqui, não martirizo com nada não. Pra mim não foi nada* (E02, E03, E11, E14, E17, E19, E27, E28 e E30).

DSC da Ideia Central E - Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo: *Isso pra mim é uma doencinha, a coisa mais simples que tem! Eu encarei de frente, com dureza, com firmeza, combati, sem ter medo hora alguma e até hoje, eu não abaixo. Não foi muito triste. Deus quis assim, vamos passar por ele, estou tranquilo, eu fui muito consciente, eu fui e falei: eu tenho o problema, mas eu tenho que dar um jeito, então, não me desesperei tanto! Isso não me atinge, essa doencinha aí, isso é uma coisinha à toa!* (E08, E09, E12, E14, E15, E16, E18, E21, E22 e E27).

DSC da Ideia Central B - Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza: *Para quem nunca teve doença, é muito triste, dá preocupação, muito aborrecimento e prejudica... Tem aquela preocupação de todo mês estar no médico, ter aquele tratamento acompanhado. Significa medo, eu não quero sofrer, dois amigos meus sofreram muito, morreram pele e osso por causa da próstata, essa doença é muito triste* (E02, E05, E07, E11, E15, E24, E25 e E26).

DSC da Ideia Central C - Perda/Comprometimento do sexo: *Atrapalhou muito o sexo, determinou a parte sexual, foi o que mais pesou, porque a relação sexual é uma coisa que faz bem para a saúde, e você perder uma coisa que está acostumado a fazer sempre é terrível. A gente se abate como homem, muita gente*

fica falando besteira, que quem tem câncer de próstata não é homem mais! O homem é um reprodutor, até certo ponto é o instinto animal do homem e ele não tem muito controle sobre isso, eu acho que um homem com saúde perder a potência é a mesma coisa que perder a vida! E os médicos não estão muito preocupados com a vida sexual do homem, o médico falou: o que você tinha que fazer, você já fez. Os homens sofrem demais com isso! (E02, E04, E05, E06, E11, E18, E19, E25 e E29).

DSC da Ideia Central F - Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata: *O câncer de próstata para mim só significou ruindade, porque foi muito difícil, foi intenso, foi terrível! É uma doença muito séria, não pode brincar, essa doença mata mesmo! Não quero que isso aconteça com ninguém, eu fiz a família sofrer demais! Eu queria me matar! Quando eu fiquei sabendo, só ficava chorando, eu preocupava com a fala: “câncer” a pior doença que existe até agora! Morreram seis da minha família, corre que nem vento. Tem muitos que não aceitaram, mas se veio para nós, tem que tocar, que é bom não é não, é bem difícil, derruba demais a gente* (E07, E08, E11, E12, E15, E17, E18, E24, E25, E26 e E29).

Discussão

No DSC A — Uma doença curável, os homens disseram que o câncer de próstata, entre os outros tipos, é uma doença curável que o tratamento na fase inicial está relacionado a esse desfecho favorável. A remoção da próstata, a redução das manifestações clínicas e as orientações profissionais podem ter contribuído para a fundamentação dessas representações sociais.

Compreende-se que a cura é vista como algo a ser alcançado por aqueles que visam cuidados preventivos de saúde, como o diagnóstico precoce, e que esta atitude não é bem recebida no universo masculino, pois podem ser chamados de “moles”, o que contraria os preceitos da masculinidade hegemônica.

Assim, os homens apontam que essa atitude pode não ser bem vista pelo grupo, na medida em que infringem padrões de conduta estabelecidos pelos conceitos de invulnerabilidade, o que pode demonstrar uma dissociação desse universo de pertença. Re-

sultados complementares foram observados em que os participantes enfrentavam o dilema entre seguir o que achavam que era o correto, afastando-se dos preceitos da masculinidade, ou seguiam o que os “outros” diziam e não se cuidavam, afetando dessa maneira a própria saúde⁽⁴⁾.

Apontaram que o tratamento médico, associado à providência divina, seria capaz de levar à cura. Assim, entende-se que as representações sociais, apreendidas por meio das práticas religiosas, podem guiar e orientar comportamentos e contribuir para a adesão ao tratamento e à esperança de cura da doença. Resultado semelhante foi observado em estudo no qual a religiosidade/espiritualidade foi vista como fonte de amparo e de esperança de cura perante os desafios vivenciados ante o diagnóstico de câncer de próstata⁽¹²⁻¹³⁾.

No DSC D — Nada, algo normal/comum, observa-se que os homens significam o câncer de próstata como algo natural, possivelmente, por estarem na faixa etária de 53 a 87 anos, que corresponde à alta incidência desse tipo de câncer⁽¹⁾ e também pelo histórico familiar da doença. Essa naturalização pode estar relacionada às representações identitárias, nas quais os sujeitos buscam por familiarizarem-se com seu “grupo de iguais”.

Os antecedentes familiares de câncer podem motivar comportamentos que vão ao encontro das ações preventivas do câncer de próstata; por outro lado, aqueles que não possuíam esse histórico não perceberam essa necessidade⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Os sujeitos, ao relacionarem o câncer de próstata ao de mama e ao de colo uterino, demonstraram conhecimento sobre as especificidades do câncer de acordo com o sexo⁽¹⁶⁾. Estas representações remetem que mulheres e os homens devem esperar por essas doenças, pois constituem agravos passíveis de recair sobre seus grupos de pertença. Cabe aos profissionais de saúde, se apropriarem dessas representações que situam os sujeitos em seu meio social, examinando se estas são fatores propulsores ou desencorajadores de

cuidados, agregando, dessa maneira, subsídios ao planejamento de suas ações.

No DSC E — Doencinha que não abala/abalou, foi encarada de frente, sem medo, os homens se reportaram ao câncer de próstata utilizando o diminutivo da palavra doença para significar esse agravo como algo menor. Ao atribuírem esse significado, entende-se que eles se colocam em posição de superioridade em relação ao câncer. Disseram que encararam o câncer de próstata com “dureza”, palavra que ancora conceitos simbólicos relacionados ao paradigma de masculinidade hegemônica, o que pode indicar que se consideram inabaláveis perante o adoecimento⁽¹⁷⁾.

Apesar de os homens se sentirem mais “fortes” diante do adoecimento, o que contribui para o seu enfrentamento, é preciso que os profissionais de saúde no seu processo de trabalho considerem os significados minimizadores da doença, na medida em que isso pode colaborar para a baixa adesão à terapêutica e impactar no tratamento e, conseqüentemente, no desfecho clínico.

Essa posição de superioridade pode remeter ao conceito de invulnerabilidade e nortear representações e comportamentos de não adesão ao tratamento e aos exames preventivos para o câncer de próstata⁽¹⁵⁾. Reconhecendo-se esse contexto e os desafios advindos desses comportamentos, considera-se que o envolvimento nos serviços de atenção primária é primordial para desenvolver no público masculino a sensação de pertencimento aos espaços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem⁽¹⁸⁾.

Ações de educação de caráter inovador podem contribuir para aproximar o homem dos serviços de saúde numa perspectiva longitudinal, para minimizar o preconceito masculino em relação ao exame do toque retal, e, conseqüentemente, para desmistificar o ideal de invulnerabilidade masculina⁽¹⁴⁾. Nesse âmbito, os cuidados de enfermagem na promoção e na prevenção do câncer de próstata são necessários e fundamentais.

No DSC B — Preocupação, medo, aborrecimento e tristeza, os homens demonstraram tristeza, medo e preocupação em relação ao adoecimento, além de apreensão quanto à necessidade permanente de acompanhamento pelos profissionais de saúde. Representações de dor e de sofrimento atribuídos ao câncer, fortemente presentes no senso comum⁽⁸⁾ associadas às experiências negativas, parecem ter favorecido esses sentimentos.

O acompanhamento longitudinal no serviço de saúde foi motivo de preocupação dos homens, o qual eles consideraram o “lado ruim da doença”⁽¹⁹⁾. Resultados apontaram que o diagnóstico de câncer de próstata suscitou nos participantes pensamentos existenciais sobre a perspectiva de sobrevivência ante uma doença potencialmente letal e a possibilidade de o tratamento causar sofrimento ao longo da vida⁽²⁰⁾. Sentimentos negativos atribuídos ao câncer de próstata convergem para a literatura, em que os homens manifestaram tristeza, medo, baixa autoestima e isolamento social^(7-8,21).

Em pessoas com câncer, a angústia e o bem-estar foram associados às percepções da doença e aos comportamentos de enfrentamento⁽²²⁾. É preciso que os profissionais de saúde atuem de maneira compreensiva e sensível, contribuindo para a aceitação da doença e a adesão ao tratamento. Nessa perspectiva, é essencial o olhar para as dimensões biopsicoemocionais, culturais e espirituais, reconhecendo que a pessoa que vivencia uma condição crônica apresenta fragilidades e demandas de cuidados nessas dimensões⁽²³⁾.

O DSC C — Perda/Comprometimento do sexo revela que, para os participantes, ter as atividades sexuais comprometidas representa um dos piores impactos do câncer de próstata, uma vez que afeta a sua identidade enquanto homem.

Apreende-se nessas falas, que os princípios da masculinidade hegemônica permearam o imaginário social dos homens, pelo fato de o vigor sexual ser considerado uma condição indissociável dos homens, em que a perda desta capacidade os leva a se sentirem menos homens, e, portanto, não mais pertencentes ao

seu grupo identitário.

Significados semelhantes foram evidenciados, em que os sujeitos relataram que homem de verdade é aquele que mantém os órgãos reprodutores funcionantes, apresentando pesar pela perda ou pelo prejuízo sexual. Assim, a capacidade sexual constitui um determinante social de masculinidade^(4,16,24). Além disso, os participantes relataram que os profissionais de saúde têm dificuldades para lidarem com assuntos relacionados à capacidade sexual, apontando uma necessidade de cuidado não atendida⁽²⁵⁾.

Perante os prejuízos decorrentes da disfunção erétil, que impacta nas dimensões biopsicosocioculturais e na identidade masculina, faz-se necessário que os profissionais de saúde, numa perspectiva interdisciplinar, criem condições que favoreçam a dialogicidade e ofereçam apoio para o enfrentamento destas dificuldades, colaborando para que os homens possam ressignificar seu papel na sociedade⁽¹⁸⁾.

No DSC F — Algo/Doença ruim, difícil, sério, intenso, perigoso, que acaba com a vida e mata, os sujeitos demonstraram que o câncer de próstata impactou intensamente suas vidas, reportando-se a ele como uma doença grave que pode matar. Para os homens foi muito difícil, intenso e terrível, o que denota a experiência de sofrimento individual e no âmbito familiar.

Além disso, em decorrência do sofrimento experienciado, os homens expressaram representações que podem se relacionar à ideia suicida. O impacto na saúde mental desses homens é significativo e sintomas depressivos, ansiosos e suicidas eram comuns⁽²⁶⁻²⁷⁾. Nesse entendimento, valoriza-se a importância de se conhecer essas perspectivas e de se compreender as causas que podem levar ao sofrimento, com vistas a ofertar cuidados que atendam a essas demandas⁽⁷⁾.

Os participantes reconheceram a gravidade do câncer por meio da representação que os associa à morte, ou seja, um desfecho negativo. Ao associarem a doença com o “vento”, representaram a rapidez da evolução da doença com desfecho na terminalidade. Autores apresentam resultados semelhantes, em que

os participantes associaram o câncer de próstata a uma doença sem cura, que provoca temor e que pode matar de forma rápida^(13,15).

Em relação às reações diante do diagnóstico de câncer, percebeu-se o impacto na vida dos homens, pela gravidade com que simbolizam a doença. A exteriorização de sentimentos e o fato de verbalizarem seus medos e preocupações perante o diagnóstico do câncer de próstata revelam uma quebra nos padrões de masculinidade hegemônica, entendidos como uma percepção de que os homens demonstram autoridade e supremacia, norteados pelos ideais de invulnerabilidade, como força, sucesso, capacidade, confiança, domínio, controle e virilidade, ainda marcantes e presentes no contexto atual^(4,17).

Depoimentos semelhantes mencionaram o impacto ao receber o diagnóstico de câncer de próstata, relatando que os homens choraram muito, e que a crença de que “homem não chora”, compreendido socialmente sob o prisma da masculinidade hegemônica, nesses momentos não tem força⁽²⁸⁾. Homens com câncer de próstata relataram experiências negativas em relação às palavras e às atitudes no momento em que receberam o diagnóstico, o que aponta a existência de lacunas nas informações fornecidas por profissionais de saúde e nas habilidades de comunicação para o atendimento de suas necessidades⁽²⁹⁻³⁰⁾.

As orientações que auxiliam a compreensão do adoecimento e da trajetória de tratamento são imprescindíveis para uma assistência integral e para a satisfação com o cuidado de enfermagem recebido⁽¹⁶⁾.

Limitações do estudo

Embora a abordagem qualitativa adotada para esse estudo não permita generalizar os resultados para outros grupos de homens com câncer de próstata, pesquisar homens de diferentes faixas etárias e estágios da doença e do tratamento resultou na compreensão de vivências singulares do processo de adoecimento do grupo investigado.

Contribuições para a prática

A enfermagem, enquanto ciência do cuidado, ao se apropriar da interdisciplinaridade e da compreensão dos significados acerca do adoecimento pelo câncer de próstata, contribui para a promoção da resiliência e do enfrentamento, o cuidado mais empático e centrado na pessoa, o exercício da dialogicidade, a retroalimentação do conhecimento, a compreensão das demandas em saúde e dos contextos socioculturais, com vistas à implementação de ações de cuidado assertivas e coerentes.

Conclusão

Compreende-se que as representações sociais dos homens em relação ao câncer de próstata denotam experiências intensas e desafiadoras diante do adoecimento e do tratamento. Além disso, demonstraram a capacidade de enfrentamento e superação, indicando resiliência. Depreende-se, também, que essas representações desempenharam um papel significativo na formação de conceitos individuais, valores, crenças e no comportamento dos homens. Portanto, este estudo fornece *insights* que podem aprimorar a prática de enfermagem oncológica, promovendo um cuidado holístico e centrado na pessoa.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Brasil (CAPES) — Código de Financiamento 001.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade sejam investigados e resolvi-

dos adequadamente: Peloso-Carvalho BM, Nascimento MC, Fava SMCL.

Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e Aprovação final da versão a ser publicada: Lima RS, Silva JV, Dázio EMR.

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito: Sawada NO.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. 2022 [cited Mar 27, 2023]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
2. Sanda MG, Cadeddu JA, Kirkby E, Chen RC, Crispino T, Fontanarosa J, et al. Clinically localized prostate cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline. Part I: risk stratification, shared decision making, and care options. *J Urol*. 2018;199(3):683-90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.11.095>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. 2020 [cited May 20, 2023]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf
4. Araújo JS, Nascimento LC, Zago MMF. Embodied hegemonies: moral dilemmas in the onset of prostate cancer. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03494. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027403494>
5. Izidoro LCR, Soares GB, Vieira TC, Orlandi FS, Polido Júnior A, Oliveira LMAC, et al. Health-related quality of life and psychosocial factors after radical prostatectomy. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):169-77. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900024>
6. Menezes RR, Kameo SY, Valença TS, Moco GAA, Santos JM. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer. *Rev Bras Cancerol*. 2018;64(1):9-17. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.106>
7. Matheson L, Nayoan J, Rivas C, Brett J, Wright P, Butcher H, et al. A qualitative exploration of prostate cancer survivors experiencing psychological distress: loss of self, function, connection, and control. *Oncol Nurs Forum*. 2020;47(3):318-30. doi: <https://doi.org/10.1188/20.onf.318-330>
8. Martins AM, Nascimento ARA. “Eu não Sou Homem Mais!”: masculinidades e experiências de adoecimento por câncer da próstata. *Gerais, Rev Interinst Psicol*. 2020;13(2):e14662. doi: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14662>
9. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2015.
10. Lefèvre F. Discurso do Sujeito Coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.
11. Silva CF, Silva JV, Ribeiro MP. Formal caregivers and palliative care from the perspective of bioethics. *Rev Bioét*. 2019;27(3):535-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019273338>
12. Fernandes MJM, Carvalho GB, Ferreira CB. Repercussões do diagnóstico de câncer para homens e mulheres: um estudo comparativo. *Rev SPAGESP [Internet]*. 2019 [cited Apr 17, 2023];20(2):68-83. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000200006&lng=pt
13. Nkoana S, Sodi T, Makgahlela M, Mokwena J. Cancer survivorship: religion in meaning making and coping among a group of black prostate cancer patients in South Africa. *J Relig Health*. 2022;61(2):1390-400. doi: <https://doi.org/10.1007%2Fs10943-021-01406-3>
14. Oliveira PSD, Miranda SVC, Barbosa HA, Rocha RMB, Rodrigues AB, Silva VM. Prostate cancer: knowledge and inference in the promotion and prevention of the disease. *Enferm Glob*. 2019;18(2):250-84. doi: <http://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.336781>
15. Almeida ES, Souza R, Dos-Santos EM. “Afectados por el tacto”: sentidos atribuídos por hombres a las prácticas de prevención del cáncer de próstata. *Salud Colect*. 2020;16:e2176. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2176>
16. Chambers SK, Hyde MK, Laurie K, Legg M, Frydenberg M, Davis ID, et al. Experiences of Aus-

- tralian men diagnosed with advanced prostate cancer: a qualitative study. *BMJ Open*. 2018;8(2):e019917. doi: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019917>
17. Connell RW, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Rev Estud Fem*. 2013;21(1):241-82. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>
 18. Paiva Neto FT, Sandreschi PF, Dias MAS, Loch MR. Dificuldades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. *Salud Colect*. 2020;16:e2250. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2250>
 19. Simoneti RAAO, Zago MMF. The meanings of cancer survival: from loss of self-control to optimism and hope. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1255. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190103>
 20. Gellerstedt L, Langius-Eklöf A, Kelmendi N, Sundberg K, Craftman ÅG. Men's experiences of receiving a prostate cancer diagnosis after opportunistic screening-A qualitative descriptive secondary analysis. *Health Expect*. 2022;25(5):2485-491. doi: <https://doi.org/10.1111%2Fhex.13567>
 21. Noronha IDR, Pires ADS, Noronha IDR, Costa CMA, Ribeiro LV, Fassarella LG. Sexualidad y subjetividad: el impacto del cáncer de próstata en la vida sexual e identidad masculina. *Psicooncología*. 2019; 16(2):375-85. doi: <https://dx.doi.org/10.5209/psic.65597>
 22. Richardson EM, Schüz N, Sanderson K, Scott JL, Schüz B. Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2017;26(6):724-37. doi: <http://doi.org/10.1002/pon.4213>
 23. Mendes EV. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(2):431-36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
 24. Martínez-Bordajandi A, Fernández-Sola C, Puga-Mendoza AP, López-Entrambasaguas OM, Lucas-Matheu M, Granero-Molina J, et al. Sexual experiences after non-nerve sparing radical prostatectomy. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20190237. doi: [10.37689/acta-ape/2020A002375](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A002375)
 25. Li R, Wittmann D, Nelson CJ, Salter CA, Mulhall JP, Byrne N, et al. Unmet Sexual Health Needs of Patients and Female Partners Following Diagnosis and Treatment for Prostate Cancer. *J Sex Med*. 2022;19(12):1797-803. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.195>
 26. Brunckhorst O, Hashemi S, Martin A, Gincy G, Mieke VH, Prokar D, et al. Depression, anxiety, and suicidality in patients with prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2021;24(2):281-9. doi: <https://doi.org/10.1038/s41391-020-00286-0>
 27. Kolva E, Hoffecker L, Cox-Martin E. Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliat Support Care*. 2020;18(2):206-19. doi: <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1596182>
 28. Salimena A, Carvalho NA, Melo MCSC, Amorim TV. O vivido do homem após o diagnóstico de câncer de próstata. *Nursing*. 2019;22(251):2904-9. doi: <https://dx.doi.org/10.36489/nursing.2019v22i251p2904-2909>
 29. Torishima M, Urao M, Nakayama T, Kosugi S. Negative recollections regarding doctor-patient interactions among men receiving a prostate cancer diagnosis: a qualitative study of patient experiences in Japan. *BMJ Open*. 2020;10(1):e032251. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032251>
 30. Chen H, Twiddy M, Jones L, Johnson M J. The unique information and communication needs of men affected by prostate cancer: a qualitative study of men's experience. *Eur J Cancer Care*. 2021;30(6):e13503. doi: <https://doi.org/10.1111/ecc.13503>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons