



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA RURAL AO TER O  
PAI/ESPOSO COM CÂNCER DE PRÓSTATA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Caroline Vieira Mathias**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2014**

# **A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA RURAL AO TER O PAI/ESPOSO COM CÂNCER DE PRÓSTATA**

**Caroline Vieira Mathias**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini**  
**Co-orientadora: Margrid Beuter**

**Santa Maria, RS, Brasil**  
**2014**

**Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

Vieira Mathias, Caroline

A experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata /  
Caroline Vieira Mathias. -2014.

81 f.; 30cm

Orientadora: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Coorientadora: Margrid Beuter

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Família 2. Relações familiares 3. Neoplasia da próstata 4. Enfermagem I.  
Marilene Oliveira Girardon- Perlini, Nara II. Beuter, Margrid III. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de  
Mestrado

**A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA RURAL AO TER O  
PAI/ESPOSO COM CÂNCER DE PRÓSTATA**

elaborado por  
**Caroline Vieira Mathias**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

**Margrid Beuter, Dra. (UFSM)**  
(Co-orientadora)

**Valdecir Zavarese da Costa, Dr. (UNIPAMPA-Uruguaiiana)**  
(1ª Examinador)

**Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)**  
(2ª Examinadora)

**Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)**  
(Suplente)

Santa Maria, 19 de agosto de 2014

*Dedico este "trabalho"*

*À Deus e a minha família, pois família é TUDO.*

*Sem eles nada disso seria possível.*

## AGRADECIMENTO

*À Deus por me amparar nos momentos difíceis e me dar força para superar as dificuldades.*

*À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.*

*Aos meus pais, Ione e Salvador, que sempre acreditaram em mim e não me deixaram desistir.*

*Aos meus irmãos, Preta, Ramon e Carmen, pelo incentivo e carinho.*

*Ao meu marido Róbsom, por estar ao meu lado, me apoiando sempre nas minhas decisões.*

*Ao meu amor maior, meu filho Juliano, obrigada por entender os momentos de ausência.*

*Às famílias, que me acolheram em seus lares e colaboraram comigo, sem vocês nada seria possível.*

*À minha orientadora Nara Girardon-Perlini e co-orientadora Margrid Beuter, por me mostrarem o caminho da ciência e por contribuírem para o meu crescimento. Obrigada e desculpas por não ter atingido as expectativas.*

*Aos amigos, colegas do Mestrado e a minha "rede de apoio" que fizeram parte da construção deste estudo, pelo carinho, incentivo, ajuda e por contribuírem para o meu crescimento pessoal e profissional. A participação de vocês foi fundamental para a realização deste trabalho.*

*A todos os professores da pós-graduação, pelo convívio e aprendizado.*

*Em fim... Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS que de alguma forma participaram dessa etapa da minha vida.*

## **RESUMO**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA RURAL AO TER O PAI/ESPOSO COM CÂNCER DE PRÓSTATA**

AUTORA: CAROLINE VIEIRA MATHIAS  
ORIENTADORA: NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON-PERLINI  
Santa Maria, 19 Agosto de 2014

O adoecimento por câncer de próstata geralmente acarreta alterações, tanto em aspectos físicos, psíquicos, econômicos, quanto sociais, que podem ser percebidos na esfera familiar a qual o homem pertence. A experiência das famílias rurais que tem o pai/esposo com diagnóstico de câncer de próstata revela-se permeada pela necessidade de reorganização da sua dinâmica em função do papel exercido por esta pessoa no núcleo familiar. Diante disso, este estudo buscou responder a seguinte questão: como a família rural experiencia o adoecimento do pai/esposo por câncer de próstata? Portanto, esta pesquisa teve como objetivo: descrever a experiência da família rural ao ter o pai/esposo em tratamento por câncer de próstata. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza descritiva. Os participantes da pesquisa foram quatro famílias (nove pessoas) cujo pai/esposo, acometido por câncer de próstata, estava em tratamento oncológico no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O cenário da pesquisa foi a residência das famílias. A entrevista semi-estruturada foi o instrumento de coleta de dados. Os dados foram coletados no período janeiro e fevereiro de 2014 e a análise foi embasada no preconizado pela análise de conteúdo, modalidade temática. Como resultado organizou-se duas categorias e seis subcategorias, que discutem o rastreamento precoce da neoplasia de próstata como incipiente, sendo a família determinante para o diagnóstico. No apoio da família identificou-se um processo de reorganização e adoção de estratégias para auxiliar o homem nas atividades diárias, na readaptação da própria rotina e na facilitação do acesso ao local de tratamento. Dentre as mudanças decorrentes ao adoecimento está o trabalho na agricultura, a inversão de papéis com o cônjuge, o abandono das atividades de lazer, a vida conjugal afetiva e as disfunções urinárias. Nas dificuldades enfrentadas durante o tratamento estão os efeitos colaterais provocados pela terapêutica: diminuição ou ausência da função erétil peniana, disfunções nas eliminações fisiológicas e o acesso aos locais de tratamento. Sobre a motivação para viver estão a esperança pela cura da doença, o futuro ao lado da família e a retomada da vida profissional. Conclui-se que, a experiência familiar diante do pai/esposo com neoplasia de próstata permeia o diagnóstico até o tratamento, dividindo tarefas, tristezas, angústias e esperanças sobre um futuro incerto.

**Palavras- chave:** Família; Relações familiares; Neoplasia da próstata; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Master's Thesis  
Post-Graduate Program in Nursing  
Universidade Federal de Santa Maria

### **EXPERIENCE RURAL FAMILY TO HAVE THE FATHER/HUSBAND WITH PROSTATE CANCER**

AUTHOR: CAROLINE VIEIRA MATHIAS  
ADVISOR: NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON-PERLINI  
Santa Maria, August 19, 2014

The disease for prostate cancer often leads in changes in physical, psychological, economic factors and social aspects, which can be perceived in the family sphere of the man belongs. The experience of rural families that have the father/husband with diagnosis of prostate cancer reveals itself permeated by the need to reorganization of its dynamics for the role by this person in the family. Thus, this study sought to answer the following question: how the rural families experience to have the disease of the father/husband for prostate cancer? Therefore, this study aimed to describe the experience of rural families to have father/husband receiving treatment for prostate cancer. This is a qualitative approach and descriptive nature. The participants were four families (nine persons) whose father/ husband, stricken with prostate cancer was in cancer treatment at the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). The research scenario was the residence of the families. A semi-structured interview was the instrument for data collection. The data were collected from March 2013 to February 2014 and the analysis was based on content analysis, thematic modality. As result we organized two categories and six subcategories, discussing early screening of prostate cancer as incipient, being the family essential for the diagnosis. In support of the family identified a process of reorganization and adoption of strategies to assist the man in daily activities, the rehabilitation of the routine itself and in facilitating access to the treatment site. Among the changes of the disease is work in agriculture, role reversal with their spouse, abandonment of leisure activities, affective married life and urinary dysfunction. The difficulties faced during treatment are the side effects of the therapy: decrease or absence of penile erectile function, physiological dysfunctions in eliminations and access to treatment sites. About the motivation to live is to hope for the cure of disease, the future along with the family and the resumption of work life. It was concluded that the family experience on the father/husband with prostate cancer permeates from diagnosis to treatment, dividing tasks, sorrows, hopes and anxieties about an uncertain future.

**Keywords:** Family; Family relationships; Prostate cancer; Nursing.



# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
<b>2.1 Considerações sobre o câncer</b> .....	15
<b>2.2 O homem e o câncer de próstata</b> .....	16
<b>2.4 Cuidado de enfermagem ao indivíduo e sua família</b> .....	23
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	27
<b>3.1 Caracterização da pesquisa</b> .....	27
<b>3.2 Caracterização do cenário</b> .....	28
<b>3.3 Os participantes da pesquisa</b> .....	29
<b>3.4 Instrumento de coleta de dados</b> .....	30
<b>3.5 Análise, discussão e interpretação dos dados</b> .....	31
<b>3.6 Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	32
<b>3.7 Riscos e benefícios do estudo</b> .....	33
<b>4 ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	35
<b>Caracterização dos participantes do estudo</b> .....	35
<b>4.1 A neoplasia de próstata na nossa vida</b> .....	38
4.1.1 Descoberta do diagnóstico .....	38
4.1.2 Apoio familiar .....	42
4.1.3 Mudanças decorrentes ao adoecimento .....	46
4.1.4 Dificuldades enfrentadas durante o tratamento .....	50
<b>4.2 Motivação para viver: razões para superar a neoplasia de próstata</b>	53
4.2.1 Esperança de cura da doença .....	53
4.2.2 Planos para o futuro .....	56
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	63
<b>APÊNDICES</b> .....	72
<b>Apêndice A- Artigos utilizados no estado da arte</b> .....	73
<b>Apêndice B- Roteiro de entrevista semi-estruturada</b> .....	74
<b>Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	75
<b>Apêndice D- Termo de Confidencialidade dos dados</b> .....	77
<b>Anexo</b> .....	78
<b>Anexo 1- Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	79

# 1 INTRODUÇÃO

O adoecimento de um indivíduo, dependendo da gravidade, pode acarretar importantes alterações em seu cotidiano, tanto em aspectos físicos, psíquicos, econômicos, quanto sociais. Essas modificações também podem ser estendidas a esfera familiar a que este indivíduo pertence, pois, geralmente, entre ele e a família existem vínculos que os mantêm conectados de tal forma que os eventos que acontecem a um membro da família podem, de alguma forma, comprometer o funcionamento da rotina familiar e a estabilidade emocional dos demais (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Isso ocorre porque a família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de cada um de seus membros, podendo exercer considerável influência sobre suas enfermidades, sendo este atributo evidenciado pela teoria, prática e pesquisas em enfermagem (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Nesse contexto, considerando que o ser humano está suscetível ao adoecimento em qualquer faixa etária, dependendo de suas características e do ajustamento familiar, as consequências podem ser graves (SILVA et al., 2009a).

Assim, dentre as diversas patologias existem aquelas de maior impacto social, como é o caso do câncer, e dentre esses, a neoplasia de próstata. Este diagnóstico é de reconhecida repercussão, tanto em âmbito social, quanto pessoal de homens acometidos por essa enfermidade (GUTIERREZ; MINAYO, 2010). Portanto, a vivência do adoecimento de câncer de próstata ocasiona importantes consequências ao homem e sua família, em qualquer um dos estágios seguintes: o choque do diagnóstico; o medo da cirurgia; a incerteza do prognóstico e recorrência; os efeitos da radioterapia e quimioterapia no corpo, sobretudo, referente a sexualidade em seus amplos aspectos; o medo da dor e de encarar uma morte indigna (SILVA et al., 2009b).

Atualmente, nos países desenvolvidos o câncer de próstata corresponde a 15% de incidência (HEIDENREICH et al., 2011). No Brasil configura-se a segunda causa mais comum de morte em homens (HEIDENREICH et al., 2011). Como reflexo disso e de outros fatores, o Ministério da Saúde (MS) criou, no Brasil, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com objetivo de facilitar e ampliar o acesso equitativo da população masculina aos

serviços de saúde, em resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública, considerando suas diferenças, inclusive por local de moradia urbano ou rural (BRASIL, 2009).

Em relação ao contexto rural, cabe destacar que a família que vive nesse ambiente, geralmente, utiliza o corpo como instrumento de trabalho para sua sobrevivência, sendo que os cuidados com esse corpo são, geralmente, considerados secundários (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001). “O cuidar de si da família rural é visualizado na externalidade do corpo no conjunto das relações que envolvem a família, o trabalho e a terra” (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001, p.49).

Deste modo, a busca pelos serviços de saúde, para realizar medidas de promoção à saúde e prevenção ao câncer de próstata, ocorrem com menor frequência por homens que residem em áreas rurais, em função das atividades laborais diárias, das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de concepções socioculturais sobre saúde e doença, o que pode agravar o risco de acometimento pela doença e prejudicar um diagnóstico precoce (VIEIRA; GONÇALVES, 2011, GIRARDON-PERLINI, 2009).

Entretanto, como refere Capucho (2013) o acometimento pelo câncer pode contribuir significativamente para haver uma desestruturação da base familiar, muitas vezes, em decorrência do sofrimento gerado em todos os envolvidos. Isso acontece porque a família configura-se como um grupo hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços e relações afetivas intensas (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

A família é um sistema onde valores, crenças, conhecimentos e práticas são conjugados, constituindo assim um modelo explicativo de saúde-doença que desenvolve uma dinâmica própria de funcionamento, a fim de possibilitar a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença de seus membros (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2004). Para Araújo et al. (2009), a relação familiar está interligada nos indivíduos, como se um fosse à extensão um do outro, uma vez que a experiência da doença de um dos seus membros pode trazer transformações nos pensamentos, sentimentos e ações da família.

A confirmação do diagnóstico de câncer de próstata leva o homem afetado e sua família a se depararem com difíceis decisões e enfrentamentos, principalmente, quando ele desempenha papéis familiares de pai e/ou esposo (BIFFI; MAMEDE,

2010). Portanto, ter um familiar com esse diagnóstico torna-se um desafio na vida da família, ocasionando, com frequência, mudanças nas configurações estabelecidas entre eles, o que requer habilidade do grupo para conservar-se relativamente organizado para se justar as diversas necessidades (KIRSCH; BRADT; LEWIS, 2003).

Por consequência, a unidade familiar pode enfrentar dificuldades para estabelecer condutas e comportamentos que promovam o equilíbrio diante de situações consideradas como problemas, revelando que a família precisa atentar para identificar situações conflitantes, para que estas não venham emergir, no futuro, em discórdias irreparáveis (WERNET, 2000).

Nesse contexto, o profissional enfermeiro deve ampliar o olhar para ações de cuidado voltadas ao homem e sua família que vivem no contexto rural, atentando para suas demandas. Tais ações poderão ser importantes para propor uma intervenção de enfermagem (WRIGHT; LEAHERY, 2012), buscando na alteridade<sup>1</sup>, alternativas de cuidado mais coerentes com as suas necessidades (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Assim, no Curso de Mestrado, desenvolveu-se uma revisão de literatura<sup>2</sup> sobre o estado da arte. Este estudo objetivou buscar na literatura evidências sobre a repercussão de ter um membro adulto com câncer na família. Como resultado identificou-se, por meio dos artigos analisados (APÊNDICE A), que a repercussão de ter um membro adulto com câncer inicia com o diagnóstico da doença (BARRETO; AMORIM, 2010; BIFFI; MAMEDE, 2010; JONES et al., 2008), o que causa sentimentos de tristeza, angústia, medo, entre outros (ARAÚJO et al., 2009; VIEIRA; MARCON, 2008), podendo influenciar de forma positiva (MOLINA; MARCONI, 2006; SALES; MOLINA, 2004) ou negativa as relações familiares (BARROS; LOPES, 2007; SALCI; MARCON, 2005). A maioria dos estudos analisados teve como sujeitos mulheres, sendo que apenas dois abordam a questão do homem. Como conclusão apreendeu-se que o câncer repercute não apenas na

---

<sup>1</sup>Alteridade: capacidade de conviver com o outro, que é diferente, e reconhecê-lo como sujeito de direitos iguais, na busca da cidadania (BUDÓ; SAUPE, 2005).

<sup>2</sup>Revisão integrativa, realizada em junho de 2012, sem recorte temporal, nas bases de dados: Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Os critérios de inclusão da revisão foram: ser artigos; texto completo disponível em suporte eletrônico; acesso gratuito; idioma português, inglês e espanhol; bem como atender aos objetivos do estudo. Os critérios de exclusão: monografias, teses, dissertações, apenas resumo disponível *on-line*, estudos de revisão de literatura e reflexões. O *corpus* do estudo constituiu em 18 artigos.

vida do paciente, mas também em seus familiares, determinando os modos de enfrentamento e recuperação da doença.

Portanto, a partir desse estudo identificou-se que, abordar a experiência do adoecimento de homens e suas famílias, pode representar uma contribuição ao conhecimento na área da enfermagem. Incluir a perspectiva da família rural, diante do câncer de próstata, faz-se importante, já que ela constitui-se a unidade primária de cuidado, um espaço social de interação e troca de informações entre seus membros, e, quando identificarem injúrias de saúde, apoiam-se mutuamente e unem esforços em busca de soluções (BIELEMANN, 2003). Assim, a intervenção de enfermagem ao paciente com câncer de próstata deve abranger tanto os cuidados ao indivíduo, como à família.

Para prestar cuidados de forma efetiva e voltado às reais necessidades das pessoas doentes e suas famílias é necessário que a enfermagem se aproxime e conheça o modo como estas experienciam o adoecimento. Nesta perspectiva, considerando as peculiaridades que podem circundar a família rural diante do adoecimento do pai/esposo por câncer de próstata, entende-se que um estudo voltado a essa problemática pode contribuir para, além de ampliar conhecimento, também direcionar estratégias de cuidado da enfermagem nesse aspecto.

Diante do exposto, justifica-se a escolha dessa temática, por considerar-se que o adoecimento por câncer de próstata, apresenta atualmente elevada incidência na população brasileira masculina, sendo de cunho familiar, com repercussões clínicas, físicas e psíquicas que envolvem direta ou indiretamente o cotidiano do homem e sua família. Além disso, para a família rural, o homem, além do papel de pai e/ou esposo é, muitas vezes, o principal provedor financeiro e considerado, também, o protetor familiar. Diante do adoecimento, a família pode passar a sentir-se dependente e desamparada.

Portanto, o objeto deste estudo configura-se: Experiência da família rural diante do adoecimento do pai/esposo por câncer de próstata. Como problema de pesquisa tem-se a seguinte questão: Como a família rural experiencia o adoecimento do pai/esposo por câncer de próstata?

Então, pretendeu-se com esse estudo atingir o seguinte objetivo: Descrever a experiência da família rural ao ter o pai/esposo em tratamento por câncer de próstata.

Assim sendo, o resultado dessa pesquisa poderá suscitar as seguintes contribuições: caracterizar os sujeitos participantes no estudo, elucidar questões referentes aos temores do câncer presentes na experiência da família rural diante do acometimento do pai/esposo; fomentar estratégias que possibilitem (re) pensar um cuidado de enfermagem/saúde conjunto, tanto aos pacientes acometidos pelo câncer de próstata, como também para sua família, de acordo com suas necessidades, visto que tal patologia repercute de forma direta ou indireta na esfera familiar; auxiliar na inclusão da família desde o diagnóstico do câncer até o acompanhamento de todas as fases do tratamento; auxiliar na criação de subsídios educacionais e de pesquisa tanto aos Cursos de Graduação, como também à Pós-Graduação em Enfermagem.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo serão apresentados aspectos importantes que subsidiaram esse estudo, tais como: considerações sobre o câncer; o homem rural e o câncer de próstata; a família rural e a influência do câncer em seu funcionamento, e o cuidado de enfermagem ao indivíduo e sua família.

### **2.1 Considerações sobre o câncer**

O câncer ou neoplasia maligna, por si só, durante anos, foi estigmatizado como maldição, mau presságio, sentença de morte, e não simplesmente uma doença, pois, sua origem era desconhecida, o tratamento mal sucedido e o prognóstico dos pacientes de caráter incerto (NEHMY et al., 2011).

A neoplasia maligna é resultante do crescimento rápido e desordenado de células anormais e com características invasivas que se infiltram em tecidos e órgãos. Tais células ignoram as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente vizinho, podendo espalhar-se por meio dos vasos sanguíneos e/ou linfáticos para outras regiões do corpo, formando as metástases (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- INCA, 2011).

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural (cigarro, exposição excessiva ao sol, alguns vírus e alimentos). Já como causas internas destacam-se, na maioria das vezes, as geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo em defender-se das agressões externas (envelhecimento, hereditariedade) (BRASIL, 2012a). Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (BRASIL, 2012a).

No Brasil, estima-se que em 2014 haverá o surgimento de 576 mil novos casos da doença, se não houver mudança de hábitos do brasileiro e maior investimento em prevenção. Após o câncer de pele, estão com maior previsão de incidência: os tumores na próstata (69 mil) e o câncer de mama (57 mil) (INCA, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, no ano de 2030 haverá 27 milhões de casos incidentes de câncer de próstata, sendo que cerca de 17 milhões morrerão. Entretanto, o maior efeito de incidência ocorrerá em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, em função do aumento da longevidade populacional (BRASIL, 2012a).

Sob esse aspecto, nas últimas décadas, o câncer teve uma expansão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. Ele vem se tornando cada vez mais comum e pode causar danos graves para famílias inteiras, principalmente quando o provedor da família adoece, sendo ele a única fonte de renda, e os filhos passam a exercer atividades de cuidado da família, deixando de levar suas vidas dentro do padrão esperado pela idade (GIANINI, 2004).

Dentre as modalidades de tratamento incluem a quimioterapia, estando ou não associada à radioterapia, imunoterapia, cirurgia, entre outras. O protocolo instituído depende do tipo de tumor, seu comportamento biológico, localização, extensão, estadiamento e evolução clínica, idade e condições gerais do paciente, porém, deve atender às necessidades físicas, psicológicas e sociais, incluindo nesse tratamento a família (SILVA et al., 2009B).

Nessa perspectiva, o tratamento do câncer caracteriza-se como sendo longo, invasivo, doloroso e desgastante. Como afirmam Silva et al. (2009), em face da doença, geralmente, paciente e família ficam expostos ao sofrimento e expectativas diversas, há uma adaptação cotidiana, os aspectos sociais, emocionais, afetivos, culturais e espirituais formam um contexto que submetem tais sujeitos a instabilidade, em decorrência do medo e mitos da doença oncológica, visto que seu aparecimento é associado às questões de morte.

## **2.20 homem e o câncer de próstata**

É um desafio para os homens à dificuldade da prevenção, as incertezas, as crenças e, sobretudo, os medos frente aos exames acerca do câncer de próstata (VIEIRA; GONÇALVES, 2011). Um estudo realizado com homens da zona rural e urbana demonstrou que, os sujeitos da área urbana buscam pouca assistência à saúde, bem como tem pouca acessibilidade aos serviços de saúde (VIEIRA; GONÇALVES, 2011). Entretanto, as informações sobre a prevenção ou tratamento do câncer de próstata foram insatisfatórias para os sujeitos da área rural, podendo



estar relacionada aos baixos níveis de escolaridade; sendo que estes também foram mais resistentes na questão do machismo quanto à realização do exame de toque retal (VIEIRA; GONÇALVES, 2011).

Câncer de próstata trata-se de uma doença exclusivamente masculina que atinge cerca de 2 a 2,3% dos homens entre 45 e 75 anos de idade (UNIMED, 2011). No Brasil, de acordo com dados epidemiológicos, ele é o segundo tumor mais comum entre os homens (BRASIL, 2012b). Sendo que, o aumento na sua incidência pode ser devido ao avanço nas técnicas diagnósticas, no sistema de coleta e registro de dados de câncer e o aumento da expectativa de vida brasileira (BRASIL, 2012b).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas para o ano de 2012, apontam que ocorrerão 60.180 casos novos de câncer de próstata, correspondendo a um risco estimado de 62 a cada 100 mil homens (BRASIL, 2012b).

O câncer de próstata apresenta um lento crescimento e pode levar de dois a quatro anos para duplicar-se (CAMPOS et al., 2011). “Na fase inicial, pode demorar até 15 anos para atingir 1 cm de diâmetro; mas, depois, tende a apresentar crescimento rápido. Entretanto, os portadores dessa neoplasia podem morrer” (CAMPOS et al., 2011, p. 494), sem que essa seja diagnosticada por não haver a busca pela detecção precoce.

Na década de 1990, foi introduzido o rastreamento da neoplasia de próstata por meio da triagem para Antígeno Prostático Específico (PSA), no intuito diagnosticar um maior número de homens com a doença pouco agressiva (FEBRA; MACEDO, 2013). A partir de então, evidenciou-se um aumento da incidência de tumores assintomáticos e com elevado potencial de cura (FEBRA; MACEDO, 2013). No Brasil, a triagem para rastreamento é assistemática e o teste de PSA é aplicado oportunamente, seja por sugestão do paciente ou de seu médico; porém há uma crescente sensibilização para triagem precoce (BRAY et al., 2010).

Alguns tumores na próstata dependem do estímulo hormonal da testosterona, para que haja seu crescimento (GIANINI, 2004). Assim, alguns tratamentos são baseados na redução desse hormônio para inibir o crescimento tumoral (GIANINI, 2004).

Seu aparecimento é raro antes dos 50 anos e a prevenção deve ser feita a partir dos 40 anos, para os homens com histórico familiar (GIANINI, 2004). “Vê-se,

então, que os antecedentes familiares têm particular importância por elevarem o risco de ocorrência do carcinoma prostático” (MAIA; MOREIRA; FILIPINI, 2009, p.1). Referente aos fatores ambientais destacam-se algumas substâncias químicas fertilizantes utilizadas na indústria, tais como: chumbo, ferro, entre outros (MAIA; MOREIRA; FILIPINI, 2009).

Segundo Brasil (2012b), a idade é um fator de risco estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata. Considerando que aproximadamente 62% dos casos diagnosticados mundialmente acometem homens com 65 anos ou mais (BRASIL, 2012b). Com o crescimento da expectativa de vida mundial espera-se que a incidência de casos novos cresça, até o ano de 2015, cerca de 60% (BRASIL, 2012b).

Além disso, a dieta constitui outro importante fator etiológico dessa doença, como: o consumo baseado em gordura animal, carne vermelha e embutidos, distúrbio alimentar da obesidade (BRASIL, 2012b). Por outro aspecto aparecem como fatores protetores: dietas ricas em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e Omega-3 (BRASIL, 2012b).

Então, com vistas a controlar tais agravos na saúde do homem, a Lei n. 10.289, de 20 de Setembro de 2001, institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, que inclui atividades como campanhas institucionais nos meios de comunicação esclarecendo o que é câncer de próstata e as formas de prevenção; parceria com Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, para realizar exames de prevenção em homens acima de 40 anos, bem como organizar parcerias com universidades, sindicatos, discutindo sobre a doença na comunidade por meio de debates e palestras (BRASIL, 2001).

De modo complementar, o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a PNAISH, instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, visa a promoção de melhores condições de saúde masculina no Brasil, contribuindo de maneira efetiva para redução da morbimortalidade dessa população, por meio do controle dos fatores de risco e o acesso às ações e aos serviços públicos de saúde facilitados (BRASIL, 2009).

Na análise das diretrizes e princípios norteadores para a implantação da PNAISH nos estados e municípios, percebeu-se que alguns aspectos merecem reflexão, como: “a resistência masculina à atenção primária, que aumenta a

sobrecarga financeira da sociedade, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família” (BRASIL, 2009, p.5).

A dificuldade da prevenção prende-se:

a falta de informação da população, com crenças antigas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico; o preconceito contra a doença e o exame preventivo, como o toque retal; a falta de um exame específico e sensível para detectar em fase microscópica e a ausência de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde públicos e privados que favorece a detecção do câncer, inclusive o da próstata (MAIA; MOREIRA; FILIPINI, 2009 apud VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012, p. 2).

Particularmente, o toque retal é uma medida preventiva com baixo custo, entretanto, o imaginário masculino pode ser afetado de modo tão marcante que inúmeros homens escapam da prevenção contra o câncer de próstata (GOMES, 2003). Tal fuga nem sempre ocorre pela falta de informações sobre a importância e da efetividade dessa medida preventiva, mas são embasados pelo senso comum (GOMES, 2003).

Realizar o toque retal é pode suscitar no imaginário masculino, medo de ser tocado nessa parte do corpo, ou estar associado ao medo da dor física e simbólica (GOMES, 2003). “O toque, que envolve penetração, pode ser lido como violação e isso quase sempre se associa à dor. Mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte íntima” (GOMES, 2003, p. 829).

Nesse contexto, o acometimento pelo câncer de próstata envolve aspectos culturais da saúde masculina, sendo potencializado pela idade, papel social, moradia (zona rural ou urbana), condições socioeconômicas, entre outras, trazendo à tona sua vulnerabilidade para doenças, sejam às crônicas ou degenerativas, haver menor cuidado e não haver busca pelos serviços de atenção primária à saúde para receber medidas preventivas (GOMES, 2003).

Em adição, a descrição de masculinidade está sendo contestado nos dias atuais e vem perdendo vigor na dinâmica do processo cultural, todavia sua concepção ainda é hegemônica, e constitui o motivo principal da não procura dos homens pelos serviços de saúde (CAMPOS et al, 2011). “Além disso, em nossa sociedade, o “cuidado” é, muitas vezes, função das mulheres, que são educadas desde muito cedo para desempenhar e se responsabilizar por esse papel” (CAMPOS et al., 2011, p. 494).

Nas relações sociais estabelecidas pelo homem com sua família, o câncer de próstata pode provocar, em ambos, transtornos psicológicos, como: o medo de ficar menos atraente fisicamente, podendo atingir o relacionamento sexual do casal (VIEIRA et al., 2012). Geralmente, o tratamento de neoplasias provoca efeitos colaterais: alopecia, náusea, vômito, anorexia, perda de peso, fraqueza e diminuição da libido, levando o paciente a estar ou a sentir-se menos atraente em relação ao parceiro sexual, inclusive o cônjuge (GOMES, 2003).

Ao homem, a sociedade sempre lhe atribuiu as responsabilidades pelo sustento e segurança familiar, entretanto, essas atribuições necessitam, muitas vezes, ser revistas e assumidas pelo cônjuge, de modo que um parceiro mais ativo pode nesse momento tornar-se mais passivo (GEANINI, 2003). Assim, tal inversão de papéis causa, naturalmente, certa sobrecarga à família e estresse ao homem, já que está em maior dependência (GEANINI, 2003).

Diante disso, quando a família demonstra compreensão nessa fase de adaptação do homem para conviver com uma série de exames e tratamentos neoplásicos, é possível estabelecer um relacionamento harmônico e saudável. Pois o acometimento pelo câncer de próstata acarreta alterações físicas e psicológicas no homem, sendo que a família, muitas vezes, configura-se sua base de apoio, seja ao longo do tratamento em busca da cura.

### **2.3 A família rural e a influência do adoecimento por câncer**

As diferenças entre sociedade rural e urbana decorrem principalmente da influência do meio social sobre essas duas populações (VIEIRA; GONÇALVES, 2011). No espaço rural os grupos sociais geralmente são formados por poucas raças, possuindo, muitas vezes, um único grupo religioso, profissional, educativo e linguístico (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001). “Outra diferença é a ocupação ou profissão predominante, relacionada à agricultura e ao trabalho na colheita, enquanto base da economia rural” (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001, p. 49).

Desse modo, a família que vive no contexto rural utiliza o corpo como instrumento de trabalho para sua sobrevivência, instrumento esse que deve estar condições perfeitas para que possa produzir sempre (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001). Assim, o cuidado do corpo é visto de forma externa, no conjunto

das relações que envolvem a família, o trabalho e a terra (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001).

Nesse sentido, os cuidados com o corpo (postura adequada no trabalho, carga horária laboral compatível, proteção ao uso de agrotóxicos e inseticidas, etc.) ou descuidados são observados quando esse grande contingente de pacientes procura os serviços de saúde, o que é feito, com frequência, somente quando o corpo está em más condições, agravadas por doenças, como por exemplo, pelo câncer (SCHWARTZ; LANGE; MEINCKE, 2001).

Todavia, quando ocorre o adoecimento de um indivíduo há uma repercussão na organização diária da família rural, visto que “as modificações na rotina e o convívio com limites necessários à provisão dos cuidados para com o doente são aspectos importantes para a nova situação” (FERNANDES; BOEHS, 2010, p.37). Alguns papéis são (re) negociados, pois na presença da doença o cuidado familiar se mostra como elemento articulador do sistema familiar de saúde (ELSEN, 1994).

Essa rearticulação acontece porque a “família é um conjunto de pessoas, que possuem vínculos afetivos/efetivos” (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004, p. 176). A família caracteriza-se como unidade, segundo as inter-relações que estabelece com seus membros, num contexto de organização, estrutura e funcionalidade específico (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004). Além disso, ela é considerada um grupo complexo, com funções sociais bem definidas e constituído por indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior (HANSON, 2005).

Ela é vista de forma abrangente, sua constituição na atualidade pode apresentar-se de diferentes formas (unigeracionais, multigeracionais, apenas por pessoas jovens, por casais heterossexuais ou homossexuais, monoparentais e outras) (FERREIRA et al., 2010). Por isso, é necessário compreendê-la a partir de um sistema complexo, indivisível, independente e criativo, com valores e experiências próprias, afetividade e poder compartilhados (ANGELO; BOUSSO, 2001).

A família “é vista frequentemente como célula fundamental da sociedade, a sua estrutura e capacidade de adaptação funcional, determinam a qualidade da vida social” (FIGUEIREDO; 2009, p.92). Ela fica exposta a variações no seu equilíbrio por consequência de pressões externas e internas, reagindo e modificando-se em sua estrutura, para não perder sua harmonia entre o sistema e o ambiente (BATESON, 1987 apud FIGUEIREDO, 2009).

Ela é tida com a unidade de cuidado inicial e principal aos seus membros, já que carrega características específicas que permitem sua proximidade e convivência, favorecendo deste modo o acompanhamento do processo saúde/doença (ELSEN, 1994). Quando se trata de enfermidades graves, como o câncer, seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e envidam esforços na busca de soluções (BIELEMANN, 2003, p.133).

Tal comportamento é uma forma de cuidado desenvolvido para garantir proteção ao familiar enfermo (BIELEMANN, 2003). Assim, o câncer pode torna-se uma “doença familiar”, pois seu impacto afeta direta ou indiretamente, o funcionamento familiar, bem como os papéis e relacionamentos desempenhados pelos seus membros (SILVA; ACKER, 2007).

Essas transformações podem acontecer tanto no momento do diagnóstico médico como também, nas diversas fases de tratamento e recidivas da doença (MESSIAS, 2005). Como afirmam FERREIRA et al. (2010, p. 270):

ao entrar em contato com os primeiros sinais do câncer de seu familiar, a família vive a experiência de consultar vários especialistas e realizar diversos exames para chegar ao diagnóstico, vivendo por vezes a experiência de ouvir que não há nada de errado, embora perceba o problema se agravando.

O impacto inicial do diagnóstico gera raiva, tensão, incredulidade, negação prolongada e medo para família e o homem, talvez pelo estigma que ainda se tem de uma doença incurável, sendo que isso prejudica uma adaptação bem sucedida, (FERREIRA et al., 2010; MESSIAS, 2005).

Ao longo das etapas de tratamento da neoplasia, o doente e a família sofrem novas incertezas e buscam forças para se manter nessa trajetória (FERREIRA et al., 2010). Geralmente, o acometimento pela doença provoca um aumento gradativo problemas e apreensões na dinâmica familiar, como: a sobrecarga física e psíquica que pode provocar o próprio adoecimento, representações negativas sobre o câncer, entre outros (FERREIRA et al., 2010). Sendo que, para renovar suas forças, buscam suporte em seus grupos de convivência, sejam amigos, colegas ou os próprios profissionais da saúde envolvidos (FERREIRA et al., 2010).

Com frequência, quando o tratamento não surte os efeitos esperados e ocorrem às recidivas da doença, a família sofre o dilema da dúvida quanto ao curso do tratamento e às perspectivas futuras (BECK; LOPES, 2007). Cada dia de

tratamento representa um novo desafio à família, que altera sua rotina e organiza estratégias para superar as adversidades, uma vez que, assistir ao familiar com câncer exige disponibilização de um tempo que antes poderia ser dispensado a outras atividades e essa dedicação necessária se acresce a outras dificuldades e obrigações (FERREIRA et al., 2010).

Para Ferreira et al. (2010), as atividades familiares necessitam ser modificadas ao longo da experiência do câncer, devendo cada membro se adaptar às fontes de tensão, às atividades cotidianas restritas, ao aumento das responsabilidades e a menor flexibilidade. O objetivo comum da família pauta-se em ajudar o familiar necessitado em tudo que for possível e estiver ao seu alcance. Para o doente, receber este apoio emocional e contar com a participação direta desses familiares em seu cuidado é de grande importância para o enfrentamento da doença.

#### **2.4 Cuidado de enfermagem ao indivíduo e sua família**

Segundo Wright e Leahey (2012) para fundamentar-se teoricamente no entendimento de família deve-se considerá-la como um sistema, pois quando esta definição é aplicada, possibilita-nos ver a cada uma delas como uma unidade e, conseqüentemente, focalizar-nos na interação entre seus membros e não assisti-los individualmente. Assim, é preciso considerar cada membro da família, como um subsistema de um sistema<sup>3</sup>.

O papel do enfermeiro nessa prática torna-se um desafio, pois, compreender que o cuidado proposto deve ir além do indivíduo doente, em uma perspectiva de ação que contemple todos aqueles que partilham da experiência de doença, ou seja, ampliando assim o foco do seu cuidar, buscando uma abordagem de cuidado centrada no indivíduo e na família (SILVA; BOCCHI, 2005).

Desta forma, o emprego de uma estrutura de avaliação familiar, auxilia na criação de um foco para intervenção, pois a enfermagem tem um compromisso e

---

<sup>3</sup>Um sistema pode ser definido como um complexo de elementos em interação mútua. Esta definição podese aplicada para o indivíduo, a família ou mesmo para a sociedade. Cada sistema pode se constituir desub-sistemas e estar inseridos em outros sistemas maiores. A família pode ser vista como um sistema que é parte de outro maior e composto de muitos subsistemas, como: mãe e filho, o casal e os irmãos. Ao mesmo tempo, ela é uma unidade que faz parte de um supra-sistema composto pelos vizinhos, organizações, igreja, instituições de saúde, escola. As fronteiras entre os sistemas são definidas arbitrariamente e ajudam estabelecer quem está dentro e fora do sistema familiar e quais subsistemas e supra-sistemas são importantes para a família naquele momento (GALERA; LUIS, 2002).

obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Na história, o envolvimento da família no cuidado do paciente sempre fez parte da enfermagem, pois teve sua origem nos domicílios, então o envolvimento familiar era natural (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Após a avaliação da família, o enfermeiro deve decidir se realiza ou não a intervenção, considerando o nível de funcionamento familiar, seu próprio nível de habilidade e os recursos disponíveis (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Para Wright e Leahey (2012), as intervenções de enfermagem abrangem qualquer ação ou resposta do enfermeiro, incluindo ações terapêuticas e reações internas e cognitivo-afetivas evidentes nas relações entre paciente e profissional.

O objetivo de uma intervenção de enfermagem é efetuar mudança (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Assim, as intervenções eficientes são as que possibilitam interação e entrosamento entre o profissional, paciente e a estrutura biopsicossocial e espiritual da família (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Na perspectiva de Mendes e Martins (2012), a ação segura e competente do enfermeiro na avaliação da família e nas respostas às suas necessidades deve ser feita na assistência avançada, sendo avaliada na adaptação às mudanças propostas na saúde e na dinâmica familiar.

Perante esse enfoque da adaptação às mudanças na saúde, enfatiza-se aqui o enfrentamento da família ao processo de hospitalização do paciente, no qual há o enfrentamento de alguns problemas, tais como: longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, terapêutica agressiva com efeitos indesejáveis, separação dos membros da família, interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico, desajuste financeiro, angústia, dor, sofrimento e o medo constante da possibilidade de morte (DIEFENBACH, 2011).

Destarte, torna-se imprescindível que desde o período de hospitalização o enfermeiro forneça esclarecimentos de dúvidas, apoio integral e promova o compartilhamento do cuidado prestado ao paciente com sua família. Entretanto, o trabalho do enfermeiro não se limita apenas ao cuidado durante a hospitalização, mas também no domicílio com a família que necessita ser assistida durante todo processo terapêutico.

Segundo Martins et al. (2007, p. 255)

O domicílio não apresenta as características de uma instituição formal de saúde. É o local em que os seres humanos convivem e tornam propícios os cuidados individualizados. Este ambiente é permeado por diversos aspectos



culturais, de significância aos seus moradores e frequentadores, portanto, carregado de subjetividades nem sempre compreensíveis para quem não reside ou frequenta aquele ambiente.

Assim, cuidar da família no domicílio implica em novos modos de fazer e saber do enfermeiro (MARTINS et al., 2007). “Isto porque tal postura deve primar por efetivar ações que permitam a integralidade, a intersubjetividade e o cuidado direcionado à família” (MARTINS et al., 2007, p. 255).

Com este enfoque, o cuidado domiciliar requer a reorganização das ações em saúde com ênfase na promoção e educação, identificando as reais necessidades dos envolvidos, permitindo também a autonomia e a co-responsabilidade, a valorização da subjetividade e a criação de vínculo (MARTINS et al., 2007, p. 256).

Diante disso, o cuidado domiciliar à família pode ser feita por meio de visita domiciliar (MARTINS et al., 2007). Segundo Fracoli e Bertolozzi (2001), a visita domiciliar possibilita ao enfermeiro identificar as formas de trabalho familiar, vida e a socialização entre os membros, os padrões de solidariedade no interior do universo familiar e sua contribuição para o cuidado, cura ou recuperação de seus membros.

Considerando que, ações desta natureza configuram uma possibilidade para um cuidado mais efetivo e singular (FERREIRA; FAVERO, 2009), o enfermeiro deve “incorporar na sua prática os resultados dessas ações, assim como outras evidências que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem e para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados” (MENDES; MATINS, 2012, p. 120).

Dentre as intervenções de enfermagem que fazem uma diferença positiva para as famílias, que se enquadram no processo de mudança terapêutica, estão: reunir a família, relacionamento terapêutico entre o enfermeiro e família, observar e distinguir os pontos fortes e os recursos da família e do indivíduo, atentar e explorar as preocupações e problemas de saúde (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

De acordo com Wright e Leahey (2012) há um relacionamento mais colaborador, consultivo e não hierárquico entre enfermeiros e famílias, nos últimos anos, pois esta última é percebida com maior reconhecimento de competência, habilidades, igualdade e respeito antes não reconhecidos, sendo que isso potencializa o contexto das conversações terapêuticas.

Portanto, o papel da intervenção de enfermagem na saúde da família que possui um membro adulto com câncer, implica em relacionar os fatores sociais, econômicos e culturais, apresentados, mas também interagir com situações que

apoiem a integridade familiar (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004). Nesse contexto, Assis e Pedroso (2008) afirmam que o cuidado de enfermagem é maior que a execução de técnicas e procedimentos, mas assistir ao indivíduo e família baseados em princípios científicos.

### 3 METODOLOGIA

Será apresentado a seguir o percurso metodológico que norteou a condução do presente estudo, constituído das ferramentas necessárias a fim de descrever a experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata.

#### 3.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se aplica ao estudo “da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010, p. 57).

Esse tipo de pesquisa possibilita a imersão na esfera da subjetividade firmemente enraizada no contexto social, com peculiaridades de crença, valores, representações e significados específicos a cada indivíduo ou grupo (COSTA; LIMA, 2005). A natureza qualitativa possibilita o aprofundamento “no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2010, p. 22), um mundo repleto de fenômenos sociais que devem ser apreciados através de uma visão holística (visão de algo em sua totalidade) e uma visão idiográfica (não repetível) (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Taylor e Bodgan (1984) complementam pontuando que a pesquisa qualitativa favorece a investigação dos fenômenos na perspectiva da própria pessoa, na sua realidade, no seu contexto, analisando e interpretando os dados descritivos, com base nas linguagens escrita e falada da própria pessoa ou por meio da observação dos fenômenos em estudo. A pesquisa descritiva observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los (GIL, 2008). Ela ainda busca

[...] conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano tanto no indivíduo tomado isoladamente, como de grupos e comunidades mais complexas. “[...] Os dados, por ocorrerem em seu habitat natural, precisam ser coletados e registrados ordenadamente para seu estudo [...]” (CERVO; BERVIAN, 1996, p. 49).

A pesquisa descritiva trata do levantamento de dados de determinadas características ou elementos do fato, fenômeno ou problema, sendo, habitualmente, efetivada como levantamentos (LEOPARDI, 2002). Portanto, o estudo descritivo pretende expor, com precisão, os fatos ou fenômenos de uma realidade e exigem do pesquisador várias informações sobre o que almeja estudar, uma concisa demarcação de técnicas, métodos, modelos e teorias que nortearão a coleta e a interpretação dos dados (LEOPARDI, 2002).

Os estudos descritivos abarcam aspectos gerais em relação a um contexto social, permitindo um grau de análise que possibilite coligar formas distintas de fenômeno, além de sua ordenação e classificação (OLIVEIRA, 2002). Do mesmo modo, possibilitam explicar as semelhanças entre causa e efeito dos fenômenos, ou seja,

“analisar o papel das variáveis que, de certa maneira, influenciam ou causam o aparecimento dos fenômenos [...] permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno” (OLIVEIRA, 2002, p.114).

### **3.2 Caracterização do cenário**

O cenário da pesquisa foi a residência das famílias rurais com pai/esposo acometido pelo câncer de próstata e estivesse em tratamento oncológico no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O HUSM é um hospital geral, público, certificado como de ensino e vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) como órgão suplementar central. Foi inaugurado em 1970, com sede no Centro de Santa Maria e, a partir de 1982, passou a desenvolver suas atividades junto ao Campus da UFSM, no bairro Camobi.

O HUSM, como hospital–escola, busca desenvolver atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência em saúde. Apresenta-se como um hospital regional para a região centro-oeste do RS, com capacidade para cerca de 310 leitos distribuídos em diversas especialidades, destinados 100% ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Configura-se o maior hospital público do interior do Rio Grande do Sul (RS), com abrangência que inclui assistência à saúde da população de 46 municípios próximos à cidade de Santa Maria (PAGLIARIM et al., 2002), dentre os quais cita-se

os municípios da Quarta Colônia de Imigração Italiana<sup>4</sup> (Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Ivorá, Nova Palma, Pinhal Grande, São João do Polêsine, Silveira Martins, além de partes de Agudo, Restinga Seca e Itaara). Segundo dados do Censo 2011, a relação população de alguns municípios apresenta algumas semelhanças no tangencial à situação populacional total, pois a maioria possui uma população com menos de 10.000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2012).

Então, após captar os pacientes com câncer de próstata que foram atendidos e estavam em tratamento oncológico no HUSM, todos moradores na zona rural, a pesquisadora foi em busca de suas famílias. Cabe ressaltar que, para fazer o primeiro contato com as famílias e realizar o convite para participação da pesquisa, necessitou-se do auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde de três Estratégias de Saúde da Família (ESF) Rurais.

Posterior à localização dessas famílias na zona rural, a pesquisadora foi em cada domicílio convidá-las para participar da pesquisa. Para aquelas que aceitaram participar do estudo, agendou-se data e horário prévios para realização da entrevista conforme a disponibilidade das famílias.

### **3.3 Os participantes da pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram quatro famílias rurais cujo pai/esposo estivesse com diagnóstico de câncer de próstata e em tratamento oncológico no HUSM.

Como critérios de inclusão no estudo definiu-se que os participantes poderiam ser a (o) cônjuge e/ou filhos (as) e/ou genros e noras, maior de idade (18 anos); com capacidade de comunicação; que tivessem pai/esposo residindo na zona rural, no momento da entrevista estarem presentes mais de um membro da família, incluindo o próprio paciente. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: família cujo membro

---

<sup>4</sup> Estes municípios, originalmente pertencentes à Colônia de Silveira Martins, são histórica, geográfica, social, cultural e economicamente tidos como rurais. Sua população, direta ou indiretamente, sobrevive dos produtos originários da terra e tem as características sociológicas e culturais atribuídas às comunidades rurais: a relação direta com a natureza e a relação estreita entre os seus membros. Estes municípios, além de possuírem características sociológicas rurais, têm um comportamento assemelhado ao rural, embora juridicamente sejam considerados urbanos. Além desta caracterização, esta população apresenta outro elemento de fundamental importância: o caráter familiar da produção, não só na maneira como é organizado o processo de trabalho, mas nos processos de transferência hereditária e sucessão profissional (BUDÓ; SAUPE, 2005).

entrevistado ou o paciente não soubesse do diagnóstico médico de câncer de próstata.

O número de participantes no estudo foram quatro famílias, residentes na zona rural dos municípios de São Sepé e Formigueiro, totalizando nove sujeitos. Assim, destaca-se que a escolha dos sujeitos participantes foi de forma intencional e por conveniência. A escolha dos sujeitos por conveniência é adequada e frequentemente utilizada para geração de ideias em pesquisas exploratórias. A seleção intencional é realizada de acordo com o julgamento do pesquisador e amplamente utilizada quando se quer avaliar a opinião de grupos específicos sobre determinado problema ou hipótese (PEREIRA, 2002).

### **3.4 Instrumentos de coleta de dados**

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B). Na pesquisa qualitativa a entrevista caracteriza-se como um instrumento importante por possibilitar a produção de conteúdos objetivos ou subjetivos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (2010, p. 261):

Entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo. A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Para Minayo (2010), são informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos” e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar; condutas; projeção para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.

Com relação a etapa coleta de dados, faz-se importante esclarecer que foi realizado uma busca junto aos registros dos pacientes atendidos nos locais de interesse, para localizar aqueles com diagnóstico de neoplasia de próstata e obter-

se o número do Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Daqueles pacientes identificados foi acessado o prontuário para identificar se sua procedência era da área rural, o endereço e, quando possível, o número de telefone e os atendimentos agendados.

Nos casos em que a família atendia aos critérios de inclusão no estudo, foi feito convite para participar da pesquisa, perguntando, posteriormente, sobre a possibilidade de realizar uma visita ao domicílio para coleta dos dados. A abordagem a essa questão foi feita de modo sutil, como numa conversa informal, para não suscitar inquietações.

Cabe ressaltar que, a realização da entrevista ocorreu na residência das famílias, por meio de visita domiciliar, a qual foi combinada com antecedência, de acordo com os horários previamente agendados com cada família. O período aproximado à realização da coleta de dados corresponde ao mês de janeiro a fevereiro de 2014.

Referente à aplicação da entrevista destaca-se que, inicialmente, foram esclarecidos os objetivos da investigação para obter a permissão dos entrevistados e sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Em seguida foi pedida a permissão para a gravação.

### **3.5 Análise, discussão e interpretação dos dados**

O processo de análise de dados, juntamente com a discussão e a interpretação destes, foi pautado na análise temática, que é uma modalidade específica da análise de conteúdo proposta por Minayo (2010).

Conforme Minayo (2010), a análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação, onde a presença ou a frequência significam alguma coisa para o objeto analítico estudado. Assim, a análise temática divide-se em três etapas, a saber: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

1ª Etapa (**Pré-análise**): Realizou-se a leitura flutuante das entrevistas transcritas, a escolha dos documentos a serem analisados, formulação de hipóteses ou questões norteadoras, elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Aqui as entrevistas foram transcritas e sua reunião constituiu o *corpus* da pesquisa.

Entretanto, devem-se obedecer as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.

2ª Etapa (**Exploração do material**): Realizou-se o destaque com caneta colorida os temas e tipos de enunciados encontrados, após construiu-se uma tabela destacando-se os núcleos de sentido em cada pré-categoria ou nova categoria. A codificação consiste na escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias.

3ª Etapa (**Tratamento dos resultados obtidos e interpretação**): procedeu-se à releitura do material categorizado e à reflexão crítica dos resultados, para articulá-los com o referencial teórico, embasando, comparando e discutindo teoricamente os resultados da investigação e visando responder à questão de pesquisa.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

No intuito de assegurar a ética durante todo o processo desta pesquisa, apoiou-se nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, dispostas na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que era a legislação vigente no momento da proposição do estudo. Foram observados os princípios éticos que implicam no respeito aos sujeitos da pesquisa em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade, ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); e relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (justiça e equidade) (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi apresentado junto a Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do HUSM, para que fosse obtido o Termo de Autorização para captação dos possíveis colaboradores junto aos serviços que atendam pacientes oncológicos, com diagnóstico de câncer de próstata. Após, foi enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Destaca-se que o projeto somente foi executado após aprovação pelo CEP com o número do CAAE: 14889313.7.0000.5346.



Os participantes do estudo receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e os dados coletados foram integrados ao estudo depois da assinatura do TCLE em duas vias, sendo que uma ficou com os participantes e a outra com os pesquisadores. Conforme disposto pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996, p.2) o Consentimento Livre e Esclarecido consiste na “anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação”, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

O conteúdo das informações coletadas, assim como a identidade dos entrevistados, foi mantida em absoluto sigilo, para preservar a integridade dos sujeitos da pesquisa, conforme disposto no Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D). Cabe ressaltar que, os arquivos contendo as entrevistas no formato de áudio, arquivados em CD-ROM e as entrevistas transcritas de forma impressa, serão guardadas por cinco anos, ficando na responsabilidade da pesquisadora orientadora Nara Marilene Girardon-Perlini. Após esse período serão incinerados.

Os resultados serão divulgados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM por meio da apresentação do relatório de dissertação. Após, serão divulgados em periódicos e eventos científicos da área da saúde.

Ademais, com vistas a assegurar a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos, “garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades” (BRASIL, 1996, p. 2), foi utilizada a adoção de código para identificação das falas, tal como a letra: “P” de paciente (P1, P2, P3 e P4) e “F” de familiar (cônjuge e/ou filhos (as) e/ou genros e noras) seguida de números, F1, F2, F3, e assim sucessivamente.

### **3.7 Riscos e benefícios do estudo**

Ressalta-se que não haverem repercussões funcionais ou implicações legais para os participantes do estudo e não existiram riscos importantes, como “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social,

cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente” (BRASIL, 1996, p.2).

Todavia, esse estudo suscitou certa inquietação nos participantes da pesquisa, pois falar sobre a vivência de ter um pai/esposo com câncer de próstata, muitas vezes, traz à lembrança acontecimentos tristes e também, aviva as dificuldades vividas no presente e as preocupações com o futuro. Entretanto, não houve necessidade interromper a coleta de dados, nem episódios que a comprometessem.

A realização do presente estudo não trouxe benefícios diretos aos participantes do estudo. Contudo, oportunizou para que os mesmos compartilhassem e refletissem sobre a experiência que estão vivendo, o que, de certo modo, constituiu-se num momento terapêutico.

Sobre os benefícios indiretos da pesquisa destaca-se que os resultados possibilitarão ampliar o conhecimento sobre as questões referentes a experiência da família rural diante do adoecimento do pai/esposo por câncer de próstata; fomentar estratégias que possibilitem (re) pensar uma assistência conjunta, tanto aos homens acometidos pelo câncer de próstata, como também para sua família, visto que tal patologia repercute de forma direta ou indireta na esfera familiar; sensibilizar para a inclusão da família nas ações de cuidado desde o diagnóstico do câncer até o acompanhamento de todas as fases do tratamento; auxiliar na criação de subsídios educacionais e de pesquisa tanto aos Cursos de Graduação quanto à Pós-Graduação em Enfermagem sobre a experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata.

## **4 ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **A EXPERIÊNCIA DA NEOPLASIA DE PRÓSTATA NA FAMÍLIA RURAL**

Essa pesquisa proporcionou descrever a experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata. A partir da análise dos depoimentos, coletados por meio das entrevistas, emergiram duas categorias e seis subcategorias, a saber: *A neoplasia de próstata na nossa vida (Descoberta do diagnóstico; Apoio familiar; Mudanças decorrentes ao adoecimento; Dificuldades enfrentadas durante o tratamento)* e *Motivação para viver: razões para superar a neoplasia de próstata (Esperança de cura da doença; Planos para o futuro)*.

A seguir será descrita a caracterização dos homens e sua família em estudo, nos aspectos que tangem a faixa etária, o tempo da descoberta do diagnóstico de neoplasia, estado civil, procedência, número de filhos, crença religiosa, escolaridade, ocupação e renda familiar. Uma vez que tais fatores podem influenciar na forma que a família experiencia essa enfermidade no pai/esposo.

#### **Caracterização dos participantes do estudo**

A amostra foi constituída por quatro famílias. Desses, quatro eram pai/esposo com neoplasia de próstata e cinco eram familiares, totalizando nove sujeitos participantes no estudo.

Referente à idade dos homens, a faixa etária está entre 66 a 68 anos, com tempo de descoberta do diagnóstico (período correspondente ao tempo revelação do diagnóstico médico ao paciente até a data de coleta de dados) entre um e quatro anos três homens e cinco a dez anos um homem. No Brasil, em 2014, estimam-se 68.800 casos novos de câncer de próstata, sendo que os valores correspondem a um risco de 70,42 casos novos por 100 mil homens (INCA, 2014).

Para Oliveira e Popov (2012, p. 13), “a idade é um importante marcador de risco para a neoplasia prostática, homens com idade igual ou superior a 50 anos têm maiores chances de desenvolver a doença, pois incidências e mortalidades aumentam a partir dessa idade”.

Quanto ao estado civil todos os homens declararam ser casados, possuindo de dois a três filhos, três homens, e um filho, um homem. Esse resultado é corroborado pelo estudo de Gonçalves, Padovani e Popim (2008) que verificaram predominância de indivíduos casados (80%) em pesquisa realizada no estado de São Paulo, com 78 prontuários de homens acometidos por câncer de próstata. Uma doença grave causa alterações no contexto familiar e nas relações sociais estabelecidas pelo doente (RAFAEL; COURY; FONSECA, 2012).

Outro estudo com 83 pacientes adultos, em tratamento oncológico no Hospital de Câncer de Pernambuco, apontou que 56 entrevistados (67,4%) mantinham relacionamentos duradouros. Isso pode ser sugestivo de valorização da instituição familiar e habilidade emocional para enfrentar situações novas e adversas, como o adoecimento pela neoplasia (MELO et al., 2012).

Conforme Melo et al. (2012, p. 81):

A competência emocional e relacional de cada família é apontada como estratégia para o bem-estar geral. A conjugalidade ou identidade conjugal pode ser compreendida como uma forma do casal ser e interagir, dando significado a existência conjugal, suas características e seus limites, e constituindo uma importante relação para os indivíduos, pois envolve troca de intimidade e um significativo investimento emocional. A presença do companheiro durante a vivência de uma situação de crise, como o adoecer de câncer e seu tratamento, pode facilitar uma atitude de enfrentamento pelo paciente (MELO et al., 2012).

Corroborando essa questão, Oliveira e Popov (2012) sinalizam menor prevalência de realização dos exames de rastreamento a neoplasia de próstata em homens solteiros, uma vez que as companheiras podem incentivar de alguma forma no cuidado com a saúde. As práticas de autocuidado e prevenção da saúde são mais bem aceitas e difundidas entre as mulheres, assim, é possível que homens casados sejam influenciados, pelas esposas, a buscar orientação médica e realizar exames de rastreamento (SANTIAGO et al., 2013).

A procedência dos homens eram todos de zona rural, com traços marcantes da cultura gaúcha masculina, no qual o homem é exaltado como indivíduo forte, dominador, corajoso e, sobretudo, protetor de sua família. Tal achado vai ao encontro da investigação feita com 88 gaúchos tradicionalistas participantes do Acampamento Farroupilha, onde se evidenciou que os homens rurais com raízes culturais gaúchas cultivam mais as tradições, ou seja, a masculinidade (SOUZA; SILVA, PINHEIRO, 2011). “Esse fato de morar em zona rural mostrou tendência para a não realização dos exames preventivos ( $p = 0,058$ )” (SOUZA; SILVA,

PINHEIRO, 2011, p. 156). Então, Souza, Silva e Pinheiro (2011) concluíram que existem maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde e maior solidez nas questões culturais na zona rural, dificultando a busca pelo rastreamento da neoplasia de próstata.

Sobre a religiosidade três declararam serem católicos e um luterano. De maneira geral, as famílias procuram na fé uma alternativa de apoio espiritual para enfrentar uma situação de doença grave, pois essa, muitas vezes, expõem suas fragilidades e medos.

Em pesquisa realizada por Melo et al. (2012), 92,7% dos participantes afirmaram pertencer a alguma religião, com predomínio (71%) do catolicismo. As situações de crise, como o diagnóstico de uma enfermidade grave, com frequência, são enfrentadas a partir da espiritualidade, já que ela proporciona maior tranquilidade, explica fatos inexplicáveis aos olhos da medicina, bem como encoraja para manter a luta pelo tratamento e o cura (MELO et al., 2012). “A espiritualidade favorece uma atitude de enfrentamento ao paciente e sua família durante o adoecer de câncer” (MELO et al., 2012, p. 82).

No tocante ao grau de escolaridade todos os homens afirmaram possuir o ensino fundamental incompleto, com trabalho familiar pautado na agricultura e pecuária, resultando em uma renda familiar de três ou mais salários mínimos (n=4) (salário nacional vigente: R\$ 724,00). Esse dado é consoante aos achados de Souza, Silva e Pinheiro (2011), nos quais se verificou um salário mais elevado, pois metade dos entrevistados recebia, pelo menos, 4,4 salários mínimos.

As famílias investigadas moram na zona rural desde cedo, pois quem não nasceu nesse espaço passou a morar desde muito jovem, tendo acesso a escolas pequenas na própria comunidade e seguindo os demais ensinamentos de seus ancestrais, ou seja, pais, avós, sem, contudo, frequentar níveis maiores de ensino formal. Além disso, sua formação profissional foi aprendida e construída na escola da vida, quando trabalhavam na lavoura cultivando milho, arroz, feijão e na horta do fundo do quintal para retirar o sustento familiar.

Paiva, Motta e Griep (2010) em estudo com 160 homens com idade entre 50 e 80 anos da Estratégia de Saúde da família de Juiz de Fora–MG, para analisar conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao câncer de próstata, “identificou baixa escolaridade entre os entrevistados, sendo que 66,9% informaram possuir apenas o ensino fundamental incompleto, e 16,8% informaram não ter frequentado

escola” (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010, p. 89). Isso demonstra que a falta de medidas preventivas para o diagnóstico precoce e o retardo para dar início ao tratamento, podem estar associados aos baixos níveis de escolaridade da população masculina, demandando ações de educação em saúde, com vista a esclarecer dúvidas e promover o autocuidado (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010).

Pesquisadores, ao identificarem as características demográficas e epidemiológicas de pacientes submetidos ao tratamento de câncer de próstata no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, descobriram que “dos 78 prontuários examinados, 50% possuíam 1º grau incompleto” (GONÇALVES; PADOVANI; POPIM, 2008, p. 1339). Em investigação realizada por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) com 28 homens, sendo dez com baixa escolaridade, oito com ensino superior e dez médicos, “o grupo que possuía curso superior teve ideias consideradas “politicamente corretas” quando questionados sobre a saúde do homem” (p. 571). Entretanto, alguns deles observaram que, mesmo considerando importante o cuidado à saúde, asseguram que com frequência não agiam desse modo (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Na aplicação de uma pesquisa com homens das Zonas Rural e Urbana do município de Vassouras-RJ, sobre a neoplasia de próstata, descobriu-se que o “conhecimento dos sujeitos das áreas rurais foi insatisfatório, pois alguns não sabiam relatar nada e outros falaram algo muito vago - isso pode estar acarretando risco à sua saúde” (VIEIRA; GONÇALVES, 2011, p.11).

Quanto à faixa etária dos familiares, dois apresentam idade entre 30-49 anos e três entre 50 e 69 (n=3). Dentre o parentesco dos demais sujeitos, em relação ao homem, três destacam o cônjuge e dois os (as) filhos (as).

#### **4.1 A neoplasia de próstata na nossa vida**

Serão apresentadas a seguir as seguintes subcategorias: Descoberta do diagnóstico; Apoio familiar; Mudanças decorrentes ao adoecimento e Dificuldades enfrentadas durante o tratamento.

##### **4.1.1 Descoberta do diagnóstico**

O diagnóstico de neoplasia de próstata normalmente ocorre de forma inesperada ou casual. Isso foi expresso nas falas seguintes:

*“Nunca senti nada, não sentia dor, não sentia nada, por acaso descobri (o câncer de próstata) (...). Para falar a verdade, a comida me fez mal e fui consultar, pedi uns exames, porque nunca tinha feito exame de colesterol. Então, ele (médico) queria fazer um exame do fígado, eu disse: não precisa há pouco fiz, então faz o da próstata (...). Ele fez e deu esse problema, 8.5 já de PCA”. (P1)*

*“Foi numa consulta no cardiologista, que ele pediu o PSA”. (F2)*

*“Deu alterado o PSA, mas ele (médico) não me avisou nada. (...) Depois eu fiz por conta, já estava bastante alterada, PCA 21, então procurei o especialista.” (P2)*

As falas anteriores revelam que, o diagnóstico de neoplasia ocorreu porque esses homens fizeram casualmente o exame de rastreamento, Antígeno Prostático Específico (PSA), ou a partir de exames com outras finalidades. Observou-se por meio dos dados coletados que, as famílias na zona rural primam pelo trabalho diário, local de onde retiram seu sustento, e seu afastamento dessas atividades para realização de exames de rastreamento nos serviços de saúde pode significar perda na totalidade de sua produção laboral, impossibilitando, assim, a promoção e a proteção da saúde referente à neoplasia de próstata.

Visoná, Prevedello e Souza (2012, p. 150) em estudo realizado com familiares que convivem com pacientes em suas rotinas de tratamento, no setor de oncologia, constataram que “os familiares, ao serem questionados sobre a sua vivência, iniciam seus relatos descrevendo os sintomas iniciais da doença e sua árdua peregrinação com o familiar até a confirmação do diagnóstico”.

Frequentemente, “a hipótese diagnóstica é realizada por um médico que não o oncologista” (VISONÁ; PREVEDELLO; SOUZA, 2012, p. 150), já que a motivação dos homens pela busca dos serviços de saúde, na maioria dos casos, não é a prevenção ou detecção do câncer. Para Bertoldo e Pasquini (2010, p. 141), a demanda de homens “nos serviços de saúde para rastreamento precoce da neoplasia de próstata ainda é insignificante, possivelmente em decorrência de não haver o hábito de buscar esse tipo de atendimento, nem mesmo na vigência de queixas”.

Segundo Vieira e Gonçalves (2011), homens da zona rural e urbana não procuram a assistência de saúde, só vão quando há casos de emergência. Isso se justifica porque em uma pesquisa com 20 homens, da zona rural e urbana, apenas dois da zona urbana procuraram assistência nos últimos dois anos e apenas um da zona rural a procurou. Assim, esses os autores supracitados (2011) tratam os sujeitos da área urbana não estão acima dos da zona rural quanto busca por assistência à saúde.

Então, esse grupo necessita de ações educativas em saúde desafiadoras, tendo em vista sua maior resistência em procurar o serviço de saúde, por assumir comportamentos pouco saudáveis, relacionados a contextos culturais e emocionais, como: o modelo da masculinidade hegemônica que associa a necessidade do serviço de saúde como fraqueza, “pois desde pequenos são condicionados pela sociedade com a ideologia que homem não chora, não sente dor e que é forte” (OLIVEIRA; POPOV, 2012, p. 18). Por consequência, compreende-se a influência do papel do gênero na compreensão do homem sobre ele próprio e sua saúde (FERREIRA et al., 2014).

Quanto à recomendação de rastreamento populacional de rotina para neoplasia de próstata, através do toque retal ou da PSA, Wever et al. (2010) afirmam que, contemporaneamente, não se dispõe de evidências suficientes que suportem a eficácia total na realização desses exames separadamente. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (2002) recomenda que para fazer ou não o exame, o homem deve estar entre 50 a 70 anos e receber informações sobre: limitações, riscos e benefícios da detecção precoce do câncer de próstata. Já a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) (2003), sugere que os homens acima de 40 e 50 anos que possuem histórico familiar de câncer de próstata, procurem anualmente o urologista, mesmo que não apresentem sintomas.

Essa questão evidencia ausência de consenso quanto ao rastreamento populacional, o que pode ocasionar inconsistências quanto a essa prática e considerável impacto no diagnóstico precoce de neoplasia de próstata na população (ASCARI et al., 2014). Além disso, Ascari et al. (2014) apontam que há necessidade da realização de novas pesquisas na âmbito da enfermagem para avaliar o conhecimento que os homens têm sobre os exames de rastreamento desse câncer e em que circunstâncias são realizados.



Além disso, o incentivo quanto à realização do exame para rastreamento precoce da neoplasia de próstata, muitas vezes é feito por familiares, como destacado no trecho seguinte:

*Vi que ele (pai) sentia muito cansaço. Convidei-o dizendo: “Pai, já está com sessenta e três anos, vamos fazer uns exames, nunca fez um exame, nunca precisou de um médico, nunca consultou”. Estava difícil de levar ele para um médico. Peguei os documentos dele e pedi os exames. Daí ele foi, fez os exames e quando retirei, já vi que deu alterado o de próstata (...). Quando mostrei para o médico, ele disse: “Ele vai ter que ir para cidade X e veremos se não demorou. Vamos contar com a sorte para que seja benigno e não maligno porque está bem avançado”. A PSA estava 13,65.” (F4)*

Conforme o depoimento acima, o diagnóstico ocorreu pela apresentação de sinais e sintomas indicativos do acometimento da doença, percebidos por uma familiar. As famílias do estudo demonstraram atenção e cuidado com seu pai/esposo, uma vez que observaram e inquietaram-se com o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos do acometimento por alguma doença. Em alguns casos, as mulheres da família foram quem perceberam essa alteração na saúde do homem e impulsionaram a busca pelo diagnóstico.

Ao vivenciar o diagnóstico de câncer, as famílias rurais se defrontaram com situações de sofrimento, e, desse modo, buscam ampararem-se em seus valores, crenças e hábitos para cuidar da pessoa doente e lidar com a doença (ZILLMER; SCHWARTZ; MUNIZ, 2013).

De acordo com pesquisa realizada pelo Jornal Data Folha (2009), encomendada pela Sociedade Brasileira de Urologia, com 1.061 homens, com idades entre 40 e 70 anos, em 11 capitais, verificou-se que as mulheres são grandes influenciadoras na busca pelo diagnóstico e tratamento dos homens. Segundo essa pesquisa, para os entrevistados na região norte (77%) e na região sul (56%) do Brasil, a esposa, a companheira, a namorada ou a filha são as pessoas que mais influenciam na busca pelo serviço de saúde para prevenir, diagnosticar ou tratar o câncer de próstata. Já nas regiões sudeste, centro-oeste, norte e nordeste, 20% dos entrevistados apontaram as mães e as irmãs como maiores incentivadoras (JORNAL DATA FOLHA, 2009).

É importante a colaboração da equipe de enfermagem por meio de campanhas e palestras, conscientizando sobre os cuidados, prevenção e consequências que poderão advir se não diagnosticado precocemente a neoplasia (OLIVEIRA; POPOV,

2012). A população masculina precisa ser assistida com ações cuidativas abrangentes e baseadas no diálogo (VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012).

Ainda é relevante destacar que, ao descobrir a presença da neoplasia de próstata no pai/esposo, as famílias apontaram terem sido surpreendidas pelo resultado do diagnóstico, mas que isso não suscitou sentimento de medo. Ao contrário, instigou-as a buscar otimismo, força e coragem dentro de cada membro familiar, para encarar a doença e lutar por meio do tratamento para alcançar a cura.

Diante disso, é possível constatar que o diagnóstico de neoplasia de próstata por meio do rastreamento precoce ainda é uma prática incipiente na realidade dos serviços de saúde brasileiros, porém se evidenciou o papel determinante da família como incentivadora no processo de descoberta e tratamento da doença.

#### 4.1.2 Apoio familiar

Conforme os depoimentos seguintes, o apoio familiar está pautado no auxílio da esposa e filhos para realização de tarefas da casa que, antes do aparecimento da doença, eram desenvolvidas por ele, esposo/pai.

*“A mulher (esposa) que tem que dobrar o serviço dela”. (P1)*

*“Tinha o guaxo (terneiro) para criar. Ele (filho X) tirava leite e dava mama de manhã para o terneiro. Depois ele (filho X) tomava conta do resto durante o dia”. (F1)*

*“Todos eles, tanto os filhos homens, as nora, como os genros (ajudaram). Não tem nem como agradecer eles pela atenção (...)”. (P4)*

Então, o apoio familiar é um importante recurso para o enfrentamento das mudanças ocasionadas pelo câncer de próstata, seja na rotina do lar, no acesso aos locais de tratamento, na figura do pai/esposo, sendo destacado como uma das principais fontes de suporte para o homem. O sistema familiar se estrutura pelo “apoio, regulamentação, proteção e socialização de seus membros, dirigido por leis e regras que estabelecem seu funcionamento e ritmam o relacionamento de seus componentes” (MELO et al., 2012, p. 86). Estudo bibliográfico realizado com artigos publicados no periódico internacional *Journal of Family Nursing* revela que todos os

componentes da família são afetados quando há o acometimento por doença de um membro da família (MILIONI et al., 2011).

Os pais/esposos investigados tratam que a doença os deixou fragilizados no que tange a realização de atividades laborais diárias, porém foram surpreendidos com o apoio de seus familiares que ajustaram sua rotina para dar continuidade ao serviço na agricultura, no cuidado com os animais de sua criação, visitas frequentes, acompanhamento no tratamento. Tais atitudes foram percebidas como forma dos familiares estimularem o pai/esposo, proporcionando fé e esperança, evidenciando sua importância enquanto figura masculina de referência e sinalizando a união, a dedicação, o amor e o empenho familiar.

Uma investigação realizada com três famílias da área rural, que tinham um de seus membros em tratamento quimioterápico evidenciou o vínculo apoiador representado pelos familiares, vizinhos e demais pessoas da comunidade (ZILLMER; SCHWARTZ; MUNIZ, 2013). As famílias rurais demonstram entre si um vínculo apoiador, construído ao longo dos tempos por meio da sua cultura, partir das trocas e compartilhamento de experiências (ZILLMER; SCHWARTZ; MUNIZ, 2013).

Para Boff (1999, p. 38), “o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro, é quando, então, passamos a nos dedicar a ele; dispendo-nos a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seu sucesso, enfim, de sua vida”.

Toledo e Ballarin (2013), em pesquisa realizada com cuidadores informais (CIs) de pacientes em tratamento quimioterápico, constataram que, no contexto de cuidados dedicados aos pacientes com câncer, a figura do CI em geral é representada por um membro da família que assume múltiplas funções. Essas funções são: “cuidar do doente, conciliar os cuidados à organização e gerenciamento das atividades e afazeres domésticos, exigindo que o CI reorganize a rotina de atividades diárias e seu cotidiano” (TOLEDO; BALLARIN, p. 76).

Em adição, como citado na fala de um homem (P1), a esposa, frequentemente, é quem se encarrega de suprir necessidades e executar atividades que outrora eram realizadas pelo esposo doente. Como referem Sanchez et al. (2010, p. 293) “a mulher cuidadora se destaca na prática de cuidar, uma vez que tal prática surge no âmbito domiciliário onde a família é reconhecida como a fonte de cuidado para os membros dependentes”.

Consequentemente, “esposas de pacientes com câncer enfrentam restrições das atividades sociais, angústia psicológica, vulnerabilidade à depressão e sobrecargas físicas que podem ir do aumento da fadiga à exaustão” (SANCHEZ et al., 2010, p. 293).

No mesmo enfoque, alguns familiares dividem-se entre atividades particulares e as rotinas impostas pelo processo terapêutico da doença do membro familiar, com exposto nas falas a baixo:

*“Assim, quando ele (pai) (...) estava fora (internação hospitalar), eu ficava meio delegado a essa situação de cuidados”. (F3)*

*“(...) Consigo dividir esse espaço entre eles (trabalho, filhos, marido e pai). Quando não consigo vir até ele (pai), eu ligo, vejo se tomou o remédio, se foi no médico, se não esqueceu. Então me adaptei a esse meio de vida, assim, de dividir.” (F4)*

Segundo os depoimentos supracitados, a união para a divisão de tarefas e o remanejamento de atividades durante o tratamento, seja no hospital ou domicílio, geralmente são consequências do apoio familiar. A readaptação dos membros das famílias investigadas para auxiliar o pai/esposo foi pontuada como de fácil realização, pois eles se sentiam preparados para essa atividade e o ato de contribuir de alguma forma na recuperação da neoplasia ocasionou satisfação e contentamento.

Para Zillmer, Schwartz e Muniz (2013, p. 1376), “o carinho, o amor, a proteção, a união, a fé, o estar junto descrevem o cuidar e se constituem como práticas de cuidado das famílias rurais para com a pessoa com câncer”. Vivenciar o câncer implica na necessidade de cuidado de familiares e profissionais de saúde. Pois, tal doença ocasiona algumas consequências limitantes que, muitas vezes, são superadas pelo auxílio das pessoas que convivem ou tem estreitos laços de vínculo com o doente (SILVA, 2010).

Entretanto, Franco (2008) sinaliza que há fatores facilitadores e complicadores para o apoio familiar diante do enfrentamento da doença. São considerados fatores facilitadores: estrutura familiar flexível às mudanças de papéis; boa comunicação entre equipe de saúde, paciente e família; conhecimento acerca dos sintomas e da doença; participação ativa nas diversas fases da doença e tratamento; disponibilidade de apoio formal e informal (FRANCO, 2008).

São apontados como fatores complicadores: padrões familiares disfuncionais de se relacionar, interagir, comunicar e resolver problemas; ineficiência ou inexistência de suporte formal e informal; crises familiares concomitantes à doença; ausência de recursos financeiros e sociais aliados à baixa qualidade nos cuidados médicos e na comunicação com a equipe de saúde; estigmas da doença (FRANCO, 2008).

Acrescido disso, Nascimento, Rodrigues e Ferreira (2011) afirmam que algumas famílias ainda deixam de estar com outros familiares para estar ao lado do doente e conciliam o cuidado com seu trabalho. Tal situação faz com que o cuidador deixe de executar ações de autocuidado (alimentação, higiene e cuidados pessoais) e as de caráter social e/ou lazer, provocando alterações significativas em sua vida (TOLEDO; BALLARIN, 2013). Sales et al. (2010, p. 1) pontuam que a rotina do “cuidador é diretamente influenciada pela demanda de cuidados e as necessidades do paciente, o que, conseqüentemente, pode privá-lo de sua sociabilidade cotidiana e interromper o curso normal da vida”.

Outra situação de apoio familiar é o auxílio no acesso ao local do tratamento, uma vez que o meio rural dispõe de itinerário restrito para os meios de transporte que circulam nesses locais. Tal afirmativa foi citada no trecho a seguir:

*“Os cunhados me carregam até a faixa, e dali eu vou de ônibus (até o hospital)” (P2).*

O participante destaca que seus familiares facilitam seu deslocamento do domicílio até o local onde há acesso ao meio de transporte que leva ao hospital que realiza o tratamento de neoplasia de próstata. O serviço de saúde de referência para o tratamento da neoplasia de próstata, utilizado pelos homens do estudo, está situado em outro município e seu acesso é feito, com frequência, por meio de ônibus intermunicipal com poucos horários disponíveis e estradas em péssimas condições de conservação.

Alcântara (2009) fala que a dificuldade de deslocamento, pela pequena periodicidade de circulação e escassez de transporte coletivo, bem como as longas distâncias percorridas no meio rural para chegar até os centros de saúde, é uma realidade que se torna um fator limitante ao acesso da população aos serviços de saúde.

Segundo Lopes (2007, p. 44), “o choque do diagnóstico de câncer quando atinge uma família, faz exigências urgentes - uma nova organização deve ser estabelecida e vai se refletir na identidade, na dinâmica e nos objetivos dessa família”. Além disso, as mudanças são propiciadoras de crises vindas da quebra na rotina, redistribuições repentinas e forçadas dos papéis familiares, aumento de custos, inseguranças, culpas, enfim, exacerbações e atualizações de crises antigas (LOPES, 2007).

Tal situação ocorre porque “a família é afetada pela doença, bem como a dinâmica familiar afeta o paciente” (SANCHEZ et al., 2010, p. 292). As pessoas que apoiam o homem na jornada do câncer envolvem suas próprias vidas de modo profundo, sendo que no contexto familiar conviver com a doença implica em um trabalho adaptativo para transtornos e mudanças (SANCHEZ et al., 2010).

Assim, acredita-se que a situação de neoplasia de próstata pode gerar um processo de transformação que implica na reorganização e adoção de estratégias de enfrentamento dos membros da família, seja para auxiliar o homem nas atividades diárias, na readaptação da própria rotina e na facilitação do acesso ao local de tratamento.

#### 4.1.3 Mudanças decorrentes ao adoecimento

O adoecimento e as limitações impostas pela neoplasia de próstata não condizem com o papel atribuído ao homem em nossa cultura, sendo que sua ocorrência propicia uma drástica e repentina transformação e resignificação na existência masculina e na família. Isso foi apontado nas falas seguintes:

*“As dificuldades maiores são para manter o trabalho da gente (agricultura). (...) Trabalhava, capinava, de tudo o cara fazia o serviço (...). Mudou porque a gente está sempre em casa praticamente, sem fazer nada, então a mulher sabe mais do que eu, porque ela que tem que trabalhar mais. Para ela mudou mais”. (P1)*

*“O trabalho forçado eu não posso fazer mais. (...) Passei a vida inteira trabalhando para fora. Trabalhava na agricultura e nas folgas eu trabalhava de pedreiro, passava meses, até dois meses sem vir em casa”. (P2)*

*“(...) Não gostava de parar com o serviço, tinha que trabalhar (...). Mas depois comecei a pensar (...) que em primeira mão devo cuidar da minha saúde”. (P4)*

*“Agora ele nem trabalha mais na horta”. (F2)*

*“Na lida do campo mudou bastante, hoje ele (pai) tem vontade, mas sabe que não é como era antes”. Hoje já é tudo mais devagar. (...) Agora quando ele estava fazendo radioterapia, teve uma etapa que tava difícil, até para assar carne. Ele acompanhava, mas os outros assavam. (F4)*

Segundo os depoimentos, com a instauração da neoplasia ocorreram mudanças do trabalho executado pelo homem na agricultura e na sobrecarga de trabalho do cônjuge como estratégia compensatória na renda familiar. Alguns homens destacaram que o acometimento pela neoplasia os deixou mais vulneráveis, com sentimento de impotência por estarem limitados à efetivação de suas atividades antes desempenhadas, sendo que a família foi quem impulsionou a melhora de sua autoestima.

A família rural, como parte de um sistema mais amplo, realiza práticas de cuidado à pessoa com câncer sob a forma de uma trama de relações saudáveis, tornando-se importantes vínculos apoiadores. Dessa maneira, elas partem daquilo que acontece no ambiente imediato da família (microssistema), para o mesossistema, exossistema e macrossistema, mantendo a reciprocidade no processo de realização de práticas de cuidado (ZILLMER; SCHWARTZ; MUNIZ, 2013, p. 1377).

Entretanto, “a fase inicial da trajetória percorrida pela família rural diante do adoecimento por câncer de um de seus membros é definida como um começo difícil, principalmente pelo fato do diagnóstico interromper o andamento dos planos de vida individuais e coletivos” (ROSSATO et al., 2013, p. 615).

Diante disso, percebe-se que as famílias rurais complementam suas funções por meio do apoio mútuo (MELO et al., 2012) . “Os subsistemas se unem em torno de um objetivo comum: garantir a sobrevivência econômica familiar. Para tanto, as responsabilidades são compartilhadas (MELO et al., 2012, p.83).

Para Martins et al. (2012), as mudanças na vida diária auxiliam para que o homem assuma uma nova posição/condição social, ou seja, a de enfermo, vulnerável, com limitações e fragilidades expostas e necessitando de cuidados de terceiros.

Um estudo realizado com psicólogos atuantes em serviços especializados em oncologia na cidade Belo Horizonte – MG e pautado nas Teorias de Gênero destaca que se deve considerar a experiência do câncer como algo coletivo, pois a família é

vê-se na obrigação de reorganizar-se e redistribuir funções aos demais membros familiares a fim de melhor adaptarem-se as limitações e os afastamentos resultantes ao adoecimento (MARTINS et al. 2012).

Muitas famílias da sociedade brasileira ainda são organizadas e mantêm em essência em torno do sistema patriarcal, onde o homem é a figura máxima e central (MARTINS et al., 2012). Por consequência, quando ocorre o afastamento dessa figura, seja por doenças ou morte, e, é necessária a redefinição de papéis na família, emergem sentimentos de angústias, tanto para o homem quanto para os demais membros da família, pois se estabelece uma desordem em seu modo de organização (MARTINS et a., 2012).

Outra mudança apontada pelos sujeitos foi na prática de atividades de lazer pela família.

*“Antes da doença a gente saia a pé daqui e ia lá ao rio pescar, agora não vai mais”. (F1)*

*“(O mais difícil) foi ver a mudança dele. (...) Foi triste para nós ver que ele não participou da cavalgada porque conhecemos ele no meio daquilo ali”. (F4)*

Para esses familiares foi difícil o abandono das atividades de lazer pelo pai/esposo, uma vez que eles costumavam sair com a família, pescar e participar de cavalgadas. Foi observada certa tristeza na fala das famílias quando relatavam sobre a modificação de alguns hábitos, entre eles os de lazer.

Em função da doença, há casos em que o homem se isola do convívio social ou desiste de participar de atividades de lazer e recreação, sendo que este tipo de atitude pode comprometer sua qualidade de vida, diminuir sua aproximação e intimidade entre os membros da família, resultando no sentimento de não pertencimento ao grupo (SOUZA; SILVA, PINHEIRO, 2011).

Em contrapartida, Melo et al. (2012) evidenciaram em sua investigação que, quanto aos hábitos de lazer da família, 61,4% dos participantes referiram algum investimento na vida social, como: reuniões e visitas entre membros da família; ir à praia, passeios, sendo que apenas 26,5% dos entrevistados não mantinham hábitos de lazer. “Cada família dispõe de um arranjo próprio, um modo de convivência ou de encontro, expresso por meio de movimentos de aproximação ou afastamento, com toques corporais ou palavras, numa demonstração peculiar da cultura familiar” (MELO et al., 2012, p. 85).



Na mesma perspectiva trata-se sobre a mudança ocasionada pela neoplasia de próstata na vida afetiva entre o homem e seu cônjuge.

*“Parei de funcionar. Não, nunca mais (teve ereção). Tem que aceitar, não é. (P2)*

*(...) O sexo mudou muito (...) e radicalmente (...). Na primeira consulta que a gente foi ao médico, há doze anos, ele logo falou: “Isso aí (ereção) vai mudar radicalmente”. (P3)*

*“Não (depois da cirurgia não teve ereção). Faz quatro anos, eu passo em roda da casa junto com ela (esposa), mas é o mesmo que duas senhoras. E a gente até nem se importa mesmo. Até porque nem tem disposição para isso aí”. (P4)*

Por meio das falas é possível constatar que em decorrência do adoecimento a vida conjugal afetiva do homem passou por alterações nos aspectos relacionados ao ato sexual, como: diminuição na libido, dificuldade ou impossibilidade de ereção peniana. Ao responder sobre as mudanças após a doença, os homens da pesquisa ficaram sem jeito e com vergonha ao falar sobre a ausência da ereção, mas relataram gratidão por estarem vivos.

Outra questão sinalizada por eles foi a compreensão das esposas quanto à ausência ou diminuição na qualidade da relação sexual. Eles afirmam que, após o adoecimento pela neoplasia, elas não fizeram julgamentos ou cobranças relativo ao sexo, permanecendo com mesmo amor, carinho e, sobretudo, companheirismo.

O enfrentamento da neoplasia de próstata determina uma reconfiguração da sexualidade e sobre reconstrução da masculinidade na vivência dos homens afetados. Isso ocorre em virtude de que o ato sexual antes da neoplasia era realizado espontaneamente, havendo para isso a penetração do pênis na vagina (MOSCHETA; SANTOS, 2012).

Conforme Pinheiro et al. (2011), a vida sexual perpassa a relação de gênero, já que é um dos pilares na construção da masculinidade, expressando valores hegemônicos, como: virilidade, potência e dominação. Então, quando há diminuição ou impossibilidade de ereção há um impacto nos significados atrelados à(s) masculinidade(s), pois, a potência e a atividade sexual (com penetração) são símbolos da virilidade (PINHEIRO et al., 2011).

Além disso, problemas urinários foram descritos como uma mudança ocorrida pela neoplasia prostática.

*“Tive um problema bastante sério. (...) Urinava a cada dez minutos e sentia uma ardência na bexiga. Doía que chegava da vontade de torcer a madeira em roda”. (P4)*

Ele assegura que as eliminações urinárias se tornaram mais frequentes e dolorosas após o aparecimento da doença. Ao abordar as lembranças das dificuldades passadas com a neoplasia, alguns homens expressaram facie de dor, denotando quanto marcante e negativa tal vivência deve ter representado.

Em uma pesquisa realizada no banco de dados MEDLINE (1996-2006) e análise dos consensos das principais entidades urológicas internacionais (*American Urological Association/ European Association of Urology*), bem como das diretrizes de uro-oncologia da SBU constatou-se que 19,4% dos homens procuraram o serviço de saúde apenas depois de sentirem dores e 19,4% quando apresentam algum problema urinário, principalmente a dificuldade de eliminar a urina (RHODEN; AVERBECK, 2010). Segundo Rhoden e Averbeck (2010, p. 94), na instauração do quadro clínico do câncer não apareçam sintomas significativos, porém, com a evolução da doença surgem: “disfunção miccional (polaciúria, disúria, redução da força e calibre do jato urinário, nictúria)”.

Portanto, os participantes destacaram como mudanças causadas pela neoplasia de próstata: o trabalho na agricultura, a inversão de papéis com o cônjuge para manutenção da renda familiar, o abandono das atividades de lazer, a vida conjugal afetiva do homem (diminuição na libido, dificuldade ou impossibilidade de ereção peniana) e disfunções urinárias. Então, houve a eminente necessidade de uma reconfiguração da relação conjugal entre esposo e cônjuge, e a criação de uma nova identidade social na figura do pai/esposo diante da família e da sociedade.

#### 4.1.4 Dificuldades enfrentadas durante o tratamento

As modalidades terapêuticas contra o câncer de próstata ocasionam efeitos colaterais que podem comprometer de modo parcial ou total o funcionamento corporal normal desses homens, como descrito a seguir:

*“(...) A dificuldade que tive foi após a cirurgia (...) para fazer minhas necessidades (urina e fezes) era meio difícil. (...) Tinha que me ajeitar, porque forçava onde foi feito a costura, os ponto, e eu tinha medo, doía muito e achava que podia até abrir aquilo”. (P4)*

*“Já tinha prejudicado (ereção). Mas agora com a radioterapia e com a hormonioterapia terminou. Mas para isso tem amor e a convivência, não tem nada a ver”.* (F6)

As falas supracitadas apontam, dentre as dificuldades enfrentadas pelo tratamento da neoplasia, ou seja, cirurgia, radioterapia e hormonioterapia, a diminuição ou ausência da função erétil peniana e disfunções nas eliminações fisiológicas urinárias e intestinais. Na fase do tratamento, a família vivencia uma terapêutica longa e complexa, como a quimioterapia, que exige a realização de inúmeras sessões, e a radioterapia, que envolve a irradiação local em aparelhos (FERREIRA et al., 2010).

Dentre as modalidades de tratamento da neoplasia de próstata o INCA (2014) assegura que, quando for uma doença localizada utiliza-se cirurgia (prostatectomia radical), radioterapia e até mesmo observação vigilante. Quando a doença está avançada em um local específico, opta-se pela radioterapia ou cirurgia em combinação com bloqueio hormonal (INCA, 2014). Para doença metastática, o tratamento de eleição é a terapia hormonal (INCA, 2014).

Como referem Carvalho e Cristão (2012, p. 104), “a cirurgia de prostatectomia radical é um dos procedimentos mais indicados para o tratamento do carcinoma da próstata localizado, proporcionando uma sobrevida global de cerca de 90%”. Além disso, ela é um método curativo eficaz da neoplasia de próstata, quando limita-se ao órgão, porém, existe o risco de complicações, como: estenose vesico-uretral, incontinência urinária e disfunção erétil (CARVALHO; CRISTÃO, 2012).

Da mesma forma, Ferrigno (2013) trata que dentre as queixas mais comuns após a radioterapia externa são urinárias, como: disúria e polaciúria, mas também a disfunção erétil, ocorrendo em aproximadamente um terço dos pacientes após o término das aplicações. Isso ocorre pelas alterações da vasculatura peniana, porém, a impotência sexual após a radioterapia é difícil de ser mensurada por haver outros fatores: doenças associadas, desempenho antes do tratamento, efeitos psicológicos, uso de hormonioterapia (FERRIGNO, 2013).

Carvalho e Cristão (2012) tratam que, a equipe de enfermagem deve promover a educação em saúde do homem e sua família, relativo à preparação pré-procedimento (cirurgias, radioterapia ou hormonioterapia) até as estratégias adaptativas para possíveis morbidades no pós-procedimento. Tal iniciativa torna-se

relevante, uma vez que a incontinência urinária e disfunção erétil são concebidas de diferentes formas (CARVALHO; CRISTÃO, 2012).

Os participantes ainda citaram como dificuldade para o tratamento o acesso aos locais onde o mesmo era realizado.

*“(Fiz radioterapia na cidade Z) porque subiu o PSA e eles (médicos) não conseguiram retirar todo (tumor) porque se espalhou. (...) Às vezes, eu pegava ônibus aqui, ia para outra cidade, chegava lá em cima da hora. Tive dificuldade nessa parte.” (P1)*

*“Foi fácil o tratamento. O difícil foi o meio de transporte. (...) A maior parte vou de ônibus. (...) Vou de manhã para lá (hospital). (...) Até a estrada, o cunhado leva e depois vai de ônibus. Chegando lá pega o transporte do município (...). Quando é cedo o exame (...) tem que ir de transporte da prefeitura.” (P2)*

*“(...) Saio daqui quatro e meia da manhã, tomo o ônibus da prefeitura na cidade Z, dali mais uma hora e quarenta, mais ou menos, chego no hospital X.” (P3)*

Eles asseguraram que os locais que oferecem tratamento para neoplasia de próstata estão localizados em cidades distantes das suas de origem, e, por isso, devem sair cedo de seus domicílios para serem deslocados por meio de transporte particular ou público municipal. Conforme Rossato et al. (2013, p. 614), “o acesso aos serviços especializados em saúde confere sentimentos de esperança e otimismo à família”, porém representa um desafios, quando é preciso viajar ou ficar longe de casa a maior parte do dia (ROSSATO et al., 2013).

A população rural enfrenta barreiras em função da menor disponibilidade de serviços, particularmente em áreas esparsamente povoadas. Além das grandes distâncias a serem percorridas e das dificuldades de transporte, fatores que, associados, reduzem a utilização de serviços de saúde por esta clientela (NEVES et al., 2013, p. 6364).

Da mesma forma, Campanucci e Lanza (2011) asseguram que, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um dos motivos da baixa procura dos homens na manutenção do tratamento do câncer de próstata. Eles alegam que apenas para marcação de uma consulta médica enfrentam grandes filas e, por isso, perdem boa parte de seu tempo de trabalho, sendo que nem sempre são atendidos da forma como gostariam (CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

Todavia, apesar de muitas dificuldades vivenciadas pelas famílias rurais ao terem o pai/esposo com neoplasia de próstata foram destacadas situações boas, como as citadas a seguir.

*(Na pensão) ajudaram-me muito, davam remédio, protetor solar e gel. Abri a porta (de uma sala) e tinha uma mesona farta de bolo até com velinha, um bolo de aniversário e cantaram parabéns. (P1)*

Nessa fala evidenciou-se como algo positivo, a amizade feita nos lugares por onde esses homens passaram, a relação de confiança e gratidão com as pessoas que contribuíram de um forma ou outra para alegrar a vida diante da enfermidade. Tais situações foram marcantes para essas famílias rurais, que ao sair de seu meio de convívio em busca de tratamento para o câncer estavam solitárias, porém encontraram carinho de pessoas desconhecidas que tiveram empatia com sua situação.

Em síntese, foram apontadas como dificuldades durante o tratamento: efeitos colaterais provocados pela cirurgia, radioterapia ou hormonioterapia, tais como: diminuição ou ausência da função erétil peniana e disfunções nas eliminações fisiológicas; mas também o acesso aos locais onde se realiza o tratamento, sendo que as amizades realizadas ao longo do processo da doença serviram de incentivo à sua autoestima.

## **4.2 Motivação para viver: razões para superar a neoplasia de próstata**

Nessa categoria foram dispostas as seguintes subcategorias: esperança de cura da doença e planos para o futuro.

### **4.2.1 Esperança de cura da doença**

Muitos pacientes e familiares acreditam na cura total da neoplasia, para que o pai/esposo possa voltar a desempenhar suas atividades diárias normais e assumir papéis sociais que ocupavam até o acometimento pela doença. Isso é exposto nos trechos a seguir:

*“Espero melhorar. Isso a gente sempre espera, mas acho que não melho como antes. A gente vê o vizinho da frente e o meu pai que não pode nem caminhar, capinar ou trabalhar (pela doença), mas esperança de melhorar a gente tem sempre.” (P1)*

*“(Espero da radioterapia) a recuperação, eu acho. Total.” (P3)*

Como assinalam tais participantes, a esperança pela recuperação ou cura total da neoplasia é uma constante na vida desses indivíduos, porque isso os motiva a acreditar na eficácia do tratamento. Observou-se que ao falar sobre o futuro, as famílias demonstravam um “brilho” no olhar diferente, denotando força e fé em um porvir cheio de esperança e expectativas.

Após o diagnóstico da neoplasia de próstata e durante o percurso do tratamento, a família envida esforços para ajustar-se à nova vida e, com isso, surge uma identidade diferente padrão considerado normal. Conseqüentemente, ela tenta retomar as atividades diárias e, planeja o futuro com esperança, apesar de uma sombra de incerteza quanto a estarem curados (LANZA, 2012)

Na pesquisa realizada por Ferreira et al. (2010) com cinco famílias de pacientes adultos com diagnóstico de câncer, a esperança de cura esteve baseada na confiança depositada no tratamento. Nesse contexto, para planejar o futuro, a família buscar conhecer a eficácia e as possíveis reações adversas do tratamento (FERREIRA et al., 2010).

Um estudo constatou que, em geral, a esperança, crenças e valores, coragem, fé, pensamento positivo e vontade de cura persistem como fator protetor aos pacientes em tratamento contra o câncer (RODRIGUES; POLIDORI, 2012). A morte é uma situação natural do ciclo da vida, porém essa ideia é inadmissível para o nosso consciente e o câncer é uma das doenças socialmente associadas à morte (CORDEIRO et al., 2011).

Além disso, Muniz, Zago e Schwartz (2009, p. 31) tratam que,

para o doente a cura significa a recompensa pelo sofrimento causado pela doença, uma vez que essa vivência exige com frequência uma reorientação em seu comportamento do doente e visão mundo. Com o passar do tempo, ele almeja a normalidade de seu corpo individual e social, reconstrução de sua identidade e sobreviver tratamento.

No estudo de Campos et al. (2011), os pacientes ao serem questionados sobre suas perspectivas quanto ao prognóstico do tratamento contra o câncer de próstata, 41,9% afirmam que querem curar-se da doença, 27,4% pretendem conviver com a doença e 19,5% querem apenas melhorar de algum sintoma trazido pela patologia.

Do mesmo modo, os familiares também acreditam na cura de seu familiar por meio do tratamento realizado em prol de uma vida saudável, como na fala a baixo:

*“Espero que ele (esposo) fique bem bom. Com bastante saúde”. (F4)*

*“Que ele (esposo) viva com saúde (...). Tem que ter esperança”. (F6)*

Os participantes visualizam um futuro, e em curto prazo, esperam que o pai/esposo viva com melhores condições de saúde. As famílias asseguravam que a recuperação da saúde era o seu desejo primordial, pois assim seria possível retomar as atividades deixadas em virtude da doença.

Neste caso, “a esperança é vista como forma de amenizar os sintomas da doença, mantendo o homem mais tempo com sua família, não apenas a obtenção da cura da doença” (LIMA et al., 2012, p. 109). “As famílias, consciente ou inconscientemente, tendem a manter comportamentos ao logo de suas gerações, buscando atingir uma espécie de imortalidade em sua descendência” (MELO et al., 2012, p. 84-85).

Em estudo realizado com famílias de doentes com diagnóstico de câncer avançado, residentes no Interior do Estado de São Paulo, esse achado é convergente, porque se evidenciou que a esperança na cura apareceu em todas as famílias entrevistadas, mesmo de forma insipiente, apesar de todas as dificuldades e a remota perspectiva de cura (NASCIMENTO; RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

Sales et al. (2010, p. 4) abordam que para familiares, através do tratamento da neoplasia “ressurge a possibilidade de manutenção da vida e do retorno ao cotidiano, que foi alterado a partir da descoberta da doença”. A esperança de cura por meio do tratamento é vista com significado de devolução da longevidade, colocando a morte distante da realidade (SALES et al., 2010).

Tal situação evidencia, conforme Melo et al. (2012, p. 82):

a capacidade da família para vencer e aprender com os obstáculos colocados em sua vida, movendo para isso recursos internos, características individuais para lidar com situações adversas. Eles caracterizam isso como resiliência<sup>5</sup>, pois, mesmo diante da situação difícil, persiste uma atitude de enfrentamento e esperança.

---

<sup>5</sup> A resiliência pertence à estrutura do desenvolvimento psicológico e consiste na capacidade universal que permite ao indivíduo, grupo ou comunidade de prevenir, minimizar ou ultrapassar as marcas ou efeitos das adversidades, não no sentido de resistir, mas de ultrapassá-las e superá-las com êxito (YUNES, 2001).

Então, torna-se um desafio aos profissionais de enfermagem trabalhar com o homem e a família não apenas o conhecer da patologia, mas também transformar o comportamento do paciente passivo em outro ativo e esperançoso com o futuro. Isso ocorre porque o contexto de estar com câncer é vivenciado por cada indivíduo de maneira singular.

O trabalho de desenvolvimento da resiliência representa um dos caminhos para os profissionais agirem de forma prioritária com a saúde, enfatizando as potencialidades dos pacientes e de suas famílias, criando condições para que esses possam responder, de forma positiva, às adversidades advindas do processo de doença e seu tratamento (RODRIGUES; POLIDORI, 2012, p.623).

Entretanto, é fundamental não focar apenas no cuidado e esforços na ausência do tumor, ou seja, a cura, mas nas pessoas (pacientes e familiares) que vivem este processo, suas necessidades e percepções acerca do processo de adoecer e sobreviver com câncer, e como estes compreendem essa doença crônica, ou seja, que necessita de cuidados contínuos (CARDOSO et al., 2012).

Portanto, a cura é uma esperança de futuro, mas é também um símbolo que vai sendo construído pelo homem e sua família, ao longo da trajetória de convivência com a neoplasia de próstata e os efeitos ocasionados pela terapêutica escolhida. A partir disso, os profissionais de enfermagem devem elaborar um plano de cuidados que permeie tanto a assistência à doença como também motive o paciente e família ao longo do processo de adoecimento.

#### 4.2.2 Planos para o futuro

A esperança da família em (con) viver maior tempo com o homem acometido pela neoplasia de próstata e executar projetos futuros de vida ao seu lado são descritos a seguir como fatores motivadores.

*“Acho que muita coisa ainda gostaria de fazer. (...) Hoje penso em fazer algo com os netos (...), viver com eles, ficar perto deles sempre” (P1).*

*“(Espero no futuro) mais saúde. (...) Ver o filho formado. (...) Trabalhar de pedreiro. Se eu pudesse, eu estava trabalhando ainda”. (P2)*



*“(Esperança no futuro) me aposentar. (...) A felicidade dos filhos, que até agora nenhum é casado. (...) Gostaria de plantar mais. (...) Viver em harmonia com a família (...)”.* (P3)

Nos depoimentos identificaram-se motivos que podem ser determinantes na luta contra o câncer: a família e a retomada da vida social/ profissional. Estar na presença de quem se ama é um componente que motiva seus membros a lutar pela vida, bem como ver a prosperidade e a felicidade no seio familiar, pois isso afasta a ideia de morte, finitude, solidão. “As pessoas com esperança possuem uma capacidade maior de vislumbrar o futuro e têm a cura como uma expectativa positiva, o que as ajuda e dá sentido à vida para o enfrentamento da doença” (LIMA et al., 2012, p. 109)

Em uma investigação feita por Cardoso et al. (2012) com pacientes oncológicos que compareceram ao serviço para revisão de até seis meses após o término do tratamento, constatou-se que ter projetos e objetivos de vida, a longo ou curto prazo, faz com que o paciente pense em um futuro e na forma de se adaptar à realidade condicional que se impõe, sobretudo, essas metas trazem-lhe esperança e motivação para continuarem vivendo. “Dentre os planos para o futuro, o retorno às atividades profissionais, destaca-se nos depoimentos desses pacientes, e possivelmente está vinculada diretamente a visão de independência e autonomia, favorecendo a retomada dos papéis sociais” (CARDOSO et al., 2012, p. 471).

Assim sendo, “surge a necessidade da família dar sentido à experiência de conviver com o câncer e elaborar formas para lidar com essa nova condição” (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009, p. 29). Tais formas evidenciam o modo como ela ajustar-se às situações impostas pela enfermidade (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009).

A família, perante a perspectiva do homem em relação aos planos para o futuro, com frequência, fornece suporte durante o tratamento, reabilitação e estímulo à superação das limitações; aproxima e fortalece vínculos e sentimentos de apoio, solidariedade, colaboração, sendo que essas reações proporcionam ao paciente confiança, coragem e vontade de viver (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009).

Por outro lado, a crença da saúde como um porvir divino, após as adversidades da convivência com a neoplasia, é citado como uma motivação.

*“A gente vai esperar que Deus mande saúde, quanto mais, melhor para gente. Para ficar sobrevivendo ao lado da esposa, junto com os*

*filhos. (...) A gente quer conviver com os vizinhos, os amigos, e plantando sempre. Viver tranquilo (...)*. (P4)

Pode-se observar que a espiritualidade e a fé, no ponto de vista desse participante, conferem-lhe ânimo, conforto e esperança, além de haver a referência de um “Deus” supremo, que poderá determinar sobre seu grau de saúde ou doença. Conforme pesquisa de Rodrigues e Polidori (2012, p. 624), “os entrevistados utilizaram, a estratégia de enfrentamento do câncer focada na emoção, uma vez que eles verbalizaram questões relacionadas ao poder divino e sua sabedoria, a fé que têm na cura, além do pensamento positivo”. “Buscar apoio na religião, por meio da invocação a Deus, é uma estratégia acessível em situação de doença, porque o poder que se dá ao divino possibilita a satisfação das necessidades incontrolláveis” (RODRIGUES; POLIDORI, 2012, p. 624).

Para Cardoso et al. (2012), os pacientes creem em acontecimentos positivos proporcionados por uma força divina. Ainda conforme esses autores (2012, p. 469):

a religiosidade e a espiritualidade representam um instrumento de suporte, pois podem ser entendidas como uma estratégia de enfrentamento perante o câncer, já que poderá atribuir significado ao seu processo saúde-doença, em busca da sobrevivência, minimizando seu sofrimento e obtendo maior esperança.

Geronasso e Coelho (2012), pesquisando sobre a influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida de pacientes oncológicos, perceberam que para os entrevistados há uma forte ligação de sua fé com sua recuperação da doença, mesmo em casos desenganados pela medicina. Mesmo havendo estudos suficientes sobre a eficácia da religião no processo de cura, é inegável a melhor qualidade de vida e a redução de riscos de doenças como depressão (GERONASSO; COELHO, 2012).

Para Haghighi (2013) estudos têm indicado que a depressão é uma dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre pacientes com câncer e seus familiares. Assim, o enfrentamento religioso é considerado um fator redutor na incidência de depressão, pois permite manter a saúde, evita transtornos mentais, reduz o sofrimento, proporciona segurança e apoio (HAGHIGHI, 2013).

Em síntese, a família desses homens com neoplasia de próstata motiva-se quanto a um possível futuro juntos e com a possibilidade de retomar a vida normal dos afazeres profissionais, seja por meio do tratamento ou com a influência divina de um Deus supremo. Por isso, acredita-se que a equipe de enfermagem deve

contribuir na reabilitação e ajustamento psicossocial dos pacientes e familiares, através do cuidado humanizado e holístico, auxiliando-os a encontrarem alternativas para minimizar as limitações e maximizar as potencialidades preservadas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, participaram do estudo quatro famílias. Dessas, quatro sujeitos eram pai/esposo com neoplasia de próstata e cinco eram familiares, totalizando nove sujeitos participantes.

A faixa etária predominante dos homens foi entre 66-68 anos, com descoberta do diagnóstico de neoplasia entre um e quatro anos, todos casados, procedentes da zona rural, com dois filhos ou mais, tendo como crença religiosa o catolicismo e escolaridade 1º grau incompleto. Sobre o trabalho da família todos se dedicam a agricultura e pecuária e a renda familiar de três ou mais salários mínimos. Referente aos familiares participantes, os (as) filhos (as) e esposas, estavam na faixa etária entre 30-49 anos.

Perante o objetivo do estudo: descrever a experiência da família rural ao ter o pai/esposo em tratamento por câncer de próstata constatou-se que, tal experiência que se inicia ainda no diagnóstico do câncer, pois, muitas vezes, a descoberta da doença é feita de modo ocasional, em virtude da busca incipiente dos serviços de saúde para rastreamento precoce. Nesse sentido, identificou-se por meio do estudo que a família pode influenciar para que o diagnóstico se efetive. Assim, a família é um elemento a ser considerado pelo enfermeiro, a fim de que o paciente masculino possa ser alcançado e, desta forma, seja possível alcançar a promoção da saúde do homem.

Relativo ao apoio da família identificou-se um processo de transformação, reorganização e adoção de estratégias de enfrentamento dos membros da família, seja para auxiliar o homem nas atividades diárias, na readaptação da própria rotina e na facilitação do acesso ao local de tratamento.

Dentre as mudanças na família decorrentes ao adoecimento evidenciaram-se o trabalho na agricultura, a inversão de papéis com o cônjuge para manutenção da renda familiar, o abandono das atividades de lazer, a vida conjugal afetiva do homem (diminuição na libido, dificuldade ou impossibilidade de ereção peniana) e disfunções urinárias. Por outro lado, nas dificuldades enfrentadas durante o tratamento destacam-se os efeitos colaterais provocados pela cirurgia, radioterapia ou hormonioterapia, tais como: diminuição ou ausência da função erétil peniana e

disfunções nas eliminações fisiológicas; mas também o acesso aos locais em que se realizam o tratamento.

Tangencial a motivação para viver, os participantes pontuaram a esperança pela cura da doença, como um símbolo construído pelo homem e sua família, ao longo da trajetória de convivência com a neoplasia de próstata e os efeitos ocasionados pela terapêutica. Além disso, eles sinalizaram a motivação quanto a um futuro do lado de sua família e com a possibilidade de retomar sua vida profissional, seja por meio do tratamento ou pela influência divina.

Assim, assegura-se que a pergunta de pesquisa desse estudo: Como a família rural experencia ter o pai/esposo com câncer de próstata? foi respondida, uma vez que a família apareceu na investigação, como uma unidade cuidadora do homem com neoplasia de próstata, envolvendo-se mutuamente em todas as fases do processo saúde-doença, ou seja, desde o diagnóstico até o tratamento, dividindo tarefas, tristezas, angústias e, sobretudo, esperanças sobre um futuro incerto.

Além disso, o estudo revelou que as famílias rurais estão fortalecidas, manifestando muito mais potencialidades do que fragilidades no cuidado realizado por elas, oferecendo suporte necessário ao homem. Embora estivessem vivenciando uma situação de sofrimento, do diagnóstico ao tratamento elas se mobilizaram para dar suporte ao pai/esposo, bem como mudaram para enfrentar as dificuldades e os desafios inerentes ao câncer, contribuindo direta ou indiretamente no sentimento de pertencimento desse homem ao núcleo familiar.

Quanto às mudanças no ciclo de vida familiar rural emergiram novas configurações na estrutura familiar, após o adoecimento do pai/esposo com câncer e durante seu tratamento, havendo flexibilidade para mudanças de papéis e cumprimento de tarefas, principalmente, no apoio e proteção a seus membros.

Em contrapartida, tal estudo apresenta algumas limitações, a saber: amostra pequena já que os sujeitos foram escolhidos por conveniência; representatividade restrita do estudo, por tratar-se de uma pesquisa qualitativa que mostra apenas a realidade do local onde o estudo foi desenvolvido. Por isso, acredita-se ser necessária a realização de outras pesquisas investigando a experiência da família diante do adoecimento do pai/esposo por câncer de próstata, utilizando populações com outro perfil de moradia (zona urbana), escolaridade e renda, a fim de se verificarem congruências/divergências com esta investigação.

Porém, os resultados desse estudo permitiram discutir acerca dos temores do câncer presentes na experiência da família rural diante do acometimento do pai/esposo, mas também fomentar estratégias que possibilitem (re) pensar um cuidado de enfermagem/saúde conjunto, tanto aos pacientes acometidos pelo câncer de próstata, como também para sua família, de acordo com suas necessidades. Visto que, tal patologia repercute de forma direta ou indireta na esfera familiar; o que permite auxiliar na inclusão da família desde o diagnóstico do câncer no paciente até o acompanhamento de todas as fases do tratamento, auxiliando na criação de subsídios educacionais e de pesquisa tanto aos Cursos de Graduação, como também à Pós-Graduação em Enfermagem.

Entende-se que, embora os dados aqui apresentados estejam circunscritos à realidade da família rural em particular, a presença da neoplasia de próstata afeta qualquer um dos familiares, seja cônjuge, filhos, noras, entre outros. Isso levando à vivência de crise que ativa uma série de respostas diante das incertezas provocadas pelas evidências da doença, pelas possíveis sequelas ou pelo risco iminente de morte. Isso impulsiona a família a buscar o apoio entre si a fim de lidar com as adversidades que quebram o equilíbrio e a dinâmica familiar.

Diante disso, é fundamental o papel da equipe de enfermagem no processo de adoecimento do homem, pai/esposo, por neoplasia de próstata, bem como no acolhimento e orientação da família, considerando o contexto das práticas de cuidado, as crenças, os valores, os hábitos, a fim de realizar campanhas educativas para melhor orientá-lo sobre a doença, com vistas à adesão da terapêutica para evitar a progressão e severidade do câncer.

## REFERÊNCIAS

- ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **Fundamentos da assistência à família em saúde.** Manual de enfermagem [online]. 2001. Disponível: <[http:// www.idssaude.org.br/enfermagem](http://www.idssaude.org.br/enfermagem)>. Acesso em: 17 Jun. 2012.
- ALCÂNTARA, L. R. **Idosos rurais:** fatores que influenciam trajetórias e acesso aos serviços de saúde no município de Santa de Boa Vista/RS. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado), universidade do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2009.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ARAÚJO, L. Z. S. et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, p.32-37, 2009.
- ASCARI, R. A. et al. Prevalência de exames diagnósticos de câncer de próstata em comunidade rural. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 169-78, Jan./Mar. 2014.
- ASSIS, N. S.; PEDROSO, G. E. R. Enfermagem e família: avaliando a inclusão da família no cuidado a crianças gravemente enfermas. CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 16., 2008, Piracicaba. **Anais ...** Piracicaba: UNIMEP, 2008.
- BARRETO, T. S.; AMORIM, R. C. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 462-7, 2010.
- BARROS, D. O.; LOPES, R. L. M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 6, n. 3, p. p. 295-298, 2007.
- BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 513-18, 2007.
- BERTOLDO, S. A.; PASQUINI, V. Z. Câncer de próstata: um desafio para a saúde do homem. **Rev Enferm UNISA**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 138-42, 2010.
- BIELEMANN, V. L. M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 2, p. 133-37, 2003.
- BIFFI, R. G.; MAMEDI, M. V. Percepção do funcionamento familiar entre familiares de mulheres sobreviventes ao câncer de mama: diferenças de gênero. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 137-145, 2010.
- BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

BRASIL. **Resolução nº 196**, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. 9 p. Disponível em: <<http://www.conselho.sau.gov.br/docs/Resolucoes/reso196.doc>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BRASIL. **Lei nº 10.289**, de 20 de setembro de 2001. Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata. 2001. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=233592>>. Acesso em: 23 Abr. 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2012a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=81](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81)>. Acesso em: 17 Jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2012b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id=5>. Acesso em 02 Out. 2012.

BRAY, F. et al. Prostate cancer incidence and mortality trends in 37 European countries: an overview. **Eur J Cancer**. v. 46, n. 17, p. 3040-52, 2010.

BUDO, M. L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, Jun. 2005 .

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2. 2011. **Anais ...** Universidade Estadual de Londrina: II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Paraná, 2011.

CAMPOS, H. L. M. et al. Aspectos Culturais que Envolvem o Paciente com Diagnóstico de Neoplasia de Próstata: um Estudo na Comunidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 493-501, 2011.

CAPUCHO, L. B. **“Aquele doença”** - aspectos emocionais na descoberta e vivência do câncer: atuação do psicólogo em uma oncologia. 2013, 41 f. Monografia (Especialista em Psicologia Hospitalar) - Faculdade Internacional Signorelli, Linhares, 2013.

CERVO, A.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996..

COSTA, J. C. da; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, mar./abr. 2005. Disponível



em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=&script=sci\\_arttext0.1590/](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=&script=sci_arttext0.1590/)>. Acesso em: 17 Jun. 2012.

CARDOSO, D. H. et al. Viver com câncer: a percepção de pacientes oncológicos. **J Nurs Health**, Pelotas, v. 2, n. 2, p. 461-74, 2012.

CARVALHO, J. M. S.; CRISTÃO, A. S. M. O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 7, n. 3, p.103-112, jul. 2012.

CORDEIRO, F. C. et al. **O processo de morte/morrer em oncologia**: perspectivas de cuidado na enfermagem. 2011. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/enfermagem2011/Trabalhos/450.pdf>>. Acesso em: 23 Jul. 2014.

DIEFENBACH, G. D. F. **Dor em oncologia**: percepção da família da criança hospitalizada. 130 f., 2011.Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

ELSEN, I, MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. (Ed.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: EDUEM; 2004.

ELSEN, I. **Marco para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis (SC): DA/UFSC; 1994.

FEBRA, C.; MACEDO, A. Papel atual do PSA no rastreamento do cancro da próstata. **Acta Urológica**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 33-39, Set. 2013.

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. A família rural em fases de transição: mudanças nos papéis e tarefas do cuidado familiar. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 33-9, Jan/Mar 2010.

FERREIRA, J. A. et al. Comunicação terapêutica no contexto da atenção à saúde do homem. **R de Pesq**: cuidado é fundamental Online, São Paulo9, v. 6, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-333.php>>. Acesso em: 18 Jun. 2014.

FERREIRA, J. S.; FAVERO, L. Os benefícios do cuidado compartilhado entre equipe de enfermagem e familiares: cuidadores de criança hospitalizada. **Boletim de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 1-14, 2009.

FERREIRA, N. M. L. et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Cienc. Cuid. Saude**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 269-277, Abr. /Jun. 2010.

FERRIGNO, R. Radioterapia no tratamento do câncer de próstata avançado. **Onc&**, São Paulo, p. 28-32, set./out. 2013.

FIGUEIREDO, M. H. J. S. **Enfermagem de família**: um contexto do cuidar. 550 f. 2009. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, São Paulo, 2009.

FRANCO, M. H. A. P. **Família em psico-oncologia**. In CARVALHO, V. A. et al. (Org.) *Temas em psico-oncologia*. (pp. 358-361). São Paulo: Summus, 2008.

FRACOLLI, L. A.; BERTROLOZZI, M. R. **A abordagem do processo saúde doença das famílias e do coletivo**. In: Ministério da Saúde. *Manual de enfermagem - programa de saúde da família*. São Paulo: 2001, p.04-08.

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2, p. 141-7, 2002.

GERONASSO, M. C. H.; COELHO, D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde Meio Ambient.**, São Paulo, v. 1, n. 1, jun. 2012.

GIANINI, M. M. S. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. 2007. 88p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (SP): 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRARDON-PERLINI, N.M.O. **Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer** (Tese). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo (SP): 2009.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2007000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Jun. 2014.

GOMES, R. Sexualidade masculina e a saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc saúde colet.**, v. 8, n. 3, p. 825-9, 2003.

GONÇALVES, I. R.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1337-42, 2008.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva** (online), São Paulo, v.15, suppl.1, pp. 1497-1508, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000700062&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700062&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Jun. 2012.

HAGHIGHI, F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. **Psychiatry Danubina**, v. 25, n. 3, p. 236–240, 2013.

HANSON, S. **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**. Camarate: Lusociência, 2005.

HEIDENREICH, A. et al. Diretrizes sobre câncer da próstata. **Eur Urol**, v. 59, n. 4, p. 572-83, Abr. 2011.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Livro de Registro. **Pacientes que internaram no HUSM por neoplasia de próstata ou afins e pacientes que fizeram cirurgia (prostatectomia) no bloco do HUSM**. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf)>. Acesso em: 15 Jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Estimativas populacionais dos municípios em 2011**. 2012. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1961&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1961&id_pagina=1)>. Acesso em: 09 Nov. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 15 Jul. 2014.

JONES, R. A. et al. Family Interactions Among African American Prostate Cancer. **Fam Community Health**, Virgínia, v. 31, n. 3, p. 213-20, Jul./ Set. 2008.

JORNAL DATA FOLHA. **Saúde Masculina: o homem e o câncer de próstata**. 2009. Disponível em: <<http://sentirbem.uol.com.br/index.php?modulo=artigos&id=707&tipo=2>>. Acesso em: 27 Abr. 2014.

KIRSCH, S. E. D.; BRADT, P. A.; LEWIS, F. M. Making the most of the moment, When a child's mother has breast cancer. **Cancer Nurs.**, United State, v. 26, n. 1, p.7-54, 2003.

LANZA, L. F. **Histórias de mulheres sobreviventes ao câncer de mama**. 148 f., 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto: 2012.

LEOPARDI, M. T. (Org.). **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, L. M. de et al. Adoecer de câncer: o agir e o sentir do grupo familiar. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, mar. 2012. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167738612012000100014&lng=pt&nrm=is](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167738612012000100014&lng=pt&nrm=is)>. Acesso em: 19 Jun. 2014.

LOPES, A. A. **A família e o câncer**. 2007. 60 f. Dissertação (Mestrado em Terapia da Família). Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro: RJ, 2007.

MAIA, K. O.; MOREIRA, S. H.; FILIPINI, S. M. Conhecimento e dificuldades em relação à prevenção do câncer de próstata na ótica dos homens de meia idade. Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 13. 2009. **Anais ...** Universidade do Vale do Paraíba: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-62, Abr.-Jun. 2007.

MELO, M. C. B. et al. O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 73-89, abr. 2012.

MENDES, M. G. S. R.; MARTINS, M. M. F. P. da S. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, III Série, n. 6, Mar. 2012, p 113-121.

MESSIAS, D. X. **A experiência da família frente ao idoso com câncer**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP): 2005.

MILIONI, D. B. et al. Enfermagem familiar: o conhecimento produzido para além das fronteiras nacionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 650-6, Out./Dez. 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010 .

MOLINA, M. A. S.; A; MARCONI, S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n, 4, p. 514-520, 2006.

MONTEZUMA, C. A.; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], Goiânia, v. 10, n. 2, p. 395-404, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>>. Acesso em: 06 Jun. 2012.

MOSCHETA, M. S.; SANTOS, M. A. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1225-1233, 2012.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F., SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 25-32, Jan-Mar 2009.

NASCIMENTO, M. B. A.; RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. quando a cura não é mais possível: escutando familiares de doentes com câncer. **Cienc. Cuid. Saude**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 642-649, 2011.

NEHMY, R. M. Q. et al. A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes: uma experiência no Brasil. **Rev Bras. Saúde Matern. Infant.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 293-299, Jul./ Set .2011.

NEVES, J. L. Câncer de próstata: caracterização dos usuários de um serviço de oncologia. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6360-7, nov. 2013.

OLIVEIRA, J. I. M.; POPOV, D. C. S. Exame preventivo do câncer de próstata: impressões e sentimentos. **Rev Enferm UNISA**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2012.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia Científica**: Projeto de pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, p.322, 2002.

PAGLIARIM, M. et al. **Normas e rotinas do pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria**. Santa Maria: UFSM- Hospital Universitário de Santa Maria, 2002.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e praticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010.

PINHEIRO, T. F. et al. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 15, n. 38, Sept. 2011 .

RAFAEL, R. M. R.; COURRY, N. H. F.; FONSECA, D. L. A. R. Barreiras na realização do exame de rastreio do câncer prostático: olhando para uma unidade básica. **J. Nurs. UFPE on line**, Pernambuco, v. 6, n. 3, p. 766-72, 2012.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, p. 4, p. 619-627, 2012.

ROSSATO, K. **O adoecer por câncer na perspectiva da família rural**. Rev Enferm UFSM, Santa Maria, v. 3, n. esp., p. 608-617, 2013.

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Rev AMRIGS**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 92-9, 2010.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 558-66, 2005.

SALES, C. A.; MOLINA, M. A. S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p.720-3, 2004.

SALES, C. A. et al. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 616-621, 2010.

SANCHEZ, K. O. L. et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, abr. 2010.

SANTIAGO, L. M. et al. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, Dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013002000010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013002000010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Jun. 2013.

SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; MEINCKE, S. M. K. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n.1, p.48-53, Jan./Jun. 2001.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 150-4, Mar./Abr. 2007.

SILVA, F. A. C. et al. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 334-41, Abr./Jun. 2009B.

SILVA, L. C. **Vozes que contam a experiência de viver com câncer**. 2010. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vsbo0Bes\\_eAwJ:www.cepsic.org.br/revista/vozes\\_experiencia.htm+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vsbo0Bes_eAwJ:www.cepsic.org.br/revista/vozes_experiencia.htm+&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 22 Jul. 2014.

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, Abr. 2005.

SILVA, L. C. **O cuidado na vivência do doente de câncer**: uma compreensão fenomenológica. Maringá: UEM, 2009A.

SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. S. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p. 151-8, mar. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Doenças da próstata**: vença o tabu. Rio de Janeiro: Elsevier/Sociedade Brasileira de Urologia; 2003.

TAYLOR, S. J.; BODGAN, R. **Introduction to qualitative research: the search for meanings**. New York: John Wiley, 1984.

TOLEDO, M. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O cotidiano de cuidadores informais de pacientes em tratamento quimioterápico. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 75-81, 2013.

UNIMED. **Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata**. 2011. Disponível em: <<http://www.unimedsobral.com.br/2011/11/page/2/>>. Acesso em: 15 Jul. 2014.

VIEIRA, C. G.; ARAÚJO, W. S.; VARGAS, D. R. M. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do ATPAC**, Araguaína, v. 5, n. 1, p-1-15, 2012.

VIEIRA, E. S.; GONÇALVES, S. J. C. A percepção dos trabalhadores da zona rural e urbana em relação ao toque retal como medida de prevenção do câncer de próstata. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 2, n. 1, p. 5-18, jan./jun. 2011.

VISONÁ, F.; PREVEDELLO, M.; SOUZA, E. N. Câncer na família: percepções de familiares. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p.145-155, Jan./Abr. 2012.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. - **O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico**. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 17 Jun. 2012.

WERNET, M. Enfermagem e família investindo no primeiro passo. **Rev Bras Enferm.**, Brasília (DF), v. 53, n.esp., p. 87-9, Dez. 2000.

WEVER, E. M. et al. Prostate-Specific Antigen Screening in United States vs in the European Randomized Study of screening for prostate cancer- Rotterdam. **JNCI**, v. 102, n. 5, p. 352-355, 2010.

WRIGHT. L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2012.

YUNES, M.A.M. **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas**. In: TAVARES, J. (Org.). Resiliência e educação. São Paulo: Cortez, 2001.

ZILLMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, Dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342012000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000600013&lng=en&nrm=iso)>.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A

### ARTIGOS UTILIZADOS NO ESTADO DA ARTE

1 ARAÚJO, L. Z. S. et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. Rev Bras Enferm, 2009.
2 ASHIDA, S. et al. The impact of familial environment on depression scores after genetic testing for cancer susceptibility. Clin Genet., 2009.
3 BARBOSA, R. C. M.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Mulheres mastectomizadas: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. Revista Acta de Enfermagem, 2004.
4 BARRETO, T. S.; AMORIM, R. C. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. Rev. enferm. UERJ, 2010.
5 BARROS, D. O.; LOPES, R. L. M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. Rev Bras Enferm, 2007.
6 BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Dinâmica familiar: percepção de famílias de sobreviventes de câncer de mama. Esc Anna Nery Rev Enferm., 2009.
7 BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Percepção do funcionamento familiar entre familiares de mulheres sobreviventes ao câncer de mama: diferenças de gênero. Rev. Latino-Am. 2007.
8 JONES, R. A. et al. Family Interactions Among African American Prostate Cancer. Fam Community Health. 2008.
9 MARUYAMA, S. A.T.; ZAGO, M. M. F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. Revista Latino Americana. 2005.
10 MOLINA, M. A. S.; A; MARCONI, S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006.
11 SALCI, M. A.; MARCON S. S. A convivência com o fantasma do câncer. Rev Gaúcha Enferm. 2010.
12 SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2005.
13 SALES, C. A.; MOLINA, M. A. S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. Revista Brasileira de Enfermagem. 2004.
14 SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006.
15 SIMINO, G. P. R.; SANTOS, C. B.; MISHIMA, S. M. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010.
16 SNYDER, K. A.; PEARSE, W. Crisis, Social Support, and the Family Response: Exploring the Narratives of Young Breast Cancer Survivors. J Psychosoc Oncol. 2010.
17 VENEGAS, M. E.; ALVARADO, O. S. Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004.
18 VIEIRA, M. C. U.; MARCON, S. S. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. Rev Esc Enferm. 2008.

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Projeto de Pesquisa: **A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA RURAL AO TER O PAI/ESPOSO COM CÂNCER DE PRÓSTATA**

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino Vínculo com o paciente: \_\_\_\_\_

Idade: ----- anos Religião: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_

Se esposa – tempo de união: \_\_\_\_\_

Se filhos – estado civil: \_\_\_\_\_

Composição familiar e idade de cada membro da família:

\_\_\_\_\_

Renda Familiar (salário mínimo):

( ) menos de um salário ( ) um salário ( ) mais de um salário

Tipo de trabalho que a família realiza: \_\_\_\_\_

Tempo do diagnóstico do câncer: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

Tempo de internação: \_\_\_\_\_

Tratamentos realizados: \_\_\_\_\_

#### QUESTIONAMENTOS ORIENTADORES

1. Conte-me como tem sido esse tempo de adoecimento do Sr<sup>o</sup> ....?
2. Fale-me como era a vida de vocês antes do adoecimento?
3. Como vocês tem se organizado nesse tempo para cuidar do Sr... e dar conta das demais atividades em casa?
4. Como tem sido a vida de vocês hoje?

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: **A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA RURAL AO TER O PAI/ESPOSO COM CÂNCER DE PRÓSTATA**

**Pesquisadora Responsável:** Prof.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nara Marilene Girardon-Perlini

**Contato:** (55) 32208263 E-mail: nara.girardon@gmail.com

**Mestranda:** Enf.<sup>a</sup> Caroline Vieira Mathias

**Contato:** mathiasvcarol@yahoo.com.br

**Prezado(a) Senhor(a):**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa denominada “**A experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata**”, coordenada pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nara Marilene Girardon-Perlini, e desenvolvida pela Enf.<sup>a</sup> Caroline Vieira Mathias, a qual tem por objetivo descrever a experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata.

Esta pesquisa destina-se à elaboração de Dissertação de Mestrado a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. O estudo está sendo realizado para que possamos conhecer a respeito do modo como as famílias rurais vivenciam o adoecimento do pai/esposo. Para isso, vocês estão sendo convidados(as) a participar de uma entrevista em que lhes será perguntado sobre como está sendo para a família de vocês viver esse tempo de adoecimento, sobre como vocês estão se organizando para cuidar e dar conta das demais atividades e das pessoas da família, além de seus dados pessoais (idade, estado civil, escolaridade, onde mora, tipo de trabalho, renda, pessoas que compõe a família, entre outros). As respostas serão gravadas, se vocês assim concordarem. Caso contrário, as respostas serão anotadas.

Fica garantido que seus nomes, nem de outra pessoa que venham a mencionar, serão divulgados em qualquer instante, e que vocês poderão desistir de responder a entrevista ou de fazer parte da pesquisa em qualquer momento do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo. Vocês não sofrerão qualquer espécie de risco emocional ou físico em virtude da participação, porém poderão sentir-se emocionados ao lembrar fatos tristes, de dificuldades ou preocupações que possam estar vivendo. Também poderão sentir-se cansados e desconfortáveis com o tempo despendido. Se isso acontecer vocês poderão solicitar para interromper a entrevista e retomá-la em outro momento, ou mesmo encerrá-la. Neste caso, as informações fornecidas não farão parte do estudo e as informações serão inutilizadas. As entrevistas serão digitadas e depois guardadas de forma impressa por três anos, ficando sob guarda da pesquisadora responsável, em armário localizado no Prédio 26, Centro de Ciências da Saúde/UFSM. Após esse período serão queimadas.

Não haverá benefício financeiro pela participação na pesquisa. A participação é voluntária e vocês podem e devem tirar todas as suas dúvidas em qualquer momento. Vocês também não terão nenhum benefício direto, mas estarão colaborando para que possamos melhor conhecer sobre as famílias rurais que vivenciam o adoecimento e a internação por neoplasia e assim, contribuir para

qualificar a assistência prestada pelos enfermeiros, para propor estratégias que possam ir ao encontro das necessidades dos pacientes e suas famílias, fortalecendo-os e ajudando-os a viver essa situação.

Ressaltamos que os resultados das informações obtidas comporão a Dissertação de Mestrado e poderão ser publicados em revistas e divulgados em eventos científicos na área da saúde, ficando os pesquisadores comprometidos pela manutenção do anonimato e do respeito ao que for publicado.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com a Mestranda Caroline Vieira Mathias, com a Professora Nara Marilene O. Girardon-Perlini (pesquisadora responsável), bem como com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nos endereços constantes ao final deste Termo.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra via para o participante da pesquisa, estando em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Nesses termos, eu \_\_\_\_\_, considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando as autoras do projeto o direito sobre as informações para a divulgação dos resultados na forma de trabalho científico.

---

Caroline Vieira Mathias  
Mestranda pesquisadora

---

Nara Marilene Girardon-Perlini  
Pesquisadora Responsável

---

Assinatura do Participante

Data: \_\_\_\_\_

**Para contato com o comitê de ética da UFSM:**

Avenida Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar- Sala 702. Cidade Universitária – Bairro Camobi CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS.

Tel.: (55) 3220-9362; e-mail:comitedeeticaempesquisa@smail.ufsm.br

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Título do projeto: “A EXPERIÊNCIA DA FAMÍLIA RURAL AO TER O PAI/ESPOSO COM CÂNCER DE PRÓSTATA”**

**Pesquisadora responsável:** Prof.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nara Marilene Girardon-Perlini

**Mestranda:** Enf.<sup>a</sup> Mtd.<sup>a</sup> Caroline Vieira Mathias

**Instituição/Departamento:** Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

**Telefone para contato:** (55) 32221702; 99786726 ou 32208000-Ramal 8263

**Local da coleta de dados:** residência das famílias com pai/esposo com câncer de próstata

Os pesquisadores se comprometem a preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados por meio de entrevista semi-estruturada. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e após ficarão armazenadas por um período de cinco anos. As informações contidas nas entrevistas somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo impresso por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof.<sup>a</sup> Nara Marilene Girardon-Perlini, em armário com chave, localizado no Prédio 26, sala 1339, do Centro de Ciências da Saúde/UFSM. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, .....de .....de 2013.

---

Prof.<sup>a</sup>. Nara Marilene Girardon-Perlini  
COREN-RS

---

Enf.<sup>a</sup> Mtd.<sup>a</sup>. Caroline Mathias  
COREN-RS

# **ANEXO**