

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)

**A DIMENSÃO DO SER-HOMEM NA VIVÊNCIA DO CÂNCER DE
PRÓSTATA: POSSIBILIDADES À LUZ DA TEORIA ROGERIANA**

LARISSA GABRIELA LINS NEVES

MANAUS

2016

LARISSA GABRIELA LINS NEVES

A DIMENSÃO DO SER-HOMEM NA VIVÊNCIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA: POSSIBILIDADES À LUZ DA TEORIA ROGERIANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro

MANAUS

2016

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

N518d Neves, Larissa Gabriela Lins
A dimensão do ser-homem na vivência do câncer de próstata:
possibilidades à luz da teoria rogeriana / Larissa Gabriela Lins
Neves. 2016
106 f.: 31 cm.

Orientador: Ewerton Helder Bentes de Castro
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e
Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Homem. 2. Câncer. 3. Rogers. 4. Tendência Atualizante. 5.
Fenomenologia. I. Castro, Ewerton Helder Bentes de II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

LARISSA GABRIELA LINS NEVES

**A DIMENSÃO DO SER-HOMEM NA VIVÊNCIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA:
POSSIBILIDADES À LUZ DA TEORIA ROGERIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro

Universidade Federal do Amazonas

Assinatura _____

Profa. Dra. Lídia Rochedo Ferraz

Universidade Federal do Amazonas

Assinatura _____

Profa. Dra. Joelma Ana Gutiérrez Espíndula

Universidade Federal de Roraima

Assinatura _____

Dedico este trabalho a todas as pessoas acometidas pelo câncer, as quais travam diariamente a árdua batalha contra o sofrimento físico e emocional, reerguendo-se a cada amanhecer na esperança de que o hoje seja melhor do que ontem.

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus pela concessão de oportunidades, através das quais eu tive a chance de cursar um mestrado.

À minha mãe, que se doa em prol de suas filhas e é exemplo de quem persiste no alcance de seus objetivos.

À minha irmã, que representa uma segunda mãe para mim.

Ao meu orientador Ewerton Helder Bentes de Castro, que não poda as singularidades e capacidades de cada discente.

Aos senhores participantes desta pesquisa, que confiaram em mim e dispuseram de alguns minutos de suas vidas para proferir a matéria-prima deste trabalho.

À equipe da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas, em especial o setor de psicologia, que me acolheu e permitiu que eu realizasse esta pesquisa com todo o apoio da psicóloga da referida instituição.

À Faculdade de Psicologia/UFAM, que se dedica em oferecer o ensino da psicologia aos graduandos e pós-graduandos.

Aos meus colegas da Universidade do Estado do Amazonas, que me incentivaram e me apoiaram no decorrer desta pós-graduação.

Aos meus companheiros de trabalho do Conselho Regional de Psicologia, que, em pouco tempo de convivência, vibram pelo sucesso de minha trajetória nesta empreitada.

Aos diversos amigos que tenho o privilégio de caminhar ao lado durante a vida e que me oferecem companheirismo e confiança.

Tente.

Levante sua mão sedenta e recomece a andar.

Não pense que a cabeça aguenta se você parar.

(...)

Queira.

Basta ser sincero e desejar profundo.

Você será capaz de sacudir o mundo.

Tente outra vez.

(SEIXAS; COELHO, 1975)

RESUMO

NEVES, L.G.L. **A dimensão do ser-homem na vivência do câncer de próstata: possibilidades à luz da teoria rogeriana.** Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Manaus, 2016.

O câncer é um dos problemas atuais de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. No caso do câncer de próstata, os dados epidemiológicos informam que há um crescimento significativo no Brasil. Com isso, buscou-se compreender neste trabalho, através do discurso, a vivência do ser-homem com câncer de próstata, mediante a teoria de Carl Rogers. Esta pesquisa é de natureza qualitativa e foi desenvolvida de acordo com os preceitos do método fenomenológico, o qual busca captar a essência do fenômeno experienciado. Os participantes foram cinco homens na faixa etária entre cinquenta e setenta anos, pacientes do ambulatório de urologia na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas. A obtenção dos dados foi realizada através de entrevistas fenomenológicas individuais em torno das experiências vividas com a doença. As sessões foram áudio gravadas e transcritas. A análise de dados foi elaborada de acordo com as orientações de Martins e Bicudo, buscou-se a convergência das unidades de significado, que foram transformadas em categorias temáticas e contribuíram para a síntese e análise compreensivas do ser-homem-com-câncer-de-próstata. Os dados transcritos e analisados revelaram que a chance de obter relatos amazônicos trouxe o privilégio de ultrapassar o conhecimento dos temores generalizados sobre esta doença; o receio de não continuar trabalhando foi muito mais presente do que o medo da impotência sexual; a lamentação deu lugar à autoestima e persistência. Foi visto que o conhecimento apurado do quadro de saúde pelo paciente é peça essencial para que sejam obedecidas as recomendações médicas. Viu-se também que a escassez de recursos econômicos significa um impedimento à rápida resolutividade de seus dilemas. Com isto, teve-se a oportunidade de conhecer e propor estratégias fundamentadas na congruência, aceitação positiva incondicional e empatia, que possibilitam a tendência atualizante, capaz de transpor as barreiras encontradas por senhores no estado do Amazonas convivendo com o câncer de próstata.

PALAVRAS-CHAVE: Homem, Câncer, Rogers, Tendência Atualizante, Fenomenologia.

ABSTRACT

NEVES, L.G.L. **The dimension of being-man in the experience of prostate cancer: possibilities in the light of Rogerian theory.** Dissertation (Master's Degree) Federal University of Amazonas – UFAM, Manaus, 2016.

Cancer is one of the most complex and current public health problems that the Brazilian health system faces, because of their epidemiological, social and economic magnitude. In the case of the prostate cancer, epidemiological data report that there is a significant growth in Brazil. This study's goal was to understand, by speech, the experience of being-man with prostate cancer, by Carl Rogers's theory. This research is qualitative and it was developed according to the precepts of the phenomenological method, which aims to capture the essence of the experienced phenomenon. Participants were five men aged between fifty and seventy years, patients of urology of the Amazon Oncology Control Center Foundation. The data collection was conducted through individual phenomenological interviews around the experiences with the disease. The sessions were audio recorded and transcribed. The data analysis was made in accordance with the guidelines of Martins and Bicudo, the convergence of meaning units were sought, which were transformed into thematic categories and they contributed to the synthesis and comprehensive analysis of being-man-with-prostate-cancer. The transcribed and analyzed data revealed that the chance to get Amazon reports brought the privilege of overcome the generalized tremors about this disease; the fear of not continue working was much more present than the fear of sexual impotence; the mourning gave way to self-esteem and persistence. It was seen that the accurate knowledge of the health situation by the patient is essential piece to be followed medical recommendations. It was seen also that the lack of economic resources means an impediment to quick solution to their dilemmas. Thereby, there is the opportunity to meet and propose strategies based on congruence, unconditional positive acceptance and empathy, that enable the actualizing tendency, able to overcome the barriers encountered by seniors of Amazonas coexisting with prostate cancer.

KEYWORDS: Man, Cancer, Rogers, Actualizing Tendency, Phenomenology.

LISTA DE SIGLAS

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAIMI – Centro de Atenção Integral à Melhor Idade

CECON – Centro de Oncologia

DNA – *Desoxyribunucleic Acid*

FCECON/AM – Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPGPSI – Programa de Pós-Graduação em Psicologia

PSA – *Prostate Specific Antigen*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Dados das entrevistas e participantes

Quadro 2: Categorias e Subcategorias de Análise

SUMÁRIO

PRÉ-REFLEXIVO	12
1. REVISÃO DE LITERATURA	15
1.1. O SUS e a promoção de saúde	15
1.1.2. <i>Saúde do homem: Ações e Políticas</i>	18
1.2. O Câncer	19
1.2.1. <i>O câncer de próstata</i>	21
1.3. A Fenomenologia: seu sentido na pesquisa	24
1.3.1. <i>Ser-homem-com-câncer-de-próstata</i>	25
1.4. A Psicologia Humanista e a Abordagem Centrada na Pessoa	26
2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	30
2.1. Os trâmites de autorização para realização da pesquisa	30
2.2. O Local de Pesquisa	31
2.3. Rotinas e Etapas para Obtenção dos Dados	31
2.3.1. <i>Os critérios de inclusão e exclusão</i>	34
2.3.2. <i>Informações sobre os participantes</i>	35
2.4. Construção e Compreensão dos Resultados	35
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
3.1. Categorias de Análise	37
3.1.1. <i>O que vejo em mim e me faz prosseguir</i>	37
3.1.2. <i>Eu e o Outro na unidade hospitalar: a relação de cuidado</i>	41
3.1.2.1. <i>A equipe de saúde: aprendizagem e confiança</i>	41
3.1.2.2. <i>O desespero vencendo a boa comunicação</i>	44
3.1.3. <i>O ser-com-a-família</i>	46
3.1.4. <i>E o ser é lançado no mundo</i>	49
3.1.5. <i>O cuidar de si</i>	52

3.1.5.1.	<i>E a prevenção?</i>	52
3.1.5.2.	<i>Autocuidado amazônico</i>	55
3.1.6.	<i>Meu corpo sofre, minha mente também</i>	57
3.1.7.	<i>Há um Ser Superior</i>	60
3.2.	Síntese Compreensiva	63
3.3.	Análise Compreensiva a partir da teoria rogeriana	67
3.3.1.	<i>A Congruência</i>	67
3.3.2.	<i>A Aceitação Positiva Incondicional</i>	72
3.3.3.	<i>A Empatia</i>	78
3.3.4.	<i>A Tendência Atualizante</i>	82
3.4.	A teoria rogeriana e as demandas dos serviços em saúde	82
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
5.	REFERÊNCIAS	88
	ANEXOS	96
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ CIENTÍFICO DA FUNDAÇÃO CECON	96
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	97
	APÊNDICES	101
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	103

PRÉ-REFLEXIVO

Conceituo o fenomenólogo como um ser sensível, que considera essencial expor seus sentimentos, suas alegrias e angústias, e que é isto que o impulsiona a agir na pesquisa. É a partir do sentimento que ele é motivado a produzir sua forma de cientificidade.

Antes mesmo de me apresentar, sinto a necessidade de explicar a utilidade deste tópico denominado “Pré-reflexivo” incluso nesta dissertação. O nome pré-reflexivo indica algo que vem antes do pensar, ou seja, é o sentir precedente. Estas linhas e as próximas presentes neste primeiro tópico não possuem nenhuma obrigatoriedade em trazer citações de outros autores, pois são as minhas opiniões relativas à delimitação deste tema e que foram a propulsão para a escolha.

Em todo o meu processo de crescimento como estudante da fenomenologia, percebi nas pessoas bastante falta de entendimento sobre a configuração da mesma no que tange a caracterizar-se como mais pessoal e próxima do que se comparada a uma abordagem mais formal e padronizada.

E então eu me pergunto: “Por que falar em primeira pessoa ainda incomoda muitos cientistas?”, “Por que é um absurdo deixar claro que muitas situações não estão controláveis e que, portanto, não se tem objetivos específicos definidos previamente?”. A proximidade assusta, o contato com o mais íntimo ainda é desesperador, o medo de não ter o controle sobre tudo ainda apavora (e sinto dizer, não temos e nem teremos o controle sobre tudo. Apesar de assustador, isto é, paradoxalmente, um bom fato sobre a vida).

Portanto, se você, leitor deste trabalho, não havia tido contato com a fenomenologia, entrego de antemão um valioso conselho: nas próximas linhas, permita-se desprender de padrões que te aprisionam (você pode até nem mesmo considerar que eles te aprisionam, mas mesmo assim, mude por uns instantes sua perspectiva mais formal), mergulhe na sensibilidade e o convido a ter um movimento de ser-com-a-pesquisadora no decorrer desta leitura. Antecipadamente, agradeço a disponibilidade.

Posso dizer que a cada dia aprendo mais a ser autêntica e congruente (conceitos de Heidegger e Rogers, respectivamente, e que, resumidamente, significam ser verdadeiro, transparente em relação aos seus sentimentos e pensamentos). Tenho lições diárias que me ensinam a lançar-me ao mundo sendo eu mesma, pois as experiências ensinam a não se esconder por trás de um escudo por medo da inaceitação ou discordância alheia, mas ao mesmo tempo deve-se saber dosar esta atitude de forma a não ferir a subjetividade do outro. Isso é ser congruente, é ser autêntico. E sinceramente me sinto muito feliz com esse

aprendizado crescente e constante em minha existência.

Em relação ao meu processo de aprofundamento no interesse pela Psicologia da Saúde, posso dizer que este foi sendo delineado desde os estágios acadêmicos durante o período da graduação na Universidade Federal do Amazonas. Em 2013, tive a oportunidade de obter conhecimento prático em uma maternidade pública na cidade de Manaus. As informações absorvidas culminaram na elaboração de meu trabalho de conclusão de curso. Tive a oportunidade de compreender, sob a luz da teoria heideggeriana, o ser-doente-com-o-filho, ou seja, a vivência de mulheres em uma internação hospitalar por conta de um quadro clínico gestacional. Senti uma satisfação enorme em perceber que havia formas de ser saudável em situações aparentemente tão desfavoráveis e eram as próprias gestantes que me ensinavam quais eram estas maneiras. Foi minha primeira pesquisa neste âmbito e desde então, percebi que esta era a área da psicologia com a qual eu mais sentia identificação e que me proporcionava a motivação suficiente para continuar realizando investigações científicas neste contexto da saúde.

Em 2014, ao me candidatar ao ingresso no curso de mestrado, não hesitei em definir como linha de pesquisa os processos psicológicos da saúde. Nesta época, eu já havia também feito a decisão de que meu projeto de pesquisa, caso conseguisse a vaga, seria voltado para o estudo do câncer. Isto porque participava frequentemente do grupo de estudos em Fenomenologia Existencial do Professor Ewerton Castro, no qual estávamos constantemente discutindo sobre a possibilidade da intervenção da Psicologia Fenomenológico-Existencial em um contexto de processo de adoecimento como AIDS ou câncer.

Complementarmente a isto, posso também afirmar que havia em mim uma inquietação relacionada especificamente ao autocuidado masculino, pois notei que havia muitas campanhas voltadas aos cânceres femininos. Friso que não diminuo a importância destas ações, mas senti que eu poderia contribuir um pouco mais com uma pesquisa ao público masculino. Portanto, escolhi pesquisar o diagnóstico de câncer de próstata, já que através de buscas de índices e estatísticas, descobri que é o câncer masculino de maior incidência no estado do Amazonas.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender, através do discurso, a vivência do ser-homem com câncer de próstata, mediante a teoria de Carl Rogers. E a partir disto, buscar contribuir com a sugestão de estratégias psicológicas de acompanhamento adequadas ao público em questão.

A proposta em inserir a teoria de Carl Rogers para compreender vivências de ser-doente me veio à mente quando tomei consciência de que os conceitos rogerianos poderiam

ser muito úteis à relação do paciente hospitalar consigo mesmo, com a família e com a equipe profissional de saúde. Deixei como ponto central a tendência atualizante, pois entendo que esta é fundamental para o enfrentamento de qualquer situação durante a vida. Como facilitadores desta manifestação, tive que captar os momentos de congruência, empatia e aceitação positiva incondicional, bem como os de ausência destes. E, de fato, após a obtenção dos dados da pesquisa, pude observar o quanto é relevante a inserção das ideias de Carl Rogers em um sistema de saúde e, mais ainda, o quanto as características do ser-amazônida devem ser respeitadas e inclusas na compreensão de um paciente.

Rogers utiliza em seu vocabulário o termo “cliente” no lugar de “paciente”. No entanto, nesta pesquisa será mantido o termo “paciente”, pois em um hospital as pessoas atendidas são comumente chamadas desta forma e, além do mais, irei me referir a pessoas que não estão sendo acolhidas na terapia rogeriana. Apesar disto, almejo que a abertura de novas ideias trazidas nesta dissertação altere a concepção do termo “paciente” para um sentido de maior responsabilização e protagonismo, afinal, quem dá sentido aos elementos da vida (dentre eles, as palavras) somos nós.

Com a conclusão da compreensão dos dados deste trabalho, confesso que me senti bastante realizada com o que fiz. Esta dissertação representa todo o meu percurso como mestranda da Universidade Federal do Amazonas. A gratidão também é um sentimento presente, pois nada disto teria acontecido se não fosse o apoio dos pacientes que se propuseram a participar das entrevistas, da psicóloga e estagiários da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON/AM), bem como de meu orientador de pesquisa. Pude compreender de perto as vivências de homens com câncer de próstata inseridos em uma cultura amazônica e à mercê do atendimento público de saúde, sendo este em alguns casos uma importantíssima fonte de aceitação positiva incondicional e em outros casos totalmente o oposto; o que nos faz observar que, como a fenomenologia indica, as vivências geram sensações e sentimentos únicos, irrepetíveis e intransferíveis.

A estrutura de apresentação dividiu-se a partir dos seguintes capítulos: revisão de literatura, trajetória metodológica, resultados e discussão (categorias de análise, síntese compreensiva e análise compreensiva a partir da teoria rogeriana) e considerações finais, os quais seguirão no decorrer destas laudas.

Por fim, peço que não se esqueça do convite que lhe foi feito nos primeiros parágrafos deste pré-reflexivo e desejo uma boa leitura!

1. REVISÃO DE LITERATURA

O presente estudo envolve o diálogo das Políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), o câncer, a fenomenologia e a psicologia humanista de Carl Rogers. Por isso, torna-se primordial que estejam apresentados os principais tópicos que compõem esta delimitação de tema.

1.1. O SUS e a promoção de saúde

O histórico da promoção de saúde no Brasil é reflexo de uma mobilização mundial, que se estendeu a um engajamento em pensar em novas estratégias que possibilitassem o acesso à saúde por todos.

Brasil (2002a), ao realizar uma importante revisão das Conferências já realizadas, relata que a Carta de Ottawa, apresentada na I Conferência Internacional sobre promoção da saúde, defende tal promoção como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida, assim como apoia a capacitação da comunidade nesse processo, salientando que isto não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas sim de todos, em direção ao bem-estar global.

Dando seguimento a este contexto, Mendes (2006) reúne informações relativas aos outros encontros. Na II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, na Austrália, o tema central era “Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis”, ressaltando a importância das Políticas voltadas para a saúde e as principais alternativas mantiveram a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa. As estratégias para a ação em prol de Políticas Públicas voltadas para a saúde foram estabelecidas no documento denominado Declaração de Adelaide.

De acordo com Brasil (2002a), as Conferências persistiam nos mesmos intuítos, culminando na elaboração de outros documentos essenciais à história da promoção de saúde, são eles: Declaração de Sundsvall, com o foco na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde; Declaração de Jacarta, oferecendo uma reflexão sobre os determinantes da saúde para produzir estratégias de enfrentamento no século XXI; Declaração do México, em que ressaltou a persistência de problemas que exigiam à Saúde Pública uma solução urgente; a Carta de Bangkok, que defendeu como requisito do desenvolvimento global as políticas e alianças capazes de capacitar as comunidades para a melhoria social; bem como a Rede de Megapaíses para promoção da saúde, a qual foi idealizada pela Organização Mundial da Saúde, mediante o reconhecimento da necessidade da formação de uma aliança entre os

países mais populosos na busca de soluções para a promoção da saúde. Outros encontros aconteceram em Bogotá, no Caribe, em São Paulo e em Buenos Aires.

Através das Declarações e Cartas elaboradas, ajuda-se a moldar o que vem a ser o Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, o Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

Nessa direção:

O desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010)

Ao considerar o Pacto pela Saúde, que possui como componentes os Pactos citados no parágrafo anterior, publica-se a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, a qual aprova a Política de Promoção de Saúde e divulga o endereço eletrônico para consulta pública. (BRASIL, 2006)

Na mesma perspectiva da cartilha disponibilizada pelo Ministério da Saúde, Carvalho e Westphal (2007) frisam que uma análise de processo saúde-adoecimento possibilita ver que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas.

Neste sentido, Sícoli e Nascimento (2006) mencionam que na própria base do processo de criação do SUS, encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar Políticas Públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Assim, é indiscutível que o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

Brasil (2010) define que no SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento

básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

Contribuindo nesta ótica, Mendes (2006) reflete que, tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida.

Trabalhar problemas humanos dentro de divisões e compartimentos é improdutivo, uma vez que a vida não é separada desta forma, tudo acontece em um único devir, o qual é instantâneo e composto, sendo justamente por isso que a ideia da Política Nacional de Promoção de Saúde é extrapolar os muros das unidades de saúde, uma vez que a vida acontece fora dali também. Fazer isto não é tarefa fácil, e é por isso que há planejamento com objetivos definidos.

Perante Brasil (2010), o objetivo geral da Política Nacional de Promoção de Saúde é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Tem-se como objetivos específicos a ênfase na atenção básica, a autonomia dos sujeitos, uma concepção ampliada de saúde, aumento da resolubilidade do Sistema, a otimização do uso dos espaços públicos para a promoção da saúde, a preservação do meio ambiente, a integração, o desenvolvimento da cultura e a intersetorialidade.

Pode-se notar que a atenção básica foi citada como objetivo a se dar destaque. De fato, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL,2011), deve formar uma díade eficaz com a Política Nacional de Promoção de Saúde. Isto porque:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012a).

Enfim, somente será possível o acesso a serviços de saúde com qualidade e resolutivos, se houver de fato uma porta de entrada aberta da atenção básica unida ao empoderamento e corresponsabilização dos usuários na atividade de promoção de saúde.

1.1.2. Saúde do homem: Ações e Políticas

Dinamicamente, há sempre questões complexas envolvendo a sociedade, como por exemplo, a diversidade sexual e as novas configurações das possíveis formações de modelos familiares. Tudo isto afeta diretamente os planejamentos de Políticas Públicas, as quais devem possuir consonância com o panorama social atual.

Com isso, o Ministério da Saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos – não era mais suficiente para tornar o país saudável, principalmente por deixar de fora 27% da população: os homens de 20 a 59 anos de idade (BRASIL, 2009a). Desta forma, estabelece-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, através da Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. (BRASIL, 2009b)

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) revelam que os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. É, portanto, fundamental dar voz aos próprios homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde.

Sendo estes, em sua maioria, avessos à prevenção e ao autocuidado, Brasil (2009a) indica ser comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças.

É válido notar que as causas desta baixa procura não possuem correlação com grau de instrução ou nível de escolaridade, pois Albano, Basílio e Neves (2010) apontam que os homens que têm curso superior têm uma maior capacidade de problematização do tema, tendo ideias corretas, entretanto não colocando em prática este conhecimento.

Um dos fatores mais utilizados como justificativa são o horário de funcionamento das unidades de saúde, que não são compatíveis com suas folgas do horário de trabalho. Porém, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Nos estudos de Albano, Basílio e Neves (2010), foi visto que a demanda dos homens nos serviços limita-se a ações de cunho curativo a partir de alguma doença já instalada como diabetes ou hipertensão. Essa resistência não está associada apenas às condições sociais, intelectuais ou econômicas e sim a uma cultura em que os homens são educados como seres fortes e resistentes quando comparados ao gênero feminino.

Corroborando com estes resultados, Welzer-Lang (2006) ressalta que ainda há, apesar das mudanças, uma concepção prevalente de uma masculinidade hegemônica. Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres ainda são educadas para desempenhar e se responsabilizar por esta função de forma exclusiva.

Desta forma, mediante estudos sociodemográficos, fez-se um perfil diagnóstico da atual sociedade masculina brasileira, chegando à conclusão de que era essencial incluir na Política assuntos peculiares que, conforme Brasil (2009a), são: violência, população privada de liberdade, alcoolismo, tabagismo, deficiências físicas e/ou cognitivas, adolescência, velhice, direitos sexuais e reprodutivos, assim como os indicadores de mortalidade e morbidade (causas externas, tendo como principal os acidentes automobilísticos; tumores e outras).

Esta Política coloca o Brasil na frente das ações voltadas para a saúde do homem, que se classifica como o primeiro da América Latina e o segundo do continente americano a programar uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual está inserida no contexto do Programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de desenvolvimento focalizado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro. (JULIÃO; WEIGELT, 2011)

A intenção central desta Política Nacional é mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia do direito social à saúde, tornando os homens protagonistas de demandas que consolidem seus direitos de cidadania (BRASIL, 2009a).

Nota-se que, ao trazer o protagonismo de demandas também aos homens, alcança-se para mais este público a efetividade da porta de entrada através da Atenção Básica (BRASIL, 2012a), produzindo a interligação de Políticas de uma forma exemplar e ideal.

1.2. O Câncer

Neste contexto de saúde pública e a partir de informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2011), o câncer é um dos problemas atuais de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido.

O INCA (2016) esclarece que este é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Sobre a

origem da palavra, segundo o INCA (2011), câncer vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo e o termo foi utilizado pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. Pode-se considerar que não é uma doença nova, pois foi detectada em múmias egípcias há mais de 3 mil anos antes de Cristo.

Sobre o processo de surgimento do câncer no organismo humano, tem-se que:

Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA (ácido desoxirribonucleico) dos genes. É o que se chama mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, estes genes transformam-se em oncogenes, responsáveis pelo processo de malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são as denominadas cancerosas. (INCA, 2016)

Conforme o INCA (2011), o crescimento não controlado de células (neoplasias) são, na prática, os denominados tumores. Estes podem ser benignos ou malignos, em que o câncer está enquadrado nesta última classificação.

Os tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Já, os tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases (BRASIL, 2015).

Sobre as causas da doença, o INCA (2016) afirma que 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. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

Por fim, para concluir o entendimento fisiológico básico do câncer, é importante mencionar que, de acordo com Brasil (2015), o corpo humano possui diferentes tipos de células que formam os tecidos e o nome dado aos tumores depende do tipo de tecido que lhes deu origem. Desta forma, há os carcinomas, originados dos epitélios de revestimento externo e interno; os sarcomas, originados dos tecidos conjuntivos; assim como há exceções quando se utiliza o nome do cientista que o descreveu pela primeira vez.

Sendo assim, no âmbito da saúde pública, torna-se essencial a publicação de Portarias que estabeleçam diretrizes para lidar com estas demandas. Alguns exemplos importantes são:

Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, na qual fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013a), assim como a Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, em que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

Além disto, vale destacar que antes da década de 90 já havia ações voltadas para ampliar o conhecimento da população sobre o tratamento e, principalmente, sobre a prevenção da doença. (INCA, 2005) A Portaria do Ministério da Saúde nº 707, de dezembro de 1988 (BRASIL, 1988) instituiu todo dia 27 de novembro como o Dia Nacional de Combate ao Câncer, tendo a finalidade de mobilizar a população quanto aos aspectos educativos e sociais no controle do câncer. Com a mesma intenção, mais recentemente foi instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o Dia Mundial de Combate ao Câncer com a data de 08 de abril.

De fato, faz-se primordial a divulgação de informações sobre a doença, uma vez que não é somente o paciente que sofre com diversas mudanças em sua rotina, mas também o grupo familiar acompanhante. A partir de Franco (2008), sabe-se que as alterações na dinâmica familiar iniciam-se na fase pré-diagnóstica, quando do princípio dos sintomas, perpassam por todo o adoecimento e podem continuar após a morte ou cura da pessoa doente.

Portanto, compreender como a família se organiza para lidar com uma doença como o câncer pode favorecer a elaboração de estratégias (MELO; BARROS, 2012) que também venham a proporcionar, juntamente com as Políticas já existentes, um suporte adequado à pessoa doente.

1.2.1. O câncer de próstata

Trazendo informações mais específicas ao foco desta pesquisa, o câncer de próstata é também chamado de adenocarcinoma de próstata. Segundo Brasil (2002b), esta neoplasia é assim denominada, pois adenocarcinoma é o mesmo que tumor maligno de um epitélio glandular.

Sobre a próstata, de acordo com Tonon e Schoffen (2009), esta é uma pequena glândula localizada na pelve masculina, cujo peso normal é aproximadamente 20g. Srougi (2007) complementa que ela é responsável em produzir 40% a 50% dos fluidos que

constituem o sêmen ou esperma, tendo uma função biológica importante na fase reprodutora do homem, conferindo proteção e nutrientes fundamentais à sobrevivência dos espermatozoides.

Os dados epidemiológicos relativos ao adenocarcinoma prostático indicam que há um crescimento significativo:

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida (INCA, 2016).

O INCA (2013) também informa que a estimativa de novos casos no país até o final do ano de 2016 é de 61.200, tendo 13.772 mortes por câncer de próstata confirmadas em 2013.

Desta forma, são imprescindíveis estratégias de prevenção e detecção precoce em homens com idade igual ou superior a 50 anos. Martins e Monti (2006) ressaltam os dois exames essenciais: de toque retal e de medição do PSA (*Prostate Specific Antigen*, em português significa Antígeno Prostático Específico).

O toque retal é o teste mais utilizado, apesar de suas limitações, uma vez que somente as porções posterior e lateral da próstata podem ser palpadas através da parede retal para procurar elevações ou áreas anormais, deixando de 40% a 50% dos tumores fora do seu alcance (BRASIL, 2002b).

Sobre o exame de medição do PSA, Martins e Monti (2006) ressaltam que o antígeno prostático específico é uma proteína produzida pelas células da glândula prostática e o teste de PSA mede os níveis desta proteína no sangue. Segundo Brasil (2002b), não há um valor específico para se dizer que um nível de PSA é normal ou anormal. Contudo, quanto maior o nível de PSA, maior é a necessidade de uma avaliação mais apurada como estratégia de detecção precoce. Sendo assim, a faixa de 2,6 a 9,9 ng/ml são os valores mais saudavelmente aceitáveis.

Acerca do diagnóstico, Corrêa e Bendhack (2006) informam que é realizado um estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata, sendo esta última coletada quando há anormalidades no exame de toque retal ou de dosagem do PSA.

A partir da detecção de um tumor maligno através da biópsia, gradua-se de 1 a 5, tendo como comparação as células prostáticas normais, em que o número aumenta à medida

em que se diferencia (SOUZA; SABANEEFF, 2006). A graduação do tumor também é diretamente proporcional à agressividade do mesmo e ao risco de rapidez de sua disseminação.

A linguagem científica médica utiliza a classificação de *Gleason* para mensurar a gravidade do adenocarcinoma prostático, que varia de 2 a 10 (BRASIL, 2002b). Para se obter este escore total, o patologista gradua de 1 a 5 as duas áreas mais frequentes do tumor e soma os resultados. Quanto mais baixo o escore de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente (CORRÊA; BENDHACK, 2006).

Brasil (2002b) enfatiza que o tratamento do câncer de próstata deve ser individualizado para cada paciente levando-se em conta a idade, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida, os anseios do paciente e os recursos técnicos disponíveis.

Assim, entende-se que dentre as opções para o tratamento da doença localizada incluem-se a cirurgia radical, a radioterapia e a observação vigilante (NADALIN; VAZ, 2006). Já, para a doença localmente avançada, o tratamento monoterápico é geralmente ineficaz e as melhores opções incluem uma combinação de bloqueio hormonal e cirurgia radical ou radioterapia externa ou também cirurgia radical seguida de radioterapia (SOUZA; SABANEEFF, 2006).

Em casos mais gravemente avançados, como é o caso da doença metastática, a cura é improvável e o tratamento está baseado na supressão androgênica (CORRÊA; BENDHACK, 2006). E, na situação de refratariedade a todas as formas de bloqueio androgênico, o resultado final em determinado tempo é a morte. Felizmente, nos últimos anos, observou-se também um avanço nos conceitos sobre Medicina Paliativa, através da qual se promove o bem-estar do paciente, dignificando-lhe a fase terminal da doença (NADALIN; VAZ, 2006).

Ao observar todas estas informações sobre o curso da doença assim como seus dados epidemiológicos, percebe-se o motivo do Ministério da Saúde ter instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata, o qual segue em continuidade à implementação da Política de Prevenção e Controle do Câncer, bem como em cumprimento à Lei 10.289, de 20 de setembro de 2001 (BRASIL, 2002b).

Tendo conhecimento desta dimensão, faz-se necessária a atenção psicológica a estes homens convivendo com câncer de próstata. Segundo Lintz (2007), os temores mais frequentes em pacientes com este diagnóstico relacionam-se com a disseminação da doença e com as mudanças na sensibilidade sexual. Em contrapartida, conforme Moscheta e Santos (2012), a família e a rede de apoio social existente previamente ao aparecimento da doença,

são destacados como as principais fontes de apoio. Estes contextos relacionais auxiliam o paciente a se adaptar aos rigores do tratamento, reduzem o estresse, favorecem o incremento da qualidade de vida e até mesmo contribuem no prolongamento da sobrevivência (GARDINER, 2008).

Com isso, é interessante alinhar os conceitos de ser-doente, ser-com-a-família, ser-homem-com-câncer-de-próstata a partir de uma compreensão fenomenológica.

1.3. A Fenomenologia: seu sentido na pesquisa

A denominação fenomenologia provém da palavra de origem grega *phainomenon* significando aquilo que se mostra a partir de si mesmo e *logos* quer dizer ciência ou estudo (MOREIRA, 2006).

Mediante o interesse neste estudo, Edmund Husserl foi um matemático e filósofo alemão que estabeleceu a escola da fenomenologia e rompeu com a orientação positivista da ciência e da filosofia de sua época (SOKOLOWSKI, 2007).

Ao ter como ponto de partida a ideia de que não há exatidão nos fenômenos humanos, Husserl reconhece que os mesmos são imprecisos e não podem jamais ser assegurados por dependerem de uma experiência sempre imperfeita (DARTIGUES, 2006).

Giorgi e Sousa (2010) mostram que Husserl, diante de suas percepções perante a vivência no mundo, indica ser necessário ir ao princípio dos princípios, o que chamou de “voltar às coisas mesmas”. É a partir disto que a fenomenologia realiza suas compreensões.

Para voltar às coisas mesmas, Husserl (1986) recorreu à noção fundamental de intencionalidade. Esta é a consciência sendo sempre consciência de alguma coisa, só é consciência se estiver dirigida a um objeto e este último é sempre objeto-para-um-sujeito.

Foi assim que a fenomenologia propôs um novo paradigma para a Psicologia, isto é, uma nova forma de compreender o homem (BARRETO; MORATO; CALDAS, 2013). A psicologia fenomenológica adentra a partir de uma atitude compreensiva na tentativa de estudar em paralelo o objeto, a subjetividade do ato de consciência que se dirige a esse mesmo objeto, bem como o sentido atribuído a partir da experiência vivida (GIORGI; SOUSA, 2010). Portanto, o foco da análise fenomenológica é a experiência imediata do ser e a forma como os objetos se presentificam na consciência.

Por isto, Forghieri (2011) alerta que na relação com o paciente (podendo este ser hospitalar), é primordial realizar tal análise intencional, que conduz à redução fenomenológica. Sendo, portanto, uma colocação entre parênteses da realidade de quem

atende para um aprofundamento na realidade daquele que ali recebe o atendimento.

Torna-se essencial compreender o existir imediato da experiência, pois este é verdadeiro, genuíno. Para Feijoo (2007), o existir cotidiano imediato é vivenciado como uma totalidade que integra todos os seus aspectos complexos e contrastantes, enquanto o processo racional de teorização é parcial, delimitador.

Para tanto, deve-se conhecer o conjunto de relações significativas dentro do qual a pessoa existe, o chamado “mundo”, que é vivenciado como uma totalidade, mas é composto de três aspectos simultâneos:

O mundo circundante consiste no relacionamento da pessoa com o que costumamos denominar de ambiente, caracteriza-se pelo determinismo e por isso a adaptação é o modo mais apropriado do homem relacionar-se a ele. O mundo humano refere-se ao encontro e convivência da pessoa com seus semelhantes. Por fim, o mundo próprio caracteriza-se pela significação que as experiências têm para a pessoa, e pelo conhecimento de si e do mundo; sua função peculiar é o pensamento (FORGHIERI, 2011).

Diante deste conhecimento de base, apresenta-se o ser-homem na experiência do câncer de próstata, tendo em seguida a Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers, a qual foi extremamente útil para o processo de compreensão e discussão dos dados obtidos. Será explanada também a interligação desta abordagem com o saber fenomenológico.

1.3.1. *Ser-homem-com-câncer-de-próstata*

Conforme os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSus), do Ministério da Saúde, no quinquênio 2011-2015, 751 pessoas tiveram câncer de próstata no Estado do Amazonas, 604 morreram no período. De janeiro a agosto de 2015, 57 novos casos foram confirmados. Complementando estes dados, o INCA (2015) publicou uma estimativa do número de casos novos de câncer de próstata para o ano de 2016 no Amazonas, taxando em 520.

Portanto, vê-se a conveniência de estudos relacionados a esta neoplasia no território amazonense, os quais possam contribuir com o refinamento de conhecimentos. No que tange à pesquisa psicológica, esta é capaz de auxiliar a relação entre equipe profissional e paciente, bem como do paciente consigo mesmo, primando pela saúde emocional.

A partir de Vieira e Araújo (2012), considera-se que os homens são mais suscetíveis

aos efeitos negativos de doenças, uma vez que são socializados de modos diferentes, não desenvolvendo a mesma expansão de habilidades e de enfrentamentos em relação à realidade vivida. Apesar dos achados científicos, é importante compreender que se trata de generalizações e o que é imprescindível é resgatar em cada caso como o paciente apreende os sentidos que aquela experiência de ser-doente proporciona.

A pesquisa de Moscheta e Santos (2012) comparou as motivações de homens com câncer de próstata e de mulheres com câncer de mama para participar de grupos de apoio, estes notaram que os homens tendem a enfatizar a dimensão informativa do grupo, enquanto que as mulheres destacam o aspecto afetivo das interações estabelecidas. Quanto aos temas abordados nos dois grupos, os autores constataram que os homens têm mais facilidade para abordar questões ligadas à sexualidade, enquanto que as mulheres demonstram maior necessidade em falar da morte. Eles puderam confirmar que o ser-homem na cultura ocidental ainda não cede espaço para confrontar a perspectiva concreta da morte e ainda trata a atividade sexual como principal parâmetro para avaliar sua masculinidade.

No trabalho de Macedo (2008), foi visto que as implicações físicas e psíquicas do tratamento do câncer de próstata puderam representar um momento de ressignificação das expectativas e metas de vida, pois muitos passaram a revalorizar a família e seus relacionamentos afetivos e sexuais, segundo a percepção deles mesmos.

Almeida e Rezende (2010), ao investigarem sobre a atuação dos profissionais de saúde na área oncológica, apontaram que a tendência é a preocupação única com o paciente, deixando o seu cuidador às margens das ações de saúde. No entanto, também é necessário permitir o desabafo dos medos e ansiedades dos cuidadores, uma vez que o ato de cuidar representa um novo projeto existencial na vida destas pessoas.

Tendo como base que as relações humanas são construídas na intersubjetividade, compreender o ser-homem-com-câncer-de-próstata é também olhar para si mesmo, é perceber-se sendo no mundo como pesquisador, estudante ou profissional da área oncológica e dar-se conta que a sua conduta perante a experiência do outro sendo-doente influencia na formação de novos sentidos e significados.

1.4. A Psicologia Humanista e a Abordagem Centrada na Pessoa

Segundo Castañon (2007), dentre as abordagens psicológicas, a Psicologia Humanista norte-americana surgiu na década de 1950 e adquiriu maior sustentação nos anos de 1960 a 1970, apresentando-se como uma terceira força capaz de fazer frente ao que julgava ser uma

desumanização determinista da imagem de ser humano promovida pelo Behaviorismo e pela Psicanálise.

Isto porque o Behaviorismo trazia o enfoque de sua teoria para o comportamento moldado a partir de contingências ambientais e a Psicanálise indicava uma tendência de atitudes guiadas a partir do inconsciente (SOUZA, 2008), o que os Humanistas consideravam como pressupostos deterministas, limitadores e que não respeitavam o alto nível humano de liberdade, criatividade e pró-atividade, que, segundo eles, são fatores inerentes aos seres humanos por estarem em uma busca natural pelo crescimento (CAPELO, 2006).

De acordo com Bezerra e Bezerra (2012), é importante lembrar que atualmente não há um radicalismo de teorias, mas há a cautela de não serem perdidas as características centrais e peculiares de cada uma delas. Isto favorece a contribuição mútua entre as abordagens psicológicas com o intuito único de compreender o ser humano, em detrimento de uma guerra de saberes.

Entre os teóricos humanistas, destaca-se Carl Ransom Rogers, um psicólogo estadunidense, desenvolvedor da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), na qual aponta a relação da pessoa e do terapeuta como igualitária e sem posições de hierarquia (FONSECA, 2006).

Trata-se de uma abordagem psicoterapêutica baseada na experiência da pessoa, método que foi designado como não diretivo ou centrado no cliente (GOBBI; MISSEL, 2008). Conforme Capelo (2006), espera-se que no decorrer da terapia, o cliente mostre uma atitude de maior autoaceitação, a qual está em correlação com uma maior aceitação dos outros.

Este fenômeno se mostra quando o conceito do Eu real toma-se mais semelhante ao conceito do Eu ideal, sendo isto alcançado não por um esforço desmedido em atingir uma idealização de Eu e sim pelo aumento do autoconceito positivo que torna o cliente menos depreciativo de si e com maior autoestima (ROGERS, 1985). Vê-se, então, que é o Eu ideal que se aproxima do Eu real e não o contrário.

Rogers concluiu com suas pesquisas que o núcleo básico da personalidade humana era tendente à saúde, ao bem-estar. Esta predisposição é a necessidade que se faz evidente em toda a vida orgânica e humana de tornar-se autônomo, de desenvolver e amadurecer; denominada por ele de Tendência Atualizante (FONSECA, 2006). Entretanto, segundo Rogers (1985), esta capacidade pode estar oculta sob camadas de defesas psicológicas incrustadas que se sobrepõem, portanto sustenta-se que esta tendência aguarda somente pelas condições apropriadas para ser liberada e expressa.

A partir deste movimento de atualização, o ser consegue assumir toda a complexidade do seu Eu e se reconhece em meio a mutações constantes por conta de suas diversas experiências cotidianas, entretanto, consegue acompanhar esse dinamismo saudavelmente (GOBBI; MISSEL, 2008).

De acordo com Capelo (2006), há um clima psicológico adequado nas relações humanas em que a Tendência Atualizante é liberada, tornando-se real ao invés de potencial. Esta possibilidade é facilitada por meio de três fatores também conceituados por Rogers, os quais são: congruência, aceitação positiva incondicional e empatia.

A congruência representa a harmonia consigo mesmo e com a relação que é estabelecida com o outro, pautada em uma integração coerente e sem contradições. Ser congruente é ser verdadeiramente si mesmo e, assim, saber trabalhar sobre problemas reais, sem negá-los e lidando com os mesmos por meio da serenidade (ROGERS, 1985).

Conforme Gobbi e Missel (2008), as palavras emitidas por uma pessoa congruente traduzem fielmente o que ele sente, uma vez que ele identifica seus sentimentos e tem discernimento suficiente para selecionar as palavras adequadas à situação e ao contexto, sem precisar distorcer seus sentidos reais. Percebe-se que, de forma reversa, a incongruência é a superficialidade. Indo além, de acordo com Fonseca (2006), a incongruência representa a falta de autoconhecimento, uma vez que não há reconhecimento das discrepâncias existentes em si mesmo.

Uma aceitação positiva incondicional é o respeito sincero existente em um contato humano. É receber o outro com confiança, compreensão e tendo a abertura para expressar esta consideração. Tal atitude se faz pelo motivo básico da existência deste outro. Ele merece ser aceito porque simplesmente assim o é (ROGERS, 1985).

Esta inclinação pelo respeito ao outro deve estar presente principalmente nas relações de ensino, amizade e vida familiar, propiciando o crescimento de uma pessoa segura, mas que entende e aceita que outras pessoas podem sentir, pensar e acreditar em coisas diferentes das quais ela compartilha (SOUZA, 2008). É também esta atitude calorosa da aceitação positiva incondicional que favorece mudanças, quando assim são necessárias.

Sobre a atitude de empatia, Rogers (1985) diz que é o preocupar-se em perceber como o outro se sente em determinada situação. Importa também demonstrar o resultado desta compreensão, deve-se esforçar para comunicar este sentimento. Isto significa mergulhar no sistema interno de referências da outra pessoa e devolver esta reação como sinalização do valor deste ser com o qual se relaciona.

Agir com empatia é captar o mundo particular do outro como se fosse o seu próprio mundo, mas sem nunca esquecer este caráter de “como se” (FONSECA, 2006). Um terapeuta atuando desta forma acaba por não ter dúvidas sobre o que o cliente pretende dizer e nem por isso mistura seus sentimentos com os dele (CASTAÑON, 2007).

Nota-se que, como uma legítima teoria humanista, a ACP apresenta uma maior ênfase à consciência, à subjetividade e à saúde psicológica; assim como aborda uma perspectiva positiva quanto às potencialidades e possibilidades (BEZERRA; BEZERRA, 2012); representando valioso sustento para a pesquisa aqui exposta.

É útil frisar que Rogers não aprendeu os pressupostos teóricos fenomenológicos para depois incluí-los nas suas ideias. Como Souza (2008) informa, de maneira ideal, ele agia “fenomenologicamente” de forma natural e somente depois realizou leituras sobre o assunto, o que serviu para confirmar o que já tinha como convicções próprias.

Ao tomar a experiência prática e vivida como ponto de partida para formular sua teoria e método psicoterapêutico, priorizando o interesse pela compreensão dos significados atribuídos pela própria pessoa às suas vivências, Rogers assume a prática de uma atitude humanista e fenomenológica (BEZERRA; BEZERRA, 2012).

Sendo a compreensão da vivência uma peça fundamental na teoria rogeriana e também no objetivo da pesquisa, faz-se necessário mencionar que para Rogers, a vivência é a radicalidade da afirmação do vivido, da afirmação da perspectiva vivida. Esta se encontra sempre interessada no limite, não com fins de estagnação, mas para enxergar a superação em novas possibilidades (FONSECA, 2006).

Tendo em vista esta descoberta de horizontes, segue a trajetória metodológica desta pesquisa que tomou como intento o desvelar de novas estratégias de acompanhamento para pacientes vivenciando o câncer de próstata.

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste tópico, estão apresentados os caminhos percorridos para o alcance dos dados obtidos. Assim, é relevante mencionar: os trâmites envolvidos para a aceitação da realização da pesquisa, uma breve explanação sobre o local de pesquisa, as rotinas e etapas para a obtenção dos dados, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, a caracterização dos participantes e o método de construção e compreensão dos resultados.

2.1. Os trâmites de autorização para realização da pesquisa

Para que o projeto de pesquisa pudesse ser posto em prática, foi necessário inicialmente obter um termo de anuência da instituição em que seria o local de obtenção de dados, neste caso, a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas – FCECON/AM.

O projeto foi então enviado ao Comitê Científico da FCECON para as devidas avaliações e na data de 20 de fevereiro de 2015 foi retornado o Parecer Científico, no qual constavam diversas solicitações de modificações no projeto, as quais foram: inclusão de objetivos específicos, descrição de cálculo amostral, redação de termos de responsabilidade assinados pela orientanda e orientador, bem como carta de anuência do serviço de psicologia da FCECON/AM.

Ao notar, através do teor do Parecer, que eu precisava esclarecer melhor as características da pesquisa de método fenomenológico e qualitativo à instituição, optei por submeter o projeto ao setor de psicologia, conforme me foi solicitado, ao passo que redigia um documento anexo e um tópico incluso no próprio projeto, os quais realçavam e embasavam com autores da área o modo de pesquisar na fenomenologia e também no método qualitativo.

Assim, após receber a carta de anuência do setor de psicologia através da psicóloga da instituição, o projeto foi novamente submetido ao Comitê Científico da instituição com os devidos anexos mencionados. Com isto, em 08 de junho de 2015, foi recebido parecer favorável, com a condição para início de realização após parecer de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos.

Em seguida, o projeto de pesquisa também obteve aprovação da Banca de Qualificação na Universidade Federal do Amazonas, podendo assim ser submetido à

Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos. Desta forma, na data de 16 de julho de 2015, foi protocolada a aceitação do mesmo, através do Parecer Consubstanciado nº 1.151.587 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 45595415.1.0000.5020.

2.2. O Local de Pesquisa

Conforme já mencionado, o espaço em que se realizou a pesquisa foi na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON/AM). De acordo com informações no endereço eletrônico oficial do Governo do Amazonas (AMAZONAS, 2016a), esta instituição tem por objetivos promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer através da prestação de assistência médico-social especializada de efetiva capacidade resolutiva a pacientes, bem como o ensino e a pesquisa no campo da oncologia.

Perante o sítio oficial da própria Fundação (AMAZONAS, 2016b), a unidade hospitalar foi fundada em 1974 como Centro de Oncologia (CECON) e transformada em Fundação em 1989. A instituição é tida como referência no diagnóstico e tratamento do câncer em toda a Amazônia Ocidental. Segundo Amazonas (2016a), além do renomado corpo clínico, a Fundação também se destaca pelas ações desenvolvidas nas áreas de Prevenção e Ensino e Pesquisa, as quais foram ampliadas com o aumento do número de campanhas de combate à doença e pesquisas envolvendo acadêmicos e doutores, fortalecendo a área científica no Estado.

Os serviços encontrados na FCECON são: quimioterapia, radioterapia, terapia da dor e cuidados paliativos, urgência, serviço social, enfermagem ambulatorial e hospitalar, psicologia, fisioterapia, nutrição, cirurgias, internação, farmácia, endoscopia, imagenologia, anatomia patológica, patologia clínica e laboratorial (AMAZONAS, 2016b).

Por fim, o referido local encontra-se na Rua Francisco Orellana, nº 215, bairro Planalto, na cidade de Manaus/AM. Diante deste espaço, estão expostas em seguida as rotinas e etapas ocorridas para a tarefa de obtenção dos dados.

2.3. Rotinas e Etapas para Obtenção dos Dados

Após a aprovação do projeto no Comitê Científico da FCECON, no setor de Psicologia da mesma instituição, na Banca de Qualificação e, por último, no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, tive a possibilidade de seguir com a

obtenção dos dados.

Durante este período, pude receber total apoio da psicóloga da FCECON, assim como de seus estagiários. A proposta inicial era realizar entrevistas com os pacientes acometidos pelo câncer de próstata em estágio de internação na FCECON. No entanto, ainda que com tentativas de diálogo da psicóloga com a equipe médica, foram alegadas diversas barreiras que dificultariam meu acesso aos leitos de internação. Sendo assim, a psicóloga me orientou que eu obtivesse acesso aos pacientes no momento de espera dos mesmos pelas consultas, pois assim eu não dependeria mais do aval da equipe médica. Contudo, ao buscar participantes na sala de espera, eu não os encontraria em estágio de internação, mas sim sob diversas outras circunstâncias, tais como: em início de tratamento com recente descoberta do diagnóstico pós-biópsia, em curso de tratamento pré-cirúrgico, em monitoramento pós-cirúrgico. Esta heterogeneidade, a qual não foi planejada anteriormente, possibilitou ao trabalho uma maior riqueza de informações.

Outra mudança necessária foi em relação à quantidade de participantes. Pensava-se inicialmente em 10 (dez) entrevistas fenomenológicas. Todavia, no momento em que era finalizada cada transcrição de diálogo, percebi que havia uma grande necessidade destes senhores se expressarem, o que produzia longas entrevistas.

Logo, uma dezena de entrevistas resultaria em uma alta quantidade de informações, findando em duas prováveis situações: na tentativa de reduções, estes relatos não seriam fielmente abarcados na análise e discussão de dados ou então, ao optar pela não redução, a análise e discussão dos dados se tornariam extensos, comprometendo a qualidade do trabalho final. Por isto, a quantidade de participantes ficou estabelecida em 5 (cinco).

Em relação às datas das entrevistas, eu comparecia à FCECON durante as sextas-feiras, a partir das 10h, que era o dia da semana e horário correspondentes ao ambulatório de urologia. Informo que obtive a primeira entrevista no dia 09/10/15 e nesta mesma data agendei outro paciente para o dia 14/10/15. No referido dia do agendamento, o paciente não compareceu e também nenhuma outra entrevista foi realizada. Retornei à FCECON no dia 23/10/15 e assim consegui a segunda entrevista. Na data de 13/11/15, nenhum paciente da sala de espera aceitou participar da pesquisa. Por motivos de aulas no curso de mestrado, somente retomei a atividade de obtenção de dados no dia 04/12/15, quando consegui mais três entrevistas. Foi então que, após efetivar a transcrição do material alcançado, notei que havia dados suficientes e esta etapa da atividade de pesquisa poderia ser considerada como completa.

Penso ser importante relatar que os pacientes que recusaram participar da pesquisa

tiveram como motivo o receio em perder sua vez na consulta médica durante sua ausência na sala de espera, o que é plenamente compreensível, pois os mesmos chegavam extremamente cedo na instituição e esperavam por horas a chegada do médico, sendo alguns pacientes residentes em municípios do interior do Amazonas e, por isso, estavam também cansados de uma fatigante viagem bem como de uma longa espera pela chegada da data da consulta, a qual foi marcada há meses de antecedência.

Como mencionado, o instrumento utilizado foi a entrevista fenomenológica. De acordo com o método fenomenológico de Husserl, durante a entrevista, a descrição do objeto da experiência para o entrevistado deve ser tratada pelo entrevistador como em um primeiro encontro, independente das experiências que este entrevistador já possua com o tema em questão (FEIJOO, 2007). Esse primeiro passo é conhecido como *epoché*, o tradicional pôr em suspensão ou entre parênteses. Neste momento, o entrevistador também não está preocupado em descobrir as causas do fenômeno descrito ou as justificativas de sua existência (HUSSERL, 1986).

Concluída a descrição, passa-se ao segundo passo, que é a exploração ou investigação do material descrito. Uma boa maneira de conduzir esta fase é através de perguntas à descrição, de modo a explorá-la exaustivamente (GIORGI; SOUSA, 2010).

No terceiro passo revela-se o direcionamento da consciência para aquele determinado objeto da experiência. Este direcionamento é a intenção, é o sentido que aquele objeto assume para a consciência. Assim, a investigação chega ao fim com a descoberta da intencionalidade do outro (HUSSERL, 1986). Em outras palavras, a descrição final do objeto da experiência seria a consciência do pesquisador (eu) da intencionalidade do pesquisado (outro). O que possibilita a experiência de acesso à consciência do outro (alteridade) é a intersubjetividade - uma subjetividade comum a duas ou mais pessoas (GIORGI; SOUSA, 2010).

Entretanto, para que tudo isto aconteça, também se faz essencial estabelecer com o participante o *rapport*. Segundo Feijoo (2007), este termo designa a formação de um vínculo, de um processo de confiança necessário a uma relação de comunicação saudável, pautada no respeito. O momento de estabelecer este tipo de aliança se deu desde a etapa na qual se buscava o participante na sala de espera e perdurava por toda a entrevista.

Após a aceitação expressa verbalmente em participar da atividade de pesquisa, o paciente era convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma a efetivar o registro da voluntariedade, da permissão em captar através de um gravador digital a sua voz, assim como salvaguardar o sigilo de seus dados pessoais, os quais são fatores importantes e preconizados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde

(BRASIL, 2012b). O TCLE também possibilita a garantia de o participante receber acolhimento e atendimento psicológico na hipótese de a atividade, porventura, proporcionar sofrimento emocional.

Ao aplicar o método fenomenológico de entrevista, estabelecendo uma relação de confiança e pautado nas normas éticas, iniciava-se o processo de obtenção de dados com a seguinte pergunta norteadora: "Como está sendo para o senhor viver com o câncer de próstata?". E a partir desta questão, surgiam desdobramentos de acordo com a interação que era estabelecida, sem fugir do objetivo de pesquisa (*vide* Apêndice B).

Apesar da instituição ter como uma de suas características o fato de ser um local de incentivo à pesquisa na área oncológica, pude perceber falta de estrutura para receber minha pesquisa no local, o que poderia ser mais uma barreira ao sucesso deste estudo se não fosse novamente a boa vontade e empenho da equipe de psicologia da FCECON, a qual me prestou excepcional auxílio. Esclareço que, em algumas das entrevistas que realizei, não havia consultório vago para que eu pudesse estar em particular com o paciente. Assim, iniciava minha entrevista na própria sala administrativa do setor de psicologia (a psicóloga e estagiários ausentavam-se da sala para que eu realizasse o trabalho) e assim que era tomado conhecimento de um consultório vago, a entrevista se interrompia para a mudança de sala. Recordo-me também que em uma das entrevistas, fui obrigada a pausar o diálogo diversas vezes em função de invasões na sala por uma profissional da enfermagem, que precisava buscar materiais em uma gaveta.

Em seguida, estão elencados os critérios de inclusão e exclusão, cujas justificativas para estas definições já foram explanadas nos parágrafos anteriores.

2.3.1. *Os critérios de inclusão e exclusão*

Segundo as orientações recebidas no decorrer da execução deste estudo, os critérios de inclusão e exclusão dos participantes ficaram definidos da seguinte maneira:

Critérios de inclusão

- ser homem vivenciando o câncer de próstata em qualquer fase do tratamento;
- ter capacidade de comunicação para participar da entrevista;
- realizar tratamento oncológico na FCECON;
- concordar em participar voluntariamente da pesquisa ao assinar o TCLE.

Critério de exclusão

- não demonstrar condição psíquica estável para participar da entrevista.

2.3.2. Informações sobre os participantes

A seguir, o quadro com as características dos participantes e suas entrevistas:

Data da Entrevista	Duração da Entrevista	Nome Fictício	Idade	Fase de Tratamento
09/10/15	12 min 40 seg	E1	69	Monitoramento pós-cirúrgico
23/10/15	17 min 25 seg	E2	66	Em avaliação sobre a necessidade de cirurgia
04/12/15	14 min	E3	63	Recente descoberta do diagnóstico após a biópsia
04/12/15	19 min 40 seg	E4	57	Em avaliação sobre a necessidade de cirurgia
04/12/15	33 min 12 seg	E5	60	Em avaliação sobre a necessidade de cirurgia

Quadro 1: Dados das entrevistas e participantes

2.4. Construção e Compreensão dos Resultados

Após realizar uma escuta atenta mediante os preceitos da entrevista fenomenológica e as respectivas transcrições destes encontros, partiu-se para etapas seguintes de compreensão, construção de categorias e discussões a partir da literatura existente previamente, da teoria rogeriana, assim como das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Para tanto, foram utilizadas as orientações de Martins e Bicudo (2005), as quais são:

- a) Leitura de cada entrevista do princípio ao fim no objetivo de compreender a linguagem do participante e conseqüente visão do todo, ou seja, neste momento não se busca ainda qualquer interpretação do que está exposto e sem tentativa de identificação de quaisquer atributos ou elementos ali contidos;
- b) Releitura atenta de cada entrevista, quantas vezes foram necessárias, com a finalidade de discriminação de unidades de significados dentro da perspectiva do pesquisador. É uma compreensão diretamente relacionada à atitude,

disposição e perspectiva do pesquisador diante da questão norteadora;

c) Diante das afirmações significativas, faz-se uma postura reflexiva e imaginativa, para expressar o que se intuiu dentro delas mesmas, deste modo busca-se expressar o *insight* psicológico nelas contido, mais diretamente;

d) Sintetiza-se todas as unidades de significado transformadas em uma proposição consistente referente à experiência do sujeito. Assim, busca-se a convergência das unidades significativas numa afirmação sobre a experiência dos participantes, de forma a constituir as categorias temáticas que expressam o sentimento dos entrevistados a respeito da temática (MARTINS; BICUDO, 2005).

Tendo posse das categorias temáticas, a discussão de dados que se segue foi feita da seguinte maneira: frisei situações vividas pelos participantes e que corroboram com pesquisas anteriores, segui com um relato que reflete como experiei esta atividade de pesquisa; após isto, observei as nuances nas quais os participantes expressavam presença ou ausência dos conceitos rogerianos que contribuem para a manifestação da tendência atualizante, os quais são a empatia, a congruência e a aceitação positiva incondicional; por fim, entremeei com as estratégias de acompanhamento já propostas pelo Ministério da Saúde, apontando situações em que as diretrizes foram seguidas e os momentos em que não foram.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após entrevistas finalizadas e categorias de análise obtidas conforme o método anteriormente explicitado, seguem as discussões acerca das mesmas.

Foram encontradas 7 (sete) categorias, das quais 2 (duas) delas possuem 2 (duas) subcategorias cada, de acordo com o quadro 2:

Categorias	Subcategorias
O que vejo em mim e me faz prosseguir	
Eu e o Outro na unidade hospitalar: a relação de cuidado	A equipe de saúde: aprendizagem e confiança
	O desespero vencendo a boa comunicação
O ser-com-a-família	
E o ser é lançado no mundo	
O cuidar de si	E a prevenção?
	Autocuidado amazônico
Meu corpo sofre, minha mente também	
Há um Ser Superior	

Quadro 2: Categorias e Subcategorias de Análise

Os tópicos posteriores serão: categorias de análise, em que estão expostas algumas frases literalmente extraídas das transcrições e que estarão destacadas por corroborarem com estudos sobre o câncer de próstata encontrados na literatura pertinente; na síntese compreensiva mostrarei como foi minha apreciação da vivência como pesquisadora e, por fim, na análise compreensiva a partir da base teórica, indicarei a malha de sentidos composta pelas verbalizações obtidas nas entrevistas e a teoria rogeriana.

3.1. Categorias de Análise

3.1.1. *O que vejo em mim e me faz prosseguir*

Esta categoria inclui todas as expressões dos participantes relacionadas à sua autoestima. Nas frases seguintes, desvelam-se as formas como eles estão se sentindo consigo mesmos e como se veem dentro deste processo.

Olha, pra mim, eu não me sinto tão pequeno, tá? (E1)

É interessante perceber que E1 não se deixa vitimizar ou se abater por conta da vivência de um diagnóstico de câncer. Ele também não quer que ninguém o veja desta forma, daí a aceção “eu não me sinto pequeno” utilizado pelo participante.

Torna-se de valiosa importância este conteúdo em um paciente, uma vez que, como reafirma Câmara (2010), fadiga, dor e anorexia são sintomas presentes na depressão e também são próprios do câncer de próstata, e por isso o profissional de saúde deve buscar por outros indícios específicos de depressão, tais como culpabilidade profunda, baixa autoestima e anedonia; o que, felizmente, não é o caso de E1.

A força ainda presente para lutar e não desistir em meios às adversidades representa uma estratégia de enfrentamento saudável da doença e a equipe de saúde assim como a família precisam ser fontes de apoio (FRANCO, 2008). E1 conclui revelando como se sente após os procedimentos cirúrgicos:

Eu falaria o seguinte, que eu tô me sentindo como um garotão de 20 anos. (E1)

É válido lembrar que E1 estava em fase de monitoramento pós-cirúrgico, logo a sensação de alívio e de esperança de cura eram bem mais presentes que em outros entrevistados. Em contrapartida, por já ter vivenciado todo o processo de tratamento, poderia estar cansado ou enfraquecido em virtude das fortes doses de medicações e desgastantes métodos dos quais é necessário fazer uso. Como Modena e Martins (2013) informam, tendo em vista o processo de adoecimento e as medicações utilizadas durante o tratamento oncológico, é recorrente que o homem sofra perda de peso, alopecia e perda da força muscular, incidindo diretamente na autoestima dos pacientes masculinos.

Porém, como pode ser verificado na frase seguinte, E1 sente-se vitorioso após a realização da cirurgia e a sensação de novo vigor ultrapassa qualquer outra possibilidade de baixa autoestima ou cansaço:

Você nasceu de novo. Você tem uma outra coisa. Você não pensa naquilo mais porque tá fora de você e acabou. (E1)

E2, mesmo ainda não estando em processo pós-cirúrgico, também se sente esperançoso e confiante no sucesso de seu tratamento.

Eu? Eu ainda tô jovem. 66 anos. Tô com todo gás ainda. Tô doente, mas se depender de eu ficar bom, eu vou ficar, se Deus quiser. (E2)

Gimenes e Petrilli (2014) ressaltam que o sucesso do tratamento de um câncer prostático está diretamente relacionado à flexibilidade e ao interesse desse homem em preparar-se para esse desafio, uma vez que diagnósticos ligados ao aparelho reprodutor podem implicar na necessidade de mudança no comportamento sexual.

E2 também cita a vontade de retornar à atividade laborativa assim que possível, sendo, inclusive, uma tarefa tipicamente regional (*vide* trecho abaixo). No entanto, se precisar abdicar do que possui para financiar seu tratamento, ele aceita a condição com veemência:

Eu vou continuar trabalhando. Eu tava trabalhando até outro dia, aí não deixaram mais. Mas ainda tenho coragem e força. Até agora final do inverno, ainda saía na mata o dia todinho. Eu tenho açaí, plantação no meu sítio. Eu tenho plantação de andiroba, muitas árvores de andiroba, que eu plantei, tem umas lá dando fruto. E é esse o patrimônio que eu tenho. Se tiver que vender, eu vendo. Se for pra resolver o problema. (E2)

A ligação de E2 com o seu trabalho confirma o que Gomes, Nascimento e Araújo (2007) expõem, quando mencionam que as preocupações masculinas são mais direcionadas para o trabalho, para o sustento familiar do que com questões relativas a cuidados de saúde, reforçando os papéis historicamente atribuídos aos homens, de que eles têm de prover o sustento da casa, garantindo a subsistência da família.

E2 também demonstra obter forças para continuar persistindo no tratamento através da vontade de desfrutar da companhia de seus entes queridos:

Eu não tô me sentindo bem, né. Como se diz, por enquanto ainda tô vivo, né. Ainda tô com força ainda, né. Eu tô com força e com esperança que... que vou... pelo menos que eu não fique bom, mas pelo menos melhorar mais. Ganhar mais uns dias... que eu tenho meus netinhos, quero ver eles crescer ainda (risos) já tenho bisneto já. (E2)

Quando E2 diz querer “ganhar mais uns dias”, compreende-se que E2 deseja mencionar sutilmente a vontade de não querer morrer, pois ainda possui motivos para viver. Segundo Schramm (2006), é quase impossível pensar na morte sem pensar também na vida, são características ontológicas dos sistemas vivos, que participam da experiência cotidiana.

Assim, ao comparar morte e vida, E2 observa que ainda há muito o que viver e isto o faz afirmar coragem em vivenciar algumas situações que lhe poderão ser propostas:

Se for preciso operar... eu quero é ficar livre né. (...) É, essa é minha atitude, de enfrentar. (...) Eu não tô com vontade de morrer agora não! (...) Eu tô com vontade ainda de beber muito açaí. (risos) (E2)

A atitude de enfrentamento também pode advir da satisfação em se reconhecer como um homem bem instruído e interessado pelo conhecimento, pois é desta forma que E4 retira motivos para a elevação de sua autoestima:

Eu não sou formado, mas eu tenho meu ensino médio completo, fiz um pouco de inglês, gosto muito de leitura [...] Olha, a minha bolsa é toda cheia de livro. (E4)

Fabra (2007) ressalta que quando um paciente se depara com o diagnóstico de câncer, ele se sente impotente, constrangido e acaba se isolando da sociedade, favorecendo quadros depressivos. Portanto, ao trazer de volta a autoestima mediante o reconhecer-se de ser quem se é, a qualidade de vida melhora e o tratamento, por consequência, progride.

Outra observação relevante sobre a entrevista com E4 é quando o mesmo eleva sua condição de saúde em detrimento de seu adoecimento físico. Ao examinar o que possui ao invés do que não possui, aliado à questão da religiosidade, E4 consegue manter-se equilibrado e firme em seu tratamento:

Tô bem. Apesar do problema que deu, pela idade que eu tenho, eu não tô paralítico, tenho mãos perfeitas, minhas pernas, eu posso andar. Mesmo com todo problema, né? Eu agradeço muito a Deus. (E4)

Com estas razões é sustentada a determinação em prosseguir: sensação de renascer após uma cirurgia, vontade de ver a família crescendo, o prazer em retornar à atividade da plantação e saciar-se dos frutos da natureza, o gosto pela leitura e conhecimentos novos, bem como a gratidão a Deus pela sua saúde. É a partir destes porquês que, para eles, a luta não pode parar. Não significa que eles não estejam vivenciando um sofrimento emocional, mas isto é posto em segundo plano, uma vez que há horizontes mais convidativos aguardando por seus retornos.

O sofrimento emocional associado a doenças como o câncer, se intensificado, pode

acarretar redução significativa na qualidade de vida do paciente e de seus familiares e afetar de forma negativa a adesão aos tratamentos de reabilitação (BAPTISTA; DIAS, 2010). Entende-se assim o quão imprescindível é cada motivo acima especificado.

3.1.2. *Eu e o Outro na unidade hospitalar: a relação de cuidado*

Esta segunda categoria reúne os momentos significativos das entrevistas que expressam como se dá o relacionamento da equipe de saúde com o paciente. Em alguns casos, a aliança é saudável e caminha na direção do afeto propiciando a confiança no trabalho realizado, assim como o entendimento cada vez mais apurado do que acontece em seu corpo. No entanto, quando a relação não é bem-sucedida, a comunicação é interrompida por bloqueios que obscurecem as informações, dando lugar ao desespero e a uma visão distorcida dos fatos.

Todas estas questões estarão expostas nas duas próximas subcategorias.

3.1.2.1. *A equipe de saúde: aprendizagem e confiança*

Durante a obtenção de dados, foi notória a relação de cuidado presente entre a equipe de saúde e os pacientes. A interação amigável estabelecida é fator essencial na saúde psicológica de um paciente oncológico, uma vez que, como Cruz e Rossato (2015) citam, a complexidade do tratamento oncológico requer habilidades tanto técnico-científicas como de relações interpessoais.

Foi verificado que quando a equipe de saúde explica ao paciente o que está acontecendo através de uma linguagem acessível, sem jargões médicos e também sem gerar um clima tenso no momento da comunicação, esta acaba por oferecer um ambiente de confiança e de aberto diálogo. A seguir, E1 expressa sua afeição pelo profissional que o atendeu e seu reconhecimento pelo diálogo transparente:

Aí foi isso que me disseram: “olha, tu vai usar um mês, dois meses o fraldão, tu vai ficar urinando sem tu sentir [...] Gostei muito e gosto muito dele (médico). E sempre que eu levo meus exames pra ele, ele não é homem de me esconder nada, ele me diz logo, tá assim, assim, assado. O que ele se preocupa muito é com o meu colesterol, porque a glicose tá alta tá 125, aí ele, “cuidaaado com a tua glicose”. (E1)

Durante minha vivência de pesquisadora, observei que quando o profissional de saúde vai além do diagnóstico principal da consulta e mantém uma atitude de cuidado, vendo o paciente como um todo, este último tende a se sentir incentivado a atender as recomendações, uma vez que se sente prezado e importante na relação.

O conhecimento somado com afetividade, comunicação, sinceridade e empatia formam elementos construtivos para o cuidado, os quais influenciam o desenvolvimento da assistência prestada ao paciente oncológico (PETERSON; CARVALHO, 2011).

Viegas e Penna (2013) destacam a importância do processo de cuidar, por meio da escuta e do olhar atento. Assim, frisam que os profissionais necessitam entrar no mundo do outro, para verdadeiramente compreender suas experiências e quais são seus anseios em relação à situação vivida e assim poder proporcionar um cuidado holístico. Ele lembra satisfatoriamente o momento em que o médico informou com plena convicção que ele não sofreria mais com a doença:

Ele (médico) disse: “Olha, a tua próstata tava do tamanho do caroço de uma manga, mas de câncer de próstata tu não morre mais. Acabou.” Isso pra mim foi... uma confiança muito grande. O trabalho dele que ele fez na minha bexiga, disse que eu tomasse muito cuidado, por isso todo o procedimento que ele mandou eu fazer eu fiz, pra não prejudicar a bexiga. (E1)

Durante seus relatos, também foi percebido que, através de sua linguagem simples e leiga, eles traduziam para mim o que entenderam sobre os processos que ocorriam em seu corpo, assim como aqueles a que eram submetidos. As frases a seguir demonstram claramente o apropriar-se da informação acerca do câncer e do tratamento a que estão sendo submetidos:

Ele (médico) me disse que é inflamação na próstata, que é câncer. Ele explicou tudinho. (...) Isso. Nem toda vez é só em uma localidade também. (E2)

Essa biópsia tem um negócio. É um negócio desse tamanho, igual aquele negócio que usam pra mulher, né. Eles metem na gente, no ânus. Ele mete e olha no computador lá, aí vai mordendo, dói à beça, dói demais. Vão fazendo e olham no computador. Porque esse da próstata eles metem o dedo né. O médico mete o dedo. Aí esse é tipo assim um negócio desse tamanho, eles mete na gente e aí vai... vai, tira pedaço, tira pedaço, pedaço. Isso vai pra Brasília pra fazer exame, sabia? Aí dá o que a gente tem mesmo. Aí aqui que vão prosseguir né. Dizer o que a gente vai fazer, se vai operar, passar remédio, não sei... (E3)

Eu fazendo essa cirurgia, não tinha necessidade de eu tomar medicamento, eu tinha que fazer só a radioterapia. No caso dessa cirurgia da castração, não ia mais gerar hormônio no meu corpo, entendeu? (E5)

Ao detectar o conhecimento presente, constatei que ocorreu o compartilhamento de experiência entre os profissionais de saúde e pacientes, o que representa uma das características do atendimento humanizado.

Para Pedro e Funghetto (2006), a assistência humanizada ao paciente com câncer consiste, dentre outras atitudes, no fornecimento de informações e esclarecimento de suas percepções; ajudando-os na busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento para que tomem decisões sobre as alternativas propostas e levando-os ao desempenho de ações de autocuidado, dentro de suas possibilidades.

A maneira como o paciente é recebido dentro do estabelecimento público de saúde também consiste em um ponto fundamental na percepção da relação de cuidado, como pode ser apreciado no relato abaixo, em que está expresso o contentamento com o atendimento recebido:

Ele (médico) tem um cuidado muito grande com os pacientes dele, pelo que eu senti, como ele me tratou. Da mesma forma ele faz com todos os pacientes. A minha operação foi um sucesso, não senti nada, nem dor eu senti [...] Tô me sentindo muito bem, graças a Deus. Toda vez que eu venho aqui no hospital, me atendem muito bem, nem agulhada que me dão pra tirar sangue eu não sinto. (E1)

Através do depoimento de E1, depreende-se que houve um olhar sensível dos profissionais que o atenderam. De acordo com Kluser (2011), a sensibilidade permeia o cuidado, solicita que o profissional esteja receptivo para ajudar na medida do possível, atendendo as necessidades do outro e não se restringindo à técnica.

E4 cita a contrapartida de um bom atendimento. Segundo ele, se quer ser bem atendido, deve-se saber tratar quem o atende:

É, eu sempre venho me consultar. É muito bom o atendimento. É porque é aquela coisa, você tem que saber chegar, né? Por mais que a pessoa esteja chateada, você tem que saber chegar. [...] É, porque dois bichudos não se beijam [...] Tem que saber chegar, saber pedir. (E4)

Conforme Caprara e Rodrigues (2006), é comum que o paciente que procura a unidade hospitalar esteja fragilizado por conta da enfermidade e reticente quanto à qualidade do tratamento pessoal que receberá assim como aos procedimentos a que será submetido, prevalecendo o receio de ser tratado como cobaia. Cabe, então, à equipe de saúde tentar estabelecer a melhor relação possível, para elevar a autoestima e confiança do paciente e despertar nele a vontade de melhorar, sentimento fundamental na luta contra qualquer doença.

Na tentativa de desmistificar o conceito de uma relação fria de hospital, pode-se fazer um gesto simples para com o paciente: sentar, ouvi-lo e, em seguida, esclarecer. Esta sequência é a peça chave na construção de uma boa relação (FRANCO; CAPRARA, 2009).

Por fim, o cuidado contempla o modo positivo de cuidar dos entes, não é sinônimo de bondade, é entender autenticamente o que é importante, ocupa um espaço de abertura para possibilidades, como algo que ainda pode ser desvelado (HEIDEGGER, 2008).

3.1.2.2. *O desespero vencendo a boa comunicação*

Ainda relacionado à qualidade do contato entre equipe de saúde e paciente, há ocasiões em que não se obtém sucesso com a comunicação estabelecida. Nesta subcategoria, estão destacados os momentos em que as barreiras comunicativas propiciaram o sentimento de desespero no paciente, o qual se sentia desamparado e desinformado.

Disse pra mim que... não podia fazer nada. Achou que eu tinha outras complicação, por causa de eu ser diabético, eu sou hipertenso e tudo... e... vi com ele uma forma de tratamento pra mim, ele disse que por causa das outra complicação, ele não podia fazer nada. (E5)

Observei que o estado psicológico de hipersensibilidade devido à vivência de um câncer pode ocasionar interpretações pouco esclarecidas do que o profissional de saúde realmente tem a intenção de comunicar. Por isto, é de imensa relevância ter o cuidado de explicar minuciosamente ao paciente todos os passos dados em seu processo de tratamento, visto que ele é o principal interessado.

Segundo Rennó e Campos (2014), a proximidade nas relações é o que permite uma comunicação sem ambiguidades. A atitude positiva em relação ao outro, permitindo calor, atenção, afeição, interesse e respeito é o que caracteriza uma relação voltada para a humanização.

Não me encaminhou pra nenhum... radioterapia, não me encaminhou pra oncologia, coisa nenhuma, fez isso comigo, eu insisti, insisti, ele só fez dizer pra mim assim que era um desperdício... (E5)

Entendo que a atitude relatada por E5 como sendo do médico que o atendeu não representa uma mentira, foi o que ele exatamente compreendeu mediante as palavras do profissional. Há possibilidades de o médico ter desejado expressar outro teor de mensagem, mas a forma como a informação soou para o paciente foi de total descaso. Por isto, mesmo que se queira comunicar que não há mais recursos terapêuticos disponíveis para abarcar a gravidade do caso, deve-se selecionar as palavras, o momento e os receptores da mensagem adequados (a família poderá participar desta conversa).

Uma comunicação ruidosa, de acordo com Stefanelli (2013), é aquela que pode levar o destinatário a perceber a mensagem inadequadamente, produzindo uma resposta prejudicial. A comunicação, portanto, é entendida como um processo de compreender e compartilhar mensagens e pode influenciar o comportamento das pessoas envolvidas. Para Grinberg (2010), essa competência interpessoal, quando usada de modo terapêutico, permitirá o atendimento das necessidades do paciente.

É válido esclarecer que a boa comunicação depende do empenho das duas pontas neste caminho em que as mensagens percorrem. Assim, notei que E5 mantinha em seu repertório outras situações relacionadas a descaso consigo e que foram supostamente cometidas por outras pessoas. Portanto, considero que seja importante levar em consideração como o paciente atribui sentidos às suas vivências, uma vez que isto contribui intensamente nos julgamentos dos conteúdos das mensagens que lhe são destinadas.

Desta forma, quando questionado sobre o hábito de submeter-se a exames de rotina, como o de toque retal, informou que:

Sentia problema, só que o médico não me levava a sério. Ele nunca fazia o exame de toque retal em mim, só fazia o PSA, ultrassom da próstata. (E5)

Eu perguntava se eu não tinha nenhum problema e o doutor dizia que eu não tinha nada. Eu queria era que fizesse esse exame, como era pra ser de toque retal, só que eles não faziam. Eu ia no clínico, primeiramente ia no clínico e ele me encaminhava. O clínico pediu PSA e disse que não precisava ir

pro urologista. Quando eu ia pro urologista, passava um remedinho. (E5)

Sobre a responsabilidade conjunta da boa comunicação no ambiente de serviços de saúde, Tigulini e Melo (2012) concluem que a comunicação fica extremamente abalada por conta da própria condição preocupante para os três lados envolvidos: o profissional da saúde que "corre contra o tempo", o paciente que se encontra em situação de perigo, e a família que enfrenta o medo das consequências.

Neste contexto, para evitar sucessivos desencontros de sentidos e consequentes insatisfações de pacientes que vão à procura de amparo e cuidado, é necessário perceber cada ser humano como indivíduo único, com necessidades específicas. Agindo assim, Marques e Silva (2009) enfatizam que se conseguirá otimizar o exercício da autonomia do paciente, facilitando a interação e o diálogo aberto entre quem cuida e quem é cuidado.

Os recursos comunicativos, tanto os técnicos quanto os atitudinais, aprimoram a criatividade, tornando o profissional de saúde mais apto e cuidadoso desde os serviços de prevenção até os de cuidados paliativos. Trata-se de uma integração amplificada, que congrega cuidado-técnico e cuidado-ético, movido e motivado pelo espírito do cuidar (BERTACHINI, 2012).

3.1.3. *O ser-com-a-família*

Esta categoria reflete a convivência com a família, compreendendo quais os sentidos que eles atribuem ao apoio, consideração e afeto recebidos.

Para Araújo e Nascimento (2014), a relação familiar apresenta-se de forma interligada como se fosse a extensão um do outro, em que a experiência de uma doença grave traz modificações no modo de pensar, sentir e agir das pessoas.

Eu moro há quarenta anos com a minha esposa e tenho quatro filhos, tudo formado em pedagogia e um outro trabalha aqui em uma clínica particular, serviço social e tenho uma família maravilhosa, tá? Que me ajudaram muito nesse sentido, eu antes... eu quando... o médico me disse que... eu tava com uma pontinha de uma caneta na minha próstata, aí... eu fiquei muito deprimido, chateado, mas depois me deram muita força. (E1)

E1 relata o apoio que recebeu de sua família após ter ciência do diagnóstico. A atitude familiar de E1 vem ao encontro do que Souza e Jardim (2014) concluem. Segundo eles, a

família deve ser vista como parte responsável pela saúde de seus membros, necessitando ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar/curar.

Segundo Melo e Barros (2012), uma estrutura familiar com flexibilidade para mudanças de papéis, boa comunicação interna, participação ativa nas diversas fases da doença e tratamento, disponibilidade de apoio formal e informal são considerados fatores facilitadores ao paciente para um bom enfrentamento.

A proteção de sua família é uma preocupação intensa para E2. Ainda que esteja doente, não abdica da responsabilidade em prover segurança e amparo quando seus entes necessitam.

Eu não me preocupo comigo, eu me preocupo com os outros, com meus filhos... tem até uma filha que eu tenho que tá passando dificuldade. Eles saíram do sítio e tão morando em Figueiredo e ela tá lá numa invasãozinha lá. Tem um terrenozinho, fizeram um barraquinho pra ela e final do ano tão querendo se mudar pra lá. Eles tão passando uma vida de... tão passando dificuldade né. E eu me preocupo muito com ela, que tem os filhos dela né. E no que eu posso ajudar, eu ajudo. E todo dia eu tô levando comida. (E2)

E2, ao decidir por continuar ser cuidador ao passo que precisa de cuidados, reestrutura sua função do “*ser-adoecido*”. Neste caso, é a sua estratégia de enfrentamento encontrada.

Ao se considerar que somos lançados no mundo com os outros, a preocupação se revela como modo primordial de ser-com-os-outros. Doando-se aos outros, a pessoa tem contida a responsabilidade de assumir seu ter-que-ser, ocupando-se do mundo e preocupando-se com os outros (MARTINS FILHO, 2010).

O mesmo ocorre com E4, paciente que descobriu o diagnóstico de câncer de próstata após saber que seu pai sofria da mesma doença. Sendo assim, E4 é cuidador de seus pais, mas ele também precisa de cuidados.

*Meu pai tem 80 e eu tô com 57. Eu sou o filho mais velho, sou acompanhante dele. Eu trago ele (para as consultas) e ele só quer vir comigo, não quer com os outros irmãos, só comigo. (...)
Tudo lá em casa é eu, tudo, tudo, tudo é comigo. (E4)*

{...}

Porque eu disse: “mãe, a senhora fuma há 65 anos, a senhora começou com 15 anos, a senhora tem 80, há 65 anos que a senhora fuma, a senhora tá morrendo, isso tá lhe matando e a senhora não aceita.” (E4)

Ser cuidador, quando, na verdade, precisa-se de cuidados é uma condição real para E4, sendo algo difícil de encontrar uma alternativa, mas que é intensamente desfavorável para a saúde de E4. De acordo com Henriques e Barros (2013), o ato de cuidar é uma tarefa árdua que exige estrutura emocional, uma vez que a tarefa de acompanhar alguém que vivencia o adoecimento gera sentimentos negativos, atingindo a integridade psicoemocional e biológica do cuidador. É oportuno destacar que as implicações emocionais ocorridas em um cuidador leigo podem estar intimamente ligadas ao fato deles não terem instruções e suporte adequado para assumir tamanha responsabilidade (COSTENARO; LACERDA, 2012).

E5 relembrou saudosamente sua posição de provedor de cuidados em sua família e demonstrou que é um impacto a inversão de papéis devido à vivência do câncer.

E graças a Deus, eu já ajudei muita gente. E tem horas que eu me sinto na situação de... não de pedir ajuda, mas de ter necessidade. (E5)

Brasil (2009a), na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, menciona sobre o mito da invulnerabilidade masculina e da doença como sinônimo de fragilidade; fatores que contribuem para que E5 sinta-se impactado.

Também corroborando com estas mesmas questões mencionadas na Política, há casos de afastamento da família, como ocorre com E3. Por motivos de doença, E3 recusa estar na companhia da família durante as festas de final de ano por considerar que estará sendo um incômodo para seus entes:

Tá, tá tendo apoio. Eu tenho uma irmã que mora em Cuiabá, ela ligou pra minha filha, que ela queria o meu CPF e minha identidade. Ela queria que eu fosse passar lá o ano novo com ela, dia 25 e ano novo. Eu não vou poder ir. Ela quer que eu vá, ela quer comprar as passagens pra mim ir, passar lá. (...) Ah, é porque eu sinto muito problema. Assim, da minha coluna, eu tô com bursite nos dois braços, não posso nem levantar o braço. Eu não vou andar por aí, ficar na casa dos outros. Eu tomo remédio, eu tomo muito remédio. Eu tenho diabete, eu sou diabético. (...) É, é que fica ruim né pra gente ir pra casa dos outros. Tem que ficar toda hora tomando remédio. (...) Se não fosse isso, eu ia, ia pra lá com ela. (E3)

De acordo com Melo e Barros (2012), tanto a pessoa acometida pela doença oncológica como suas relações são afetadas de forma profunda pelo câncer, causando preconceito e constrangimento.

Silva (2010) entende que a história do câncer é tão cheia de medo e vergonha que faz o imaginário social recuar a receios ancestrais. Esses sentimentos ainda são resquícios de uma época em que se associava o câncer à imundície e ao pecado. É por isso que, segundo a autora, o câncer ainda é um segredo difícil de ser partilhado, detectado, narrado e ouvido.

Vê-se que a experiência de viver com câncer traz fatores agregadores à família, com os quais é percebida a coesão do grupo, mas também revela situações de isolamento e sobrecarga, devendo ser pontos-chave para a observação da equipe de saúde.

3.1.4. *E o ser é lançado no mundo*

Estarão, neste momento, contextualizadas as falas dos pacientes que expuseram os diversos entraves encontrados em sua existência a partir da vivência do diagnóstico de câncer de próstata. Em sua maioria, são dificuldades socioeconômicas entrelaçadas com a insatisfação com o serviço público de saúde.

Chauí (2006) enfatiza que Heidegger considera o ser humano como alguém lançado ao mundo sem o seu consentimento ou querer. Sua existência perpassa pelas contingências da vida e pelas circunstâncias históricas e sociais.

O ser humano é também um ser marcado pelas adversidades e por uma certa quantidade de sofrimentos: dor, injustiça, medo, insegurança, fracassos, lutas, catástrofes, envelhecimento, doenças e morte (HEIDEGGER, 2008). Desse modo, cada qual age no mundo superando ou não as dificuldades e obstáculos que a existência lhe impõe. Nesse sentido, para Heidegger, a vida humana é marcada pela luta contra a angústia (WERLE, 2013).

Considerando estes impasses inevitáveis que a vida apresenta, seguem os enredos dos entrevistados acerca destas circunstâncias. E2, preocupado com a demora da chegada dos resultados dos exames, optou pelo custo de exames em laboratórios particulares:

Agora, o médico lá do SESI é que disse: “rapaz, o exame tá dizendo que você tá com tumor, agora eu não posso fazer mais. O que eu posso fazer é isso. Passar uma medicação pra você que não altera em nada.” Eu disse “tá”. Foi ele que me encaminhou pra cá pra fazer esses exames, mas como custava demais. É de 90 a 120 dias pra chegar o resultado, aí fui fazer particular. (E2)

Diante de dados encontrados na pesquisa de Santos e Lacerda (2009) sobre fatores de satisfação e insatisfação com o SUS, é plausível admitir que a morosidade na entrega dos

exames laboratoriais e a falta de continuidade no tratamento provocada pela escassez de medicamentos, sejam alguns dos principais responsáveis pelo prolongamento do período de permanência dos pacientes nos hospitais conveniados com o SUS.

E2 diz não medir esforços para encontrar resolutividade ao seu problema de saúde. Se tiver que vender propriedades para custear seu tratamento, assim o fará. Tendo em consideração o direito à saúde afirmado pela Constituição Federal a todo cidadão brasileiro, não era para E2 estar vivenciando este tipo de dilema. No entanto, questões econômicas, sociais e históricas lhe são lançadas:

Eu sinto dor, toda inflamação, nem que seja um pouquinho, mas ela dói né. Aí eu moro na estrada, no ramal, ainda caminho dois quilômetros, pra poder pegar o ônibus pra ir pra Figueiredo. Aí de lá pra cá, vem de ônibus ou senão de táxi, 60 reais que eu pago. O único dinheirinho que a gente tem, eu já gastei quase tudo, com esse negócio de transporte e exame. E aí eu vou falar com o doutor. “Doutor o que o senhor vai decidir?” Eu... eu... na minha opinião, é cirurgia porque remédio não vai resolver. Se for cirurgia, por aqui, ou se tiver que ser particular... dinheiro eu não tenho, de quê eu faça dinheiro eu tenho. (E2)

Problemas com logística e transporte para quem é residente no interior do Estado do Amazonas também são impasses vivenciados para quem experiencia a luta contra o câncer, uma vez que o local de referência para tratamento do câncer no Amazonas encontra-se na capital. Diante deste tipo de problemas, há projetos que acolhem pessoas do interior do Estado, para que residam temporariamente mais próximo ao local de tratamento.

Para E3, o que mais o incomoda é a demora para ser atendido:

A gente não tem dinheiro pra tá fazendo tudo... né... (...) Pois é, aí tem que ser pelo SUS, demoroso assim. Essa doença aqui se fosse pra morrer eu já tinha morrido já. Oito mês, mês quatro, nós já tamos no mês doze. Oito mês. (E3)

Segundo Giovanella (2006), um dos fatores de insatisfação do usuário do sistema público de saúde no Brasil é a demora para ser atendido e dificuldades para encontrar o médico. Sendo assim, alguns preferem ir em busca de serviços pagos, mesmo não possuindo condições financeiras suficientes, pois a urgência do caso solicita imediatividade de resultados e procedimentos.

E3, ao comentar sobre sua situação financeira, considera que ter uma condição

econômica estável e suficiente é um eixo importante para se resolver relevante parcela de problemas, dentre eles, os de saúde.

Pois é né. As consultas... marcadas... porque isso aí, a gente... é falta de... muitas vezes... muitas vezes o dinheiro é muita coisa né? Porque se a gente tiver dinheiro, a gente vai logo num médico particular e rapidinho. (E3)

Concordando com as palavras de E3, Campos (2012) ressalta que a má qualidade dos serviços públicos de saúde induz à procura de serviços particulares, visto que a cada dia é mais nítida a gravidade da situação, o sucateamento dos equipamentos e a falta de recursos financeiros aplicados coerentemente.

E5 também mencionou a dificuldade financeira. Informou que além de despesas com consultas particulares, os médicos receitam medicamentos cuja aquisição não é coberta pela assistência do SUS, sendo fontes de gastos que E5 não consegue suportar.

Ele me aconselhou que se eu tivesse nas mesmas condições que eu procurasse um médico particular, que ia demorar, e o que eu fiz... eu peguei um médico particular, que já foi médico daqui, ele me passou um remédio, remédio muito caríssimo. Como ele é médico particular, o receituário não é do SUS, eu era obrigado a gastar com esse remédio sem eu poder, eu gastava com esse remédio mil reais por mês. Mesmo assim, esse remédio me fez muito mal, me fez muito mal a ponto de eu ficar sem ter condição de vida quase. (E5)

E5 vivencia a angústia de uma doença somada à angústia de sua condição financeira não abarcar as despesas que lhe são impostas. É nesse contexto que Heidegger (2008) vem nos dizer que o desvelar original por meio do fenômeno da angústia nos retira dessa existência tranquila, que se revela no cotidiano. Somos acomodados na morada do cotidiano pensando que estamos seguros nela, no entanto, isto é impossível.

Apesar de... outra preocupação que eu já tô. Com a situação que eu me encontro, eu não tenho como trabalhar. Eu só recebo um... uma ajuda, um auxílio saúde. É um salário mínimo só. É difícil manter. (E5)

A posição que todo ser se encontra é de estar lançado ao mundo, sendo os acontecimentos da vida cotidiana nem sempre agradáveis. A vulnerabilidade aos impasses

causa “pré-ocupação”, tal como menciona E5. É a ocupação de seu ser antecipada a um acontecimento ainda não real, mas que é uma possibilidade, pois E5 é um ser-no-mundo.

Portanto, foram apresentados diversos obstáculos, tais como: demora para obter consultas médicas e para emissão de resultados de exames no serviço público de saúde, condição socioeconômica desfavorável, baixa qualidade do transporte intermunicipal, alto preço de medicamentos essenciais e fraqueza física para continuar trabalhando e arrecadando renda.

Estas barreiras estão expostas aos pacientes, frente aos existêntivos fundamentais, os quais são a existencialidade (essência da existência), a facticidade (é o que é tal como nós o encontramos) e a de-cadência (fenômenos que se ligam mutuamente ao cuidado e que traz a descoberta de nossa própria existência) (HEIDEGGER, 2008). É assim que, o mundo como mundo, nos lança num perigo constante (SANTOS; RIBEIRO, 2006).

3.1.5. *O cuidar de si*

Nas entrevistas obtidas, o cuidado foi citado mediante várias perspectivas. A relação de cuidado no seio familiar assim como em meio à relação com a equipe de saúde já foram abordadas em outras categorias. Tem-se, neste momento, o cuidado consigo mesmo. As subcategorias encontradas referem-se aos relatos sobre os exames masculinos de prevenção e sobre as peculiaridades amazônicas do ser-homem.

Heidegger (2008) define o cuidado como nosso modo de proceder com os entes envolventes do mundo, dentre eles, o si mesmo.

3.1.5.1. *E a prevenção?*

Retomando o conceito de prevenção em saúde, observa-se que esse termo se relaciona a uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (GOMES; REBELLO, 2008).

A prevenção contra o câncer de próstata é feita por meio de dois níveis de programas de prevenção: a primária que previne a ocorrência da enfermidade e a secundária que consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento com o objetivo de reduzir a incidência e prevalência do câncer de próstata (JÚNIOR; MENEZES, 2015). Como exames preventivos essenciais, de acordo com a revisão de literatura explanada em tópicos anteriores, têm-se a dosagem do PSA e o toque retal. Acerca disto, E2 comenta:

Não. Não. Eu fazia exame de sangue, de fezes. Só esses mesmo. Eu não sentia mais nada, né? Eu fiz também um do estômago porque eu tinha uma gastrite. Até parei de tomar remédio. Tomei muito remédio.
(E2)

E2 refere-se à necessidade de realização de exames somente se sentir algo diferente em seu corpo, não possuindo compreensão adequada sobre o conceito de prevenção. Gomes (2013) destaca que as pessoas tomam decisões relacionadas com práticas preventivas de acordo com as suas visões de mundo, as formas como percebem os elementos ao redor. E2 ratifica este raciocínio quando complementa seu discurso:

Não, meus exames eram só mais exame de fezes, pra ver negócio de verme, que é o que persegue muita gente também. Agora, da próstata, tem mais ou menos um ano. Acho que ano passado que eu notei que tava com um pouquinho de dificuldade de urinar, mas não sentia nada, entendeu? Aí a coisa foi se aproximando mais e mais. Eu disse: “isso não tá certo não.” Aí fui fazer exame. (E2)

Os exames, portanto, não são tratados como preventivos, mas como último caso, algo inevitável, quando os sintomas estão bastante incômodos e o corpo clama por cuidados. Ao perceber ainda bastante falta de conhecimento público, Gomes e Rebello (2008) informam que não só se faz necessário maior investimento na produção do conhecimento sobre o assunto, na área da saúde em geral e na saúde pública em específico, como também é preciso que uma abordagem mais interdisciplinar seja desenvolvida.

Com isto, nota-se que há muito que contribuir para que se possa lidar com problemas que impedem os homens de fazer a prevenção do câncer de próstata. Sobre as rotinas preventivas, E3 diz:

Não, eu faço. Eu sempre faço. Há muitos anos eu faço. Sempre faço. Porque às vezes nunca dá nada. É o mesmo que esse toque, esse toque eu já fiz tem duas vezes, o toque da próstata. A primeira eu fiz acho que tá com uns quatro anos, não deu nada.
(E3)

Percebe-se, de acordo com o discurso, que E3 fez o acompanhamento, porém não ocorreu com periodicidade anual, conforme é recomendado. Além disto, é a combinação dos dois exames que complementam uma rotina ideal a partir dos 50 anos de idade. Sendo assim, bons resultados em um deles não são indicativos de descarte do segundo.

Segundo Júnior e Menezes (2015), o exame de PSA possui alta sensibilidade e baixa

especificidade, sendo indicada a realização do toque retal em paralelo, ao passo que este último somente analisa as porções posterior e lateral da próstata.

E4, também não possuindo o hábito de realização periódica anual de exames, foi surpreendido com o diagnóstico após o adoecimento de seu pai (também de câncer de próstata):

Não. Fui fazer depois. Quando eu vim a primeira vez aqui, eu vim através do meu pai porque eu era acompanhante dele. E através do meu pai, eu consultei o médico dele e ele passou um encaminhamento e eu aproveitei a oportunidade pra fazer por aqui né? E eu já vim com medo pra fazer, aí deu. (E4)

Vê-se que há resistência em procurar o serviço de saúde, assume-se, portanto, comportamentos pouco saudáveis, suscitando fatores de risco para o adoecimento. Conforme Oliveira e Popov (2012), muitos destes fatores estão relacionados a contextos culturais e emocionais, como o modelo da masculinidade hegemônica que associa a expressão de necessidade do serviço de saúde com demonstração de fraqueza e de feminilização, uma vez que desde pequenos são condicionados pela sociedade a seguir estas condutas estereotipadas.

E4 experienciou notícias sucessivas de adoecimento. Heidegger (2008) lembra que ser homem é estar numa situação mundana em particular (nisso consiste sua “mundanidade”), situação a partir da qual certas projeções são possíveis (mundanidade como condição), mas a partir da qual também certas projeções se tornam impossíveis (mundanidade como limite).

Desta forma, a mesma mundanidade que o coloca na condição de adoecimento é a mesma que lhe possibilitou a escolha de ter hábitos saudáveis ou não, realizar exames regulares como forma de detecção precoce ou não.

Ao ser perguntado sobre o motivo de não ter o hábito de realizar exames de rotina há mais tempo, disse que:

Passava pela minha cabeça, mas achava difícil porque tem que ter um encaminhamento e eu não conseguia, mas depois que eu comecei a acompanhar ele (pai) ... eu consegui. (E4)

Nascimento (2007) constatou que eventos de doença na família e sintomas associados à mesma são um dos fatores que levam os homens a realizarem o exame de toque retal. Verificou, assim, que o exemplo próximo de uma vivência de diagnóstico possibilita a ação, ainda que motivada pelo receio e susto. Por consequência, o medo aumenta quando se tem conhecimento do fator hereditariedade como componente de predisposição.

Oliveira e Popov (2012) informam que, em grande parte, a recusa ou a hesitação para realizar o exame estão vinculadas à dimensão das representações em torno da identidade masculina, sobretudo nos de escolaridade mais baixa. Esta é uma restrição de ordem moral. Segundo Gomes e Nascimento (2008), os homens, muitas vezes, não querem se submeter a uma situação que seria vexatória e constrangedora, além disso a condição de passivo no momento do exame conspiraria contra a noção de masculino.

No entanto, não podemos desconsiderar que a insuficiência de serviços de urologia na rede pública de saúde e a dificuldade por parte dos serviços de lidarem com as demandas masculinas são fatores que podem também fortalecer a resistência à prevenção do câncer de próstata (NASCIMENTO, 2007).

Também sobre as condutas de autocuidado, tem-se a seguir o ser-homem-amazônico em meio a um diagnóstico de câncer de próstata.

3.1.5.2. *Autocuidado amazônico*

O homem amazônico é fruto da confluência de sujeitos sociais distintos — ameríndios da várzea e/ou terra firme, negros, nordestinos e europeus de diversas nacionalidades — que inauguram novas e singulares formas de organização social (FRAXE; WITKOSKI, 2009).

O desenvolvimento da formação de um determinado grupo social é também processo integrante na construção de sentidos e significados para estas pessoas e que se moldam e se diversificam no decorrer do tempo. Tal como afirma Bauman (2005), os modos de ser são flutuantes, se alguns deles lhes são lançados desde quando você nasce, pelas pessoas à sua volta, outros são escolhidos e determinados por você mesmo, em outras circunstâncias sociais.

Tendo em vista esta interdependência de fatores, tem-se a seguir trechos que ressaltam estas peculiaridades:

Eu tô tomando remédio caseiro direto. Mel de abelha com insumo de couve e courama e um pouco de limão. Aliás, eu mandei meu sobrinho ir lá na beira, lá na balsa, que o meu filho mandou o dinheiro pros parentes comprar mel de abelha, porque lá compra puro, tira da abelheira e é coisa pura. Aí ele mandou quatro litros. Fui pegar hoje lá na balsa. (E2)

E2 tem como forma de autocuidado a extração e utilização dos recursos da natureza. Esta atitude possui uma influência indígena bastante forte. Principalmente na região norte do

Brasil, é constante esta estratégia de cuidado, tal como E2. Por isso, Santana e Erdman (2006) informam que o profissional da saúde deve estar preparado e buscar um maior conhecimento sobre os costumes, os valores, as crenças e as demais características da comunidade em que atua.

Para Reis (2006), esta intimidade com a natureza advém de uma herança histórica. Segundo o autor, os povos amazônicos já possuíam demorada vivência e convivência com o meio físico e utilizavam-no a seu modo, intensamente, sem hesitações. E, ainda segundo o autor, são estas técnicas desenvolvidas que distinguem os povos amazônicos de qualquer outro.

E5 também mencionou a utilização de plantas como forma de medicar-se:

Eu fiquei me tratando só com o poder de Deus e remédio caseiro, tomei muito remédio caseiro, muita babosa, muita corama, muita folha, chá de muita folha, tipo de raiz (...) Graças a Deus, eu parei de sentir dor. O remédio que eu mais me dei foi o chá da folha da graviola. É, ele é tipo um... tipo um... um anti-inflamatório. Diz que é um remédio bom pra tratamento de câncer. Eu achei muito bom, eu tomo ele. (E5)

Em outras palavras, E5 informou fazer uso da fitoterapia. Rezende e Cocco (2007) esclarecem que a fitoterapia utiliza as diversas partes das plantas, como raízes, cascas, folhas, frutos e sementes, de acordo com a erva em questão. Há também diferentes formas de preparação destas plantas, sendo o chá a mais utilizada, preparado por meio da decocção ou infusão. No primeiro processo a planta a ser utilizada é fervida junto à água, já no segundo a água é fervida sozinha e depois colocada sobre a planta, quando são liberados os seus princípios terapêuticos.

Desta maneira, é importante a participação dos profissionais de saúde nesta área, visando uma integração do conhecimento utilizado pelo sistema de saúde oficial ao popular, pois, como Nogueira (2014) estabelece, as terapias alternativas têm muito a oferecer, podendo contribuir com as ciências da saúde, além de possibilitar ao indivíduo relativa autonomia em relação ao cuidado consigo mesmo e com as pessoas que preza.

Além do câncer, há outros processos de adoecimento concomitantes devido à idade dos participantes e, apesar das dificuldades, E3 expõe que vai à procura de tratamento também para estes outros problemas físicos:

Eu tô fazendo uma fisioterapia lá no CAIMI. (...) Pra bursite, não é fácil não. (E3)

Apesar de E3 dizer que não é fácil, ele não desiste, sendo uma forma de ser peculiar do caboclo amazônico. Reis (2006), ao abordar a dinâmica indígena, reflete que os índios da Amazônia possuem uma história que dignifica os povos regionais atuais por tudo que padeceram, pelo que proporcionaram na formação regional desde a contribuição étnica à econômica, pelo que puderam realizar como demonstração de resistência e de heroísmo.

A partir desta mesma lógica de determinação e destemor, E3 lida com os exames da próstata, mais especificamente o de toque retal:

Já. Quando eu tava nos cinquenta anos, eu fazia. Porque tem gente que tem preconceito em fazer isso né, tem medo, não sei o quê. (...) Tenho medo não, rapaz. Tenho medo não. Isso não acontece nada. (E3)

Esta opinião de E3 abre perspectivas para pensar em estratégias de atendimento em saúde que se beneficiem deste modo de ser amazônico, ultrapassando receios e preconceitos já apontados na subcategoria anterior “E a prevenção?”.

Assim, ao estar atento às maneiras de autocuidado amazônico, os profissionais da saúde podem incentivar a utilização destes conhecimentos específicos em diferentes locais, inclusive nas áreas mais carentes de recursos de saúde, estando associados ao saber da população local (NOGUEIRA, 2014).

Com isso, enriquece-se o estudo da fitoterapia e ainda é oferecido à população subsídios para uma vida melhor, orientando quanto à forma mais adequada de utilização das plantas (REZENDE; COCCO, 2007).

Unido a isto, o comportamento determinado e forte do homem amazônico pode servir de imensa contribuição para o sucesso de tratamentos de saúde, os quais dependem da boa relação e entendimento entre equipe profissional e usuário deste serviço.

3.1.6. *Meu corpo sofre, minha mente também*

Em meio à experiência do câncer, surge o medo, a desesperança, a sensação de desamparo e descuido. Nas frases seguintes, estão transcritas expressões que refletem estes sentimentos. Vê-se que de um adoecimento físico, surge o sofrimento emocional.

E3 e E5 comentam sobre sensações de mal-estar:

Tem horas que dói. Dói muito. Eu me sinto muito ruim, sabe?
(E3)

Perco noites de sono. Eu tô tendo muita insônia, tenho insônia demais. (...) Eu fico com a minha cabeça atordoada, sabe? (E5)

Segundo Pimenta e Koizumi (2007), os sintomas álgicos somam-se às incapacidades primariamente relacionadas à neoplasia e seu tratamento e podem ser causa de insônia, anorexia, confinamento, perda do convívio social, redução das atividades profissionais e de lazer. E3, portanto, além do incômodo natural que uma dor provoca no corpo, sofre também as consequências psicológicas e informa sentir-se “muito ruim”.

A dor é vista como inútil e desumanizante e acarreta grande estresse e sofrimento aos doentes e aos que os rodeiam. Um quadro de dor, frequentemente, resulta em perspectivas emocionais, sociais e econômicas desfavoráveis ao doente e seus familiares (LOBATO, 2013).

Tendendo a intensificar o sofrimento álgico, E3 aguarda por atendimentos que demandam alto tempo de espera para obter sua vez, o que se configura como um fator ansiogênico prejudicial ao seu quadro de saúde.

Foi, foi pra marcar que demorou. Diz que tem pouco médico, é muita gente... mas oito mês... é muito tempo hein. Essa doença aqui se fosse pra morrer eu já tinha morrido já. Se fosse um mês, dois mês, tudo bem... mas oito mês! Foi lá no começo de janeiro ainda, lá no começo de janeiro. (E3)

Para os pacientes que estão recebendo o tratamento, a ansiedade também pode aumentar a possibilidade de sofrer mais dor (COSTA; CHAVES, 2014), sendo a ansiedade advinda da preocupação do que pode vir a acontecer, bem como daquilo que não acontece por questões operacionais do sistema público de saúde.

Em relação à desassistência, E5 também sente o reflexo desta carência:

... isso já depois de um ano sem médico, um ano, um ano sem assistência de nada! Eu fiquei assim que nem uma árvore secando. Eu tô me sentindo inválido. (...) Eu tô me matando antes da hora, sabe? (E5)

A comparação utilizada por E5, quando diz estar como “uma árvore secando”, indica a intensidade de um sentimento de não ser mais quem era. De acordo com Troccoli e Zannon

(2015), a vivência do câncer, em casos de má assistência, é intensa e agressiva trazendo sensações de fadiga, náusea, perda do apetite, dor e depressão.

O paciente oncológico sente-se fraco, com baixa autoestima diante da sua situação. Diante disso, os profissionais da saúde devem reconhecer o impacto psicológico do câncer durante todo o processo da doença, esforçando-se para oferecer um serviço humanizado ainda que as configurações do sistema público não proporcionem ferramentas facilitadoras para isto (FABRA, 2007).

Então nisso eu já vou pra mais de dois anos, vou pra lá e venho pra cá, vou pra lá e venho pra cá. Agora me diga. Será que eu não tenho direito em um sistema de saúde ser tratado igual como as outras pessoas? Tão só de jogo comigo, né? A minha saúde tá se acabando. (E5)

E5 sente-se atordoado à medida que percebe o tempo passar e a quantidade de encaminhamentos recebidos serem maiores que os de atendimento. Em meio a tantos desencontros e informações contraditórias acerca do prosseguimento de seu tratamento, E5 demonstra estar confuso:

É, aí eu paro assim: “Será que eles estão agindo certo? Será que eles estão jogando mal comigo?” Aí na outra hora, eu vejo assim: “Pelo menos, eles viram meu lado, eles não me deixaram eu me arriscar e fazer o que não podia.” (E5)

É indiscutível a importância de o profissional de saúde empenhar-se em transcender a doença e buscar, por trás das suas manifestações, o indivíduo que sofre e que precisa ser confortado com o mesmo empenho que o dedicado ao combate à doença com o uso de armas corretas (SIMÕES; BITTAR, 2007).

Para Casete e Corrêa (2015), a arte de curar ultrapassa o conhecimento científico e, por isso, prescinde do equilíbrio harmonioso entre o talento do profissional, sua formação e uma visão humanista do seu ofício, permeada por noções básicas de psicologia, que o ajudariam a separar a doença do doente.

Esta atitude acolhedora e respeitadora ao paciente evitaria que se ouvissem frases que exalam tão fortemente o sentimento de desamparo e desespero, como as de E5.

Eu corro um risco muito alto, sabe por quê? Corro um risco alto. O próprio médico explicou. O meu PSA hoje tá no número trinta e não sei o quê. Então significa o quê... que é o hormônio que tá muito alterado no meu corpo. Corre o risco de localizar o

câncer que tá localizado no meu corpo... generalizar no meu corpo, entendeu? Então eu tô pedindo por Deus uma solução pra isso. (E5)

As possibilidades negativas surgem à mente de E5, com as quais ele não consegue ter controle e se abate por pensamentos catastróficos. Como Mandú (2006) explica, o corpo é o objeto do desencadeamento de uma experiência negativa e a perda do suposto controle sobre o tempo acarreta ao paciente inúmeras sensações desconcertantes e, em geral, descontroladas, tendo como principais o medo da morte e do sofrimento. Vale observar que tudo isto ocorre em uma instância concreta e real, que é denunciada pela dor e demais sofrimentos físicos, pela situação de dependência de terceiros (equipe de saúde) e pelo sentimento de impotência.

Desta forma, ao compreender a situação de crise do paciente como algo que se estende pelo físico, psicológico e social, deve-se possibilitar recursos mais integrativos à equipe, o que otimizará o trabalho e permitirá que este paciente se sinta parte integrante de um processo saúde-doença humanizado (SIMÕES; BITTAR, 2007).

3.1.7. *Há um Ser Superior*

Esta última categoria demonstra a devoção a um Ser Superior. De forma a discernir os conceitos de religiosidade e espiritualidade, tem-se que são temas próximos, mas indicam fenômenos diferentes.

Segundo Pinto (2009), a espiritualidade é inerente ao ser humano, ao passo que a religiosidade pode servir como meio de inserção comunitária e cultural, mas é parte acessória.

Para Giovanetti (2008), o termo religiosidade implica a relação do ser humano com um ser transcendente, enquanto o termo espiritualidade não implica necessariamente uma ligação com uma realidade superior, mas é a possibilidade de uma pessoa mergulhar em si mesma.

A espiritualidade tem relação com valores e significados, a relação pessoal consigo mesmo e com os outros e, principalmente, é a captação do simbólico, sendo o sentido que alguém atribui à sua existência (VALLE, 2006).

Embora a espiritualidade seja característica de todo ser humano, ela pode ser cultivada ou não. Uma das maneiras, mas não a única, através da qual a espiritualidade pode ser vivenciada, é através da religião (PINTO, 2009). Assim, conclui-se que a religiosidade é posterior à espiritualidade, pois é uma forma de manifestação dela.

Mediante estas definições, seguem expostos trechos em que os entrevistados fazem uso da religiosidade para expressar sua espiritualidade:

Eu tô confiante e sinto que eu estou livre porque pra mim... vou te ser sincero... ele (médico cirurgião) foi mandado por Deus pra me libertar disso. (E1)

Tem! Tem que ter fé em Jesus Cristo, com a ajuda de Deus e do homem eu vou chegar lá, ainda vou mais na frente. (E2)

Tô pedindo a Deus que dê certo! (E5)

Nestas frases, E1, E2 e E5 demonstraram o depósito de confiança em um ser transcendente que os fornece proteção e força ao mesmo tempo. Conforme Mesquita e Chaves (2013), a espiritualidade através da religião mostra-se importante no enfrentamento do câncer, ao desempenhar papel protetor contra a morbidade psicológica, pois tem impacto importante sobre a maneira como a pessoa lida com a enfermidade.

É assim mesmo, é a vida, a gente tem que superar essas coisas, às vezes é uma provação que Deus mostra pra gente. (E4)

Na prática clínica, é imprescindível que a equipe profissional conheça a dimensão espiritual do paciente ao planejar os cuidados de saúde, visto que ao ser utilizada como modo de enfrentamento, a espiritualidade ocupa lugar de destaque na vida das pessoas (AQUINO; ZAGO, 2007).

E2 relembrou o momento em que a notícia do diagnóstico ainda estava recente e mencionou ter considerado que Deus o escolheu para viver esta experiência:

Eu me senti bem, do jeito que eu tô aqui porque a pessoa não tem que se agitar, pensar e ficar preocupada porque isso é coisa comum, isso é coisa de Deus, isso é... a gente não adoce porque quer. A doença não vem porque a gente quer. É uma coisa que acontece com qualquer um. A única coisa que eu pensei foi: "Poxa. Tanto do pedaço de carne ruim que existe e Deus me escolheu, mas tá tudo bem." (E2)

O exemplo de E2 destaca uma opinião que deve ser tratada com delicadeza, pois não se deve interferir em seus credos a ponto de retirar o benefício do autocontrole e tranquilidade que a religiosidade proporciona (MESQUITA; CHAVES, 2013), no entanto, deve-se orientar sutilmente sobre as formas como lida com suas convicções, uma vez que a responsabilização

pelo adoecimento precisa ser estimulada em detrimento de um acaso ou vontade divina.

Seguidamente, E2 expressa um ponto de vista interessante a ser incentivado, pois realça a atuação da religiosidade no âmbito palpável e acessível em vez de aguardar por fenômenos místicos, mágicos ou milagrosos:

A gente precisa de uma ajuda né. Primeiro de Deus, depois do homem também. O Deus deixou a inteligência pro homem, pra ele... ajudar quem precisa. (E2)

Ao compreender como sua fé deve ser direcionada, a busca religiosa não é entendida como uma forma de fugir da realidade, mas como uma perspectiva de futuro para o tratamento do câncer (AQUINO; ZAGO, 2007).

E2, em outro momento da entrevista, fala novamente sobre a aceitação da doença a partir da mansidão que a religiosidade lhe proporciona:

Isso (câncer) não é novidade. É coisa do tempo, é coisa de Deus, coisa do mundo, coisa do ser humano. Se tiver que morrer, morre. (...) Pode ser o que for, né? Nasceu... um dia tem que morrer e a gente tem que se conformar. Seguir em frente e se conformar com a saúde, com a doença. (E2)

Igualmente como foi citado antes, é válido frisar a E2 sua responsabilidade individual com a saúde, porém a relação serena que se sustenta com o que vier a acontecer é um ponto positivo da frase dele, impedindo-o de entrar em estado de pânico ao pensar em possibilidades do futuro.

Neste contexto, Espíndula e Valle (2010) informam que nos últimos anos, a espiritualidade e a religião, na experiência do câncer, têm sido reconhecidas de maneira crescente, pois, ao invés das explicações reducionistas da medicina, os sistemas religiosos oferecem uma explicação à doença que a insere no contexto sociocultural do paciente.

Assim, os profissionais de saúde possuem obrigação de permitir a presença do apoio espiritual e religioso aos pacientes e sua família, mas essas experiências devem representar sustento, proteção e prudência, sempre aderindo à realidade (MESQUITA; CHAVES, 2013).

3.2. Síntese Compreensiva

A experiência de entrevistar 5 (cinco) pacientes com diagnóstico de câncer de próstata em meio ao Sistema Único de Saúde me possibilitou uma vivência com legado ímpar no aspecto pessoal e profissional. Como foi narrado na trajetória metodológica, meu trabalho de pesquisadora nesta área não foi meta fácil a ser cumprida. Viu-se que o ambiente no qual se realizou a pesquisa é de um clima permeado de tensão.

Diante desta temática e ambiente, pude constatar uma interessante comparação: se para a concretização de uma atividade de pesquisa, a dificuldade esteve presente, mais ainda esta se apresenta para um paciente que depende de atendimentos urgentes e atentos. Indo além, é preciso lembrar que este paciente está diagnosticado com câncer, doença estigmatizada pela maioria das pessoas.

Mesmo com todos estes impasses, a primeira frase da primeira entrevista foi “Olha, eu não me sinto tão pequeno, tá?”. Naquele momento, se a *epoché* ainda não estava plenamente instalada, nesta hora se fez. As palavras iniciais de E1 quebraram todos os paradigmas da vitimização, todas as possibilidades da piedade (ainda que ínfimas) desmancharam-se e soaram aos meus ouvidos como “*Apesar da visão externa que se tem do meu problema, eu não me sinto assim. Não tenha pena de mim. Eu não sou uma vítima.*”.

A chance de obter relatos amazônicos também me trouxe o privilégio de ultrapassar o conhecimento dos temores generalizados sobre o câncer de próstata. Em vez de me deparar com o medo da impotência sexual, encontrei muito mais o receio de não continuar trabalhando na plantação de andiroba, de não poder mais tomar açaí ou nem ver os netos crescerem.

A autoestima e persistência são tão emocionantes de sentir neles, que a lamentação pela doença dá lugar à gratidão de ter pernas, mãos e braços perfeitos para continuar trabalhando intensamente assim que ficar curado, o que é uma certeza com muito mais créditos do que a hesitação em pensar no fracasso.

Muito acima de um conhecimento formal acadêmico, a sabedoria advinda da vida é bem mais valorizada por eles. E4 é autodidata, leva livros de sua escolha em uma bolsa e, durante as longas esperas para as consultas, dá continuidade às suas leituras. E2 não sabe ler, mas se não soubesse a técnica da extração do leite da seringueira, não teria criado e educado seus filhos.

Como base para esta autoconfiança precedente, une-se a confiança oriunda da relação entre equipe de saúde e paciente. Assim como em um relacionamento entre professor e

aprendiz ou entre mãe e filho, o diálogo aberto produz entendimento e sucesso ao invés de um contato superficial e autocrático. E1 esclareceu que o conhecimento apurado de seu quadro de saúde foi peça essencial para que ele obedecesse às recomendações médicas, pois sabia o que estava fazendo e por que deveria agir de determinada maneira.

A partir desta crescente segurança, abre-se espaço para tratar de enfermidades anteriores ao surgimento do câncer, as quais não necessariamente foram causativas à neoplasia. Desta forma, E1 voltou sua atenção também ao seu nível de colesterol e glicose e E3 continuou com suas sessões fisioterápicas para bursite no CAIMI (Centro de Atenção Integral à Melhor Idade).

A linguagem simples com que descrevem as doenças e procedimentos são verdadeiras lições para que percebamos que é útil e possível a simplificação de terminologias, o que facilita o entendimento mútuo e diminui a probabilidade de ruídos na comunicação.

Ainda sobre a relação equipe e paciente, E3 diz que ainda que seja demorado para ser atendido, o mais importante é que, quando finalmente a consulta acontece, o profissional dê a máxima atenção, avalie os exames, converse e trate bem. Com isso, não há argumento relacionado à precariedade do sistema público de saúde que justifique a falta de humanização e maus tratos de um servidor público da área da saúde no momento em que lida com o paciente.

Além da utilização de linguagem acessível e sem jargões técnicos, é necessário confirmar se o paciente entendeu o que realmente se pretendia dizer. Ficou notório que com E5 não aconteceu esta ratificação do diálogo. Assim, E5 manteve informações incompletas ou, talvez, totalmente desconexas por todo o seu período de adoecimento, representando um agravamento de um processo ansiogênico plenamente prejudicial ao êxito do tratamento. Os desentendimentos gerados por conta destes bloqueios comunicativos somam-se aos sentidos já atribuídos por E5 em relação ao mundo, mesmo que anteriormente à vivência do câncer. Com isso, o vácuo existente no diálogo dá lugar a interpretações próprias e produz suas dúvidas como “será que eu não mereço um atendimento humanizado?”, “será que estão só de jogo comigo?”.

Percebo que quanto menos o discurso é apreendido e seguro de seus significados, mais se caminha a esmo. Com isso, os rumos tortuosamente definidos seguem o direcionamento do vento, em que este são as vivências anteriores do paciente. Portanto, entendo que quanto menos o profissional da saúde clarifica a comunicação, mais o paciente embute conteúdos próprios para concluir aquilo que, de fato, não recebeu um fechamento.

A convivência no seio familiar interfere diretamente nas compreensões de sentidos e

significados. A configuração da família amazonense retratada nas entrevistas demonstrou a impulsão à ajuda mútua e a tendência à proximidade de residências à medida que os filhos assumem suas próprias famílias. As habitações contíguas ou nas imediações expressam na concretude o apoio e união familiar. Ao receber ajuda do genro e sua filha, E2 retorna este cuidado por meio da preocupação com a situação econômica dos mesmos e, desta forma, o afeto é compartilhado.

Quando a possibilidade da proximidade não é muito constante, procura-se uma forma de a qualidade do contato não ser lesada por conta da distância. A irmã de E3, mesmo morando em Cuiabá, solicita a presença do irmão. Contudo, o comportamento de isolamento de E3 prevalece e os laços familiares são prejudicados nas festas de final de ano, tendo como motivo da separação o adoecimento.

E4 trouxe a mim o exemplo do retorno à casa dos pais. Após uma desilusão amorosa, E4 clama pelo sustento e companhia dos genitores. Estando ambos, pai e filho, diagnosticados com câncer de próstata, passam a conviver em síncrona contribuição, sendo companhia inclusive nas esperas pelas consultas na FCECON. E4, portanto, sente-se útil, mas vive o risco de esquecer-se de si por muitas vezes; enquanto E5 já foi útil na vida de muitos e hoje quer que alguém se lembre dele.

Compreendi que a vida simples destes senhores satisfaz os mesmos, uma vez que estão em contato com seus familiares e com a terra a seu dispor. Este estilo de vida continuaria a suprir suas necessidades mesmo durante o câncer, caso os serviços públicos funcionassem eficientemente (dentre eles não somente o de saúde, mas o de transporte, por exemplo). No entanto, não é esta a realidade, o que faz com que a escassez de recursos econômicos signifique um impedimento à rápida resolutividade de seus dilemas.

A própria simplicidade da vida leva também a uma praticidade de hábitos. Desta forma, se não detectam sintomas fora do normal, não veem motivos para realizar exames periódicos. Para eles, é uma questão puramente lógica. Através das entrevistas, vê-se que é inegável que possuem uma boa percepção corporal, porém falta o incentivo e informação específica no que tange às recomendações da promoção da saúde e prevenção de doenças, não se atendo unicamente ao tratamento após o diagnóstico de uma doença confirmada. É desta forma que E3 não realiza os exames anualmente e que E4 tomou conhecimento de seu quadro de saúde somente após saber notícias do diagnóstico de seu pai, pois antes a dificuldade de acesso aos serviços públicos era justificativa cabal para a falta de autocuidado.

A singeleza da vida também se mostra na forma de autocuidado amazônico. É mais comum a eles a colheita ou extração do medicamento do que a compra deste. Juntamente com

os princípios ativos da natureza, vêm arraigado neste remédio natural o aconchego da avó, o carinho da mãe e os conselhos da tia. A entrega dos materiais necessários passados mão a mão para o preparo dos chás, “garrafadas” ou extratos para incluir nos curativos significam uma confiabilidade exponencial quando comparada à aquisição de um fármaco industrializado.

Neste ponto, vale o cuidado da boa relação entre equipe e paciente, na condição de caminharem juntos a partir da concomitante farmacoterapia industrializada e natural, esculpindo uma mutualidade.

O cuidado ameniza as dores físicas e também as dores mais íntimas do ser. Quando E3 diz que dói, mas dói muito e que se sente muito ruim, E3 não se refere somente ao incômodo físico, mas às dores do descaso e da desumanização. Com E5, isto ficou ainda mais nítido, uma de suas primeiras frases foi informar que desejava um “apoio de tratamento”, demonstrando que o tratamento estava ocorrendo, mas que sentia falta de uma sustentação a partir de informações precisas. E5 deparava-se constantemente com a contradição e confusão, surgidas dos desencontros de opiniões médicas, mas sobretudo originadas de seu Eu, uma vez que seu ser-no-mundo era permeado de sentidos e significados propícios a compreensões negativas. Pude observar o quanto um adoecimento físico é capaz de instalar ou potencializar um sofrimento emocional.

O suporte pode vir da família, da equipe de saúde e também da sua própria forma de enxergar a si e o mundo, na qual se incluem a autoestima e a espiritualidade. Sobre isto, notei que todos os entrevistados acessam a espiritualidade por meio da religiosidade, pois a figura de uma divindade suprema foi citada em todos os diálogos.

No decorrer das obtenções de dados, conceituou-se a figura divina como alguém que enviou a pessoa correta para curá-lo, considerou-se que os estados de saúde e doença são demandados por este elemento superior e que a pessoa deve se conformar com aquilo que lhe foi dedicado, mas sabe que é importante ter forças para lutar e quem dá essa capacitação também é este ser superior, afirmou-se que a divindade dá a inteligência ao ser humano para que ele a utilize pro bem e ajude quem precisa, falou-se também que o ser superior entrega desafios às pessoas, denominados como provações, para que sejam superados.

Todos intitularam este ser superior de Deus. No entanto, apareceram conceitos que propiciam uma maior autoconfiança e empoderamento deste paciente, assim como surgiram formas mais dependentes e passivas de lidar com a religiosidade.

Com estes resultados, tive a oportunidade de conhecer as barreiras vivenciadas por senhores no estado do Amazonas convivendo com o câncer de próstata, bem como suas formas de significar e seguir em frente, transpondo os obstáculos sintetizados nas categorias

de análise. A partir da experiência como pesquisadora, enxerguei possibilidades onde sequer imaginava e quem as apontou foram eles mesmos. Os percalços apresentados à realização da pesquisa em meio a serviços públicos de saúde não me impediram de concretizá-la, mas terminaram por oferecer-me uma sensibilidade mais aguçada à compreensão do panorama atual do tema escolhido.

3.3. Análise Compreensiva a partir da teoria rogeriana

Conforme proposto no objetivo, procurei compreender, através do discurso, a vivência do ser-homem com câncer de próstata, mediante a teoria de Carl Rogers. E a partir disto, busquei contribuir com a sugestão de estratégias psicológicas de acompanhamento adequadas ao público em questão. Para isto, esta análise compreensiva está subdividida de acordo com o tripé da tendência atualizante: a congruência, a empatia e a aceitação positiva incondicional; todas estas já conceituadas na Revisão de Literatura. Como Rogers (1985) indica, estes fatores possibilitam a propulsão ao crescimento, sendo a mola da vida, que ativam todas as capacidades do organismo a ponto de aprimorar a pessoa.

A seguir, a relação entre os conceitos rogerianos e a vivência extraída da pesquisa.

3.3.1. A Congruência

Constatarei que ser congruente é uma condição bastante benéfica ao desenvolvimento pessoal, uma vez que a congruência é sinônimo de uma relação autêntica consigo mesmo e com os outros. Segundo Rogers (1985), há um processo que vai desde perceber verdadeiramente e assumir o que sente diante de um aprimoramento do autoconhecimento, perpassa pela habilidade de conseguir descrever o que captou de seus sentimentos, segue pelo desprendimento de expressar todas estas reflexões e termina na perspicácia em admitir a complexidade deste autoconhecimento sem receios.

Entendo que para percorrer todo este trajeto saudável especificado por Rogers (1985), faz-se necessário um profundo e constante esforço voltado ao autoconhecimento e posteriormente o engajamento em formar relações congruentes com as pessoas ao seu redor, pois, caso contrário, a liberdade em expressar tudo o que se sente e pensa findará em conflitos interpessoais.

Tem-se a seguir alguns trechos que mostram a congruência expressa nos dizeres. Durante a entrevista, pude sentir através destes trechos uma comunicação sem fachadas:

Você nasceu de novo. Você tem uma outra coisa. Você não pensa naquilo mais porque tá fora de você e acabou. (E1)

Eu não tô me sentindo bem, né. Como se diz, por enquanto ainda tô vivo né. Ainda tô com força ainda né. Eu tô com força e com esperança que... que vou... pelo menos que eu não fique bom, mas pelo menos melhorar mais. (E2)

Tem horas que dói. Dói muito. Eu me sinto muito ruim, sabe? (E3)

As frases acima indicam a verbalização sincera daquilo que a apurada percepção possibilitou que eles sentissem em si mesmos. Alguns relatos indicam sentimentos bons e outros nem tanto. Apesar disto, a congruência está na autopercepção dos sentimentos e na flexibilidade em expressá-los.

Gobbi e Missel (2008); em sua obra “Abordagem Centrada na Pessoa: Vocabulário e Noções Básicas”, que explana sistematicamente os conceitos rogerianos; frisam que a congruência não é um estado permanente, mas há momentos e situações congruentes. Indo além, a congruência se dá também na relação com o outro. Com isto, quanto mais se fizerem presentes estas circunstâncias aprazíveis, mais conjunturas saudáveis serão correntes. E é por este dinamismo que é possível perceber, durante esta análise compreensiva, instantes de congruência e incongruência no mesmo participante.

Rogers (1985) indica que o nível de congruência é representado pela proximidade em que as palavras traduzem os sentimentos, sendo inicialmente as palavras que fazem parte do pensamento (o que se diz a si mesmo) e depois as palavras que compõem o conteúdo expresso na comunicação com o outro. Com isto, a atitude de trabalhar sobre problemas reais, discernindo a realidade ao redor e agindo serenamente configura o principal resultado da congruência.

Em meio às entrevistas, obtive a oportunidade de encontrar em E2 este enfrentamento lúcido:

Eu tenho plantação de andiroba, (...) que eu plantei, tem umas lá dando fruto. E é esse o patrimônio que eu tenho. Se tiver que vender, eu vendo. Se for pra resolver o problema. (E2)

{...}

Se for preciso operar... eu quero é ficar livre né. (E2)

Com E3, também foi percebida uma relação perspicaz com as adversidades que lhe surgem, em que atua com iniciativa e responsabilidade, até mesmo quando se trata de outros problemas de saúde, que não unicamente o câncer:

Eu tô fazendo uma fisioterapia lá no CAIMI. (...) Pra bursite, não é fácil não. (E3)

{...}

Eu faço muito exame. Eu quando tô com qualquer coisa, eu vou pro médico, espero, faço exame. Tem que fazer exame, sabe? Eu tô com 63 anos. (...) Tem que cuidar. (E3)

A partir de uma relação congruente com a equipe de saúde, é possível ao paciente falar abertamente sobre seus receios e até mesmo sobre suas condutas inadequadas com a própria saúde sem medo de rechaçamentos ou julgamentos. De acordo com Rogers (1951), quando se há a liberdade para a pessoa expressar sobre o que sente, o que realiza e o que considera que deveria ter feito e não o fez, a mudança de atitudes tende a ocorrer com maior facilidade. A seguir, o relato de E2, em que foi sincero ao comentar sobre a não periodicidade de seus exames de rotina da próstata.

Não, meus exames eram só mais exame de fezes, pra ver negócio de verme, que é o que persegue muita gente também. Agora, da próstata, tem mais ou menos um ano. Acho que ano passado que eu notei que tava com um pouquinho de dificuldade de urinar, mas não sentia nada, entendeu? Aí a coisa foi se aproximando mais e mais. Eu disse: “isso não ta certo não.” Aí que fui fazer exame. (E2)

Ainda dou nota 8 pro senhor E1 (ele mesmo) porque ele ainda não cuida do colesterol dele. (risos) (E1)

A congruência também se apresenta a partir de um movimento de aceitação de si. Desta forma, pode-se compreender que E4 conseguiu valorizar-se e apreciar suas virtudes, mesmo diante de uma situação difícil de lidar:

Sou uma pessoa responsável (...). Eu não sou formado, mas eu tenho meu ensino médio completo, fiz um pouco de inglês, gosto muito de leitura. (...) Olha, a minha bolsa é toda cheia de livro. (E4)

{...}

Tô bem, é como eu te falei. Apesar do problema que deu, pela idade que eu tenho, eu não tô parálitico, tenho mãos perfeitas, minhas pernas, eu posso andar. Mesmo com todo problema, né? Eu agradeço muito a Deus. (E4)

Do contrário, seguindo a lógica estabelecida por Rogers (1985), a incongruência é mostrada pela superficialidade. Com ele mesmo, o incongruente age com espírito crítico aguçado de avaliação negativa e de inaceitação de si; com os outros, ele é defensivo e não se dispõe a modificar-se e crescer.

Assim, quando se age de forma defensiva, as palavras e ações contraditórias emanam. E3 informou “sempre” realizar os exames da próstata, trazendo a ideia de uma periodicidade ideal, a qual seria uma vez ao ano. No entanto, não é o que se nota nas palavras posteriores:

Não, eu faço. Eu sempre faço. Há muitos anos eu faço. Sempre faço. Porque às vezes nunca dá nada. É o mesmo que esse toque, esse toque eu já fiz tem duas vezes, o toque da próstata. A primeira eu fiz acho que tá com uns quatro anos, não deu nada.
(E3)

Pode ser que E3 nem saiba que a rotina adequada é a anual e realmente acredite que estivesse executando o autocuidado corretamente. Nesta hipótese, ainda assim, a congruência é algo que faltou, mas neste caso não unicamente em E3 e sim na sua relação com a equipe de saúde, pois orientações devem ser transmitidas por meio de uma comunicação de boa qualidade.

Momentos de incongruência também se fazem presentes quando predomina o não reconhecimento de seus erros e defeitos, preferindo apontar culpas externas, eximindo-se de responsabilidades (ROGERS, 1985). E4, ao também comentar sobre o hábito de realizar exames de rotina, citou que a conduta inadequada executada por ele era devido à dificuldade em obter encaminhamentos, mas quando soube do diagnóstico de seu pai, esforçou-se e conseguiu submeter-se ao exame em um pequeno intervalo de tempo.

Esta mesma evitação em refletir sobre sua responsabilidade no processo de adoecimento pode possuir sustento com argumentos religiosos. Assim, levando em conta a integralidade do ser humano, considere relevante observar como os pacientes lidam com sua espiritualidade e religiosidade, pois este aspecto tem capacidade de servir como valiosa contribuição ao enfrentamento, desde que saudavelmente abordado.

Eu me senti bem, do jeito que eu tô aqui porque a pessoa não tem que se agitar, pensar e ficar preocupada porque isso é coisa comum, isso é coisa de Deus, isso é... a gente não adoce porque quer. A doença não vem porque a gente quer. É uma coisa que acontece com qualquer um. A única coisa que eu pensei foi: “Poxa. Tanto do pedaço de carne ruim que existe e Deus me escolheu, mas tá tudo bem.” (E2)

A religiosidade oferece tranquilidade a E2 e isto o auxilia no processo de congruência. E2 não se martiriza com um sentimento de culpa que poderia impedir-lhe de prosperar em seu tratamento, no entanto, é importante frisar a ele a responsabilização, a qual é diferente de culpabilização.

A congruência possibilita a determinação e empenho em resolutividade de problemas (ROGERS, 1985). Sendo assim, o trabalho da responsabilização traria lucidez até mesmo ao trecho incongruente da percepção de E2, quando insinua que sua doença é fruto de uma má sorte, em que Deus o escolheu para vivenciar isto.

Ao entender que é necessário enfrentar os problemas e resolvê-los no lugar de negá-los (ROGERS, 1977), o incentivo da relação congruente pode permitir que a pessoa compreenda sua natural vulnerabilidade de ser-no-mundo, aceitando tal condição sem vitimização. Além disto, no caso da relação com a equipe de saúde, a congruência possibilita uma comunicação aberta e de qualidade, tendo a chance de entender o processo saúde-doença e fazer parte ativamente de seu tratamento. Ao inserir-se no entendimento dos procedimentos aos quais se submete, o paciente se sente partícipe do processo e não um “paciente” no sentido de passividade através do qual esta palavra possa ser empregada.

Ele disse: “Olha, a tua próstata tava do tamanho do caroço de uma manga, mas de câncer de próstata tu não morre mais. Acabou.” Isso pra mim foi... uma confiança muito grande. O trabalho dele que ele fez na minha bexiga, que eu tomasse muito cuidado, por isso todo o procedimento que ele mandou eu fazer eu fiz, pra não prejudicar a bexiga. (E1)

Ele me disse que é inflamação na próstata, que é câncer. Ele explicou tudinho. (...) Isso. Nem toda vez é só em uma localidade também. (E2)

Neste mesmo sentido, E3 soube explicar mediante uma linguagem simples qual a sua percepção sobre o procedimento da biópsia, em que demonstrou estar bem informado. Já E5, também sabia reproduzir as explicações que lhe foram fornecidas, mas informou contrariedade nas declarações dos profissionais que o atendiam. Conseqüentemente, E5 apresenta uma postura incongruente, não possuindo disposição para trabalhar sobre o problema, bem como toma decisões seguidas de desistências.

Portanto, percebi que a relação próxima e transparente da equipe de saúde com os pacientes constrói uma via de acesso sem obstáculos à congruência. Esta, por sua vez,

oportuniza um clima saudável consigo mesmo e com terceiros, contribuindo consideravelmente no sucesso do tratamento oncológico. Apesar do dinamismo citado em relação a este modo de ser, é seguro que quanto mais se atua dentro de uma perspectiva congruente, mais se abandonam modos de ser incongruentes. Entendo que é um saudável treino de ser verdadeiramente si mesmo para si e para os outros, cuja prática dentro de um ambiente ambulatorial ou hospitalar, inclui como aprendizes em evolução não somente o paciente, mas os próprios profissionais de saúde.

3.3.2. A Aceitação Positiva Incondicional

Rogers (1985) nos diz que a aceitação positiva incondicional do terapeuta para com o cliente é representada por uma atitude calorosa com aquilo que nele está. Como o termo informa, não há condições ou restrições para ser aceito; ele é simplesmente aceito.

E1 demonstrou sentir bastante confiança em seu processo de tratamento e informou conhecer histórias bem-sucedidas de cirurgia em pessoas convivendo com o câncer de próstata. Uma delas é a de seu sogro, de 68 anos, que se submeteu à cirurgia e se encontrava em ótimo estado de recuperação. E1 mencionou a boa qualidade do atendimento prestado ao seu familiar. Desta forma, ao observar a presença de aceitação positiva incondicional em casos próximos e conhecidos, E1 sente-se encorajado e esperançoso.

Dentro desta especificidade, a aceitação positiva incondicional se refere a receber o outro em sua integridade, seu ser em plenitude (ROGERS, 1985). É compreender não somente o quadro clínico que ali se traduz, mas como isto ressoa em sua forma de perceber o mundo diante daquela situação de adoecimento.

Ao compreender o sentido do relato de E1, vê-se que o bom atendimento a um paciente não acarreta benefícios somente a este, mas a todos que presenciam ou tomam conhecimento deste serviço de qualidade, propiciando uma sensação de conforto e esperança de que também será bem tratado quando assim precisar.

A seguir, E1 e E2 indicam a presença do companheirismo e confiança entre médico e paciente:

Ele foi um ótimo médico, ainda é aqui no hospital, me atende muito bem. Aí foi quando ele me deu alta, eu fui embora pra casa, aí ele virou pra mim e disse: “De câncer de próstata você não morre mais.” Eu tô confiante e sinto que eu estou livre porque pra mim... vou te ser sincero... ele foi mandado por Deus pra me libertar disso. (E1)

Ele (médico) disse: “Vamo ser parceiro. E crê em Deus e acredita em mim, que o que nós fizer tá seguro.” (E2)

Quando o profissional da saúde age dentro de uma conduta ligada à aceitação positiva incondicional, este tende a servir de exemplos para outros profissionais da área e é, inclusive, indicado e elogiado pelos colegas, como confirmou E1:

Tirou! Acabou! (...) Tem um outro médico amigo meu, de uma clínica particular, ele disse “tu tirou uma coisa ruim de dentro de ti. Tu foi com um dos melhores médicos que tem no cecon. Muito procurado porque ele é atencioso” (E1)

Idealmente, o atendimento de qualidade e resolutivo deveria ser oferecido gratuitamente, não necessitando que o paciente procurasse por serviços particulares para suprir a necessidade de urgência e atenção ao seu caso; mas, infelizmente, foi visto que não é assim que acontece com E2.

Ainda bem que eu tinha uns trocadinho, mas já ta na rapinha já, mas se for por causa de uma cirurgia, eu posso fazer um empréstimo no Banco da Amazônia, posso fazer empréstimo no Banco do Brasil. Eu tô em dias com o banco (E2)

E2, para conseguir receber o atendimento em tempo hábil, precisará despender de recursos próprios e custear serviços particulares de saúde, dispensando a morosidade do serviço público. Assim, E2 sente que há uma condição para alcançar o devido atendimento resolutivo, sendo esta a econômica. Havendo questões condicionais, não ocorre, portanto, a aceitação positiva incondicional neste caso, contribuindo para a desfavorabilidade do atendimento.

Nos moldes atuais, a condição econômica torna-se requisito para receber atendimento em curto prazo, medicamentos de qualidade, assim como fácil acesso aos estabelecimentos de saúde; como pode ser verificado nas expressões a seguir:

Foi ele (médico anterior) que me encaminhou pra cá pra fazer esses exames, mas como custava demais. É de 90 a 120 dias pra chegar o resultado, aí fui fazer particular. (E2)

{...}

Eu sinto dor, toda inflamação, nem que seja um pouquinho, mas ela dói né. Aí eu moro na estrada, no ramal, ainda caminho dois quilômetros, pra poder pegar o ônibus pra ir pra Figueiredo. Aí de lá pra cá, vem de ônibus ou senão de táxi, 60 reais que eu pago. O único dinheirinho que a gente tem, eu já gastei quase tudo, com esse negócio de transporte e exame. (E2)

A gente não tem dinheiro pra tá fazendo tudo... né... (...) Pois é, aí tem que ser pelo SUS, demorado assim. Essa doença aqui se fosse pra morrer eu já tinha morrido já. Oito mês, mês quatro, nós já tamos no mês doze. Oito mês. (E3)

Eu peguei um médico particular pelo nome de..., que já foi médico daqui, ele me passou um remédio, remédio muito caríssimo. Como ele é médico particular, o receituário não é do SUS, eu era obrigado a gastar com esse remédio sem eu poder, eu gastava com esse remédio mil reais por mês. (E5)

Quando E5 olha ao seu redor e não se sente amparado, seu sofrimento físico estende-se intensamente ao adoecimento mental. Dentre diversas verbalizações durante a entrevista, E5 relatou episódios de insônia, provavelmente ocasionados pela ansiedade. A seguir, algumas de suas afirmações:

Eu queria encontrar um apoio de tratamento, entendeu? Porque, no meu caso, eu estou no CECON desde 2013, que descobriram câncer de próstata em mim, tá entendendo? (E5)

{...}

Agora me diga. Será que eu não tenho direito em um sistema de saúde ser tratado igual como as outras pessoas? Tão só de jogo comigo, né? A minha saúde tá se acabando. (E5)

{...}

Perco noites de sono. Eu tô tendo muita insônia, tenho insônia demais. (...) Eu fico com a minha cabeça atordoada, sabe? Tem horas que a gente se sente assim na situação de abandono, sabe? Desprezo e menosprezado. Tudo isso. Será que ninguém compreende a minha situação? (E5)

Com E5, há uma urgência clamando por um efetivo atendimento multidisciplinar, posto que se sintetizarmos todas suas expressões transcritas, chega-se à palavra “desrespeito”. E5 não possui somente uma glândula adoecida, mas sua subjetividade também pede cuidados. O apreço à cultura e individualidade do paciente é também agir com aceitação positiva

incondicional, já que, como Rogers (1985) indica, se trata de construir relações que afirmem valores e respeito à pessoa como um todo. Desta forma, mergulhados em um contexto de autocuidado amazônico, é essencial que a equipe de saúde realize um trabalho em consenso com o paciente quanto ao uso de produtos naturais extraídos da rica vegetação da região, de maneira que o tratamento convencional com medicações industrializadas não prejudique, mas também não seja prejudicado por este.

Compreende-se que o acesso aos benefícios das plantas medicinais representa mais uma oportunidade de autocuidado a estes homens amazônicos. Vê-se nos relatos a seguir que a natureza é também uma fonte de amparo, que os acolhe e lhes dá esperança para a melhora de seu quadro. E é justamente por isso que o profissional da saúde deve ter a singeleza necessária para lidar com estas questões, primando pelo zelo de toda e qualquer fonte de segurança ao paciente, mas também se dedicando a orientar como se dá o uso correto dos recursos naturais oferecidos.

Eu tô tomando remédio caseiro direto. Mel de abelha com insumo de couve e courama e um pouco de limão. Aliás, eu mandei meu sobrinho ir lá na beira, lá na balsa, que o meu filho mandou o dinheiro pros parentes comprar mel de abelha, porque lá compra puro, tira da abelheira e é coisa pura. Aí ele mandou quatro litros. Fui pegar hoje lá na balsa. (E2)

Eu fiquei me tratando só com o poder de Deus e remédio caseiro, tomei muito remédio caseiro, muita babosa, muito corama, muita folha, chá de muita folha, tipo de raiz. (...) Graças a Deus, eu parei de sentir dor. O remédio que eu mais me dei foi o chá da folha da graviola. (E5)

Assim como a medicina natural, a espiritualidade do paciente também pode servir como fonte de amparo e aceitação, auxiliando no suporte à vivência do adoecimento, como pode ser observado a seguir:

Tô pedindo a Deus que dê certo. (E5)

Tem! Tem que ter fé em Jesus Cristo, com a ajuda de Deus e do homem eu vou chegar lá, ainda vou mais na frente. (E2)

Tal como já mencionado no tópico sobre a congruência, a comunicação efetiva entre equipe e paciente é fundamental. Quando a mesma não flui bem, além da própria

incongruência, o paciente sente falta de uma aceitação positiva incondicional, em que esta ausência pode ser verdadeira ou fruto de uma interpretação distorcida. Desta forma, E5 comentou:

Sentia problema, só que o médico não me levava a sério. Ele nunca fazia o exame de toque retal em mim, só fazia o PSA, ultrassom da próstata. (E5)

Não se sabe exatamente o que acontecia nas consultas periódicas de E5, mas a informação trazida por ele era de negligência. Percebe-se aqui que os conceitos rogerianos se complementam. Se não houvesse sido detectada em E5 a incongruência, eu poderia concluir a ausência de aceitação positiva incondicional por parte da equipe. No entanto, a partir das constatações sobre a incongruência de E5, deve-se aceitar a hipótese de produção de sentidos embaçados por bloqueios na comunicação. Nem por isso se retira a parcela de responsabilidade da equipe de saúde, pois não basta apenas oferecer os recursos ao usuário do serviço, mas também conferir se o que está sendo dado é o que está sendo recebido, verificando incessantemente se há sintonia e entendimento.

Outro fator que produz resultados quase sempre negativos é o tempo de espera para ser atendido no serviço público, que é longo, mas ainda assim, E3 considera que a alta demora durante a consulta representa uma qualidade do atendimento do profissional, mais uma vez confirmando a ideia de que a atenção prestada é fator diferencial na adesão ao tratamento e vínculo entre equipe e paciente:

O importante é o médico atender a gente, né (...) mas esse médico é bom, é bom porque demora. Ele fica quase uns vinte minutos, quinze minutos, pra ele atender um paciente. (E3)

Apesar de haver alguns relatos de carência de um atendimento afetuoso, surge outra fonte crucial de aceitação: o seio familiar. Observei que o apoio da família nos momentos de crise, decisões e hesitações conduz a uma sensação de segurança que sustentou estas pessoas mesmo nos episódios mais tensos da vida.

Eu moro há quarenta anos com a minha esposa e tenho quatro filhos, tudo formado em pedagogia e um outro trabalha aqui em uma clínica particular, serviço social e tenho uma família maravilhosa, tá? Que me ajudaram muito nesse sentido, eu antes... eu quando... o médico me disse que... eu tava com uma pontinha de uma caneta na minha próstata, aí... eu fiquei muito deprimido, chateado, mas depois me deram muita força. (E1)

*É, eu não tinha pra onde ir, eu voltei pra casa dos meus pais, aí quando eu cheguei na minha casa. Eu disse: “meu pai, é o seguinte, meu casamento acabou, a ** não vive mais comigo, o senhor me aceita de volta?”. Ele me abraçou e me botou dentro de casa, e até hoje. (E4)*

Nota-se que E1 recebeu o apoio durante a vivência da doença e E4 recordou-se de outra situação difícil de lidar, sua separação conjugal, em que recebeu o acolhimento de seus pais.

E3 possui o acolhimento da família, mas sente o receio de estar incomodando com suas enfermidades e opta por esquivar-se do convívio:

Assim, da minha coluna, eu tô com bursite nos dois braços, não posso nem levantar o braço. Eu não vou andar por aí, ficar na casa dos outros (casa da irmã em Cuiabá). Eu tomo remédio, eu tomo muito remédio. Eu tenho diabete, eu sou diabético. (E3)

Esclareceu-se durante a pesquisa que a doença interfere nas relações familiares, podendo mexer nos laços afetivos, causando o afastamento da família ou unificando-a. Sendo assim, o paciente que prefere o isolamento, conseqüentemente também opta pela impossibilidade de receber afeto e aceitação. E, de acordo com Rogers (1985), estes dois últimos contribuem significativamente no processo de autoaceitação e renovação de si mesmo.

Mediante estas constatações, a aceitação positiva incondicional no ambiente que oferece serviços de saúde pública é tão importante quanto a dispensação de um medicamento ou uma vaga para uma consulta com um médico bem conceituado. A presença dela na atuação de um profissional de saúde viabiliza o recebimento de um afeto em forma de cuidado, o qual o paciente possa nunca ter vivenciado antes; propicia também a sensação de ser prezado e importante, contribuindo em sua autoestima e ainda estimula que as condições já existentes ao redor do paciente possam ser notadas como fonte de segurança, tal como a medicina natural e a espiritualidade.

3.3.3. A Empatia

A empatia é apreender a vivência do outro, momento a momento, que ocorre no mundo interior deste, como ele mesmo sente e a vê, sem que a identidade de quem o acolhe se dissolva neste processo (ROGERS, 1985).

Bezerra e Bezerra (2012), ao descreverem a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, expõem que uma ação empática se refere a uma compreensão com o outro e não sobre o outro. Esta se reabastece pelo desejo contínuo de compreendê-lo, caracterizada pela sensibilidade com cada um dos sentimentos e comunicações da pessoa.

O objetivo é, portanto, compreender e não julgar. Pode-se considerar que a empatia é propagadora, ou seja, ao receber empatia, tende-se a agir empaticamente com os demais.

E1 comentou estar satisfeito com o atendimento recebido pelo médico que o atendeu, sentiu-se prezado e acolhido:

O que ele (médico) se preocupa muito é com o meu colesterol, porque a glicose tá alta, tá 125, aí ele, “cuidaaado com a tua glicose”. (E1)

O profissional relatado por E1 agiu com empatia quando não se restringiu ao tratamento do câncer, mas olhou E1 em sua integridade, dando atenção ao seu quadro de saúde em totalidade. O paciente sentiu isto e informou também:

Ele (médico) tem um cuidado muito grande com os pacientes dele, pelo que eu senti, como ele me tratou. Da mesma forma ele faz com todos os pacientes. A minha operação foi um sucesso, não senti nada, nem dor eu senti. (E1)

Vê-se que a atitude do profissional da saúde influenciou grandemente na tranquilidade indicada no parágrafo de E1. Ao sentir-se estimado por meios dos cuidados integrais e atenciosos, E1 permitiu o andamento do tratamento sem rejeições ou receios e, no fim, obteve uma cirurgia de sucesso.

Enquanto isto, E3 reclama da demora para conseguir sua vez no atendimento e E5 sofre com as informações contraditórias recebidas por diferentes profissionais, o que acarreta nos dois pacientes um desconforto mental intenso, além do sofrimento físico inerente à doença:

Essa doença aqui se fosse pra morrer eu já tinha morrido já. Oito mês, mês quatro, nós já tamos no mês doze. Oito mês. (...)

Se fosse 1 mês, 2 mês, tudo bem... mas 8 mês! Foi lá no começo de janeiro ainda, lá no começo de janeiro. (E3)

No caso, foi a Dra. X junto com o Dr. Y, que chegaram a esse consenso de eu fazer isso. Pra tirar a dúvida, me levaram pro cardiologista. Então eu fico nisso. (...) Poderiam humanizar o meu tratamento. Eu não ia ficar naquela obrigação de tá o tempo todo vindo, tá dando trabalho pro médico, aquele negócio. (E5)

É interessante notar na frase acima de E5 como a falta de empatia no atendimento é capaz de causar no paciente a sensação de que está sendo um fardo aos profissionais, o que o torna mais angustiado e confuso.

Você não sabe o que é se sentir inútil. Eu passei minha vida trabalhando, trabalhando, resolvendo problema, procurando viver sem depender de ninguém. (E5)

Sendo empáticos, os profissionais conseguirão compreender que esta dificuldade é natural, cujo desfecho requer paciência e cuidado para que o paciente se redescubra como um ser-no-mundo passível de erros, adoecimentos, entre outras situações que possam não ser tão agradáveis.

A comunicação efetiva também é condição básica para a empatia, uma vez que, como Rogers (1985) destaca, não há como compreender o outro sem que exista um entendimento mútuo. Semelhantemente ao que foi mencionado sobre a aceitação positiva incondicional, se E5 relatou negligência, houve também falta de empatia, seja porque, de fato, o descaso tenha ocorrido ou porque não houve empenho em ouvir as percepções de E5 com o intento de retificar suas conclusões. A seguir, alguns comentários do paciente:

Disse pra mim que... não podia fazer nada. Achou que eu tinha outras complicação, por causa de eu ser diabético, eu sou hipertenso e tudo... e... vi com ele uma forma de tratamento pra mim, ele disse que por causa das outra complicação, ele não podia fazer nada. (E5)

{...}

Não me encaminhou pra nenhum... radioterapia, não me encaminhou pra oncologia, coisa nenhuma, fez isso comigo, eu insisti, insisti, ele só fez dizer pra mim assim que era um desperdício... (E5)

A partir das entrevistas realizadas, foi visto que diante de um diagnóstico de câncer, há inúmeras maneiras de reagir a isto, dependendo da rede de sentidos e significados do paciente. A partir do exercício da empatia, é possível que o profissional da saúde detecte a forma de enfrentamento de cada paciente e forneça a ajuda necessária para que ele se insira ativamente em seu processo de tratamento e que haja um esforço em conjunto para que a comunicação seja clara.

Outrossim, considerei interessante a opinião de E4 que, estando acostumado com uma habitual inabilidade no trato social ao adentrar em estabelecimentos públicos de saúde, mencionou que deve haver uma contrapartida de quem recebe o atendimento:

É, eu sempre venho me consultar. É muito bom o atendimento. É porque é aquela coisa, você tem que saber chegar, né? Por mais que a pessoa esteja chateada, você tem que saber chegar. (...) É, porque dois bicudos não se beijam. (...) Tem que saber chegar, saber pedir. (E4)

Notei em E4 um sentimento empático pela equipe que o atende, o que viabiliza uma melhor relação e vínculo. Isto porque mesmo que E4 encontre barreiras no trato interpessoal para obter resolutividade em suas demandas de saúde (o que não deveria existir, mas ainda acontece), ao estar aberto ao diálogo e compreensão, a tensão instalada tende a minimizar.

Já com E2, foi percebido o hábito de ser provedor de cuidados e sustentos na família, tendo a experiência de agir empaticamente com seus familiares:

Tem um terrenozinho, fizeram um barraquinho pra ela e final do ano tão querendo se mudar pra lá. Eles (genro e filha) tão passando uma vida de... tão passando dificuldade né. E eu me preocupo muito com ela, que tem os filhos dela né. E no que eu posso ajudar, eu ajudo. E todo dia eu tô levando comida. (E2)

O exercício da empatia é um costume tão frequente que E2 age desta forma até mesmo durante a vivência do câncer. O mesmo acontece com E4, que fornece cuidados intensivos ao seu pai, que padece do mesmo diagnóstico.

Meu pai tem 80 e eu tô com 57. Eu sou o filho mais velho, sou acompanhante dele. Eu trago ele e ele só quer vir comigo, não quer com os outros irmãos, só comigo. (...)Tudo lá em casa é eu, tudo, tudo, tudo é comigo. (E4)

Segundo Capelo (2006), em sua publicação na Revista de Estudos Rogerianos, para Rogers, o exercício empático se firma no intento em compreender o sistema interno de referências da outra pessoa. Com E2 e E4, esta atitude é tão natural para com seus familiares, que há o risco de o autocuidado ficar em segundo plano. Portanto, a equipe de saúde deve estar alerta para orientar o paciente no sentido de priorizar o cuidado de sua saúde. Obviamente, o zelo com seus familiares não deve deixar de existir, mas é importante sensibilizá-lo para a coerente urgência do cuidado com o cuidador.

Ao cuidar de outras pessoas enfermas, é interessante que o paciente, no exercício da empatia, perceba a importância do autocuidado e de ações preventivas. Neste sentido, E4 descobriu seu diagnóstico somente após acompanhar seu pai em consultas oncológicas. Foi após observar o caso de seu pai e imaginar-se em semelhante situação, que E4 procurou realizar exames que há muito tempo não manifestava a iniciativa para tal.

Quando eu vim a primeira vez aqui, eu vim através do meu pai porque eu era acompanhante dele. E através do meu pai, eu consultei o médico dele e ele passou um encaminhamento e eu aproveitei a oportunidade pra fazer por aqui né? (...) E eu já vim com medo pra fazer, aí deu. (E4)

A atitude empática é também uma expectativa para o paciente que define como uma de suas formas de apoio a religiosidade. E2 considera que a ajuda divina adota como intermédio as próprias pessoas, construindo assim o seu significado de ajuda mútua e, portanto, de empatia:

A gente precisa de uma ajuda né. Primeiro de Deus, depois do homem também. O Deus deixou a inteligência pro homem, pra ele... ajudar quem precisa. (E2)

É importante que os pacientes lidem com sua religiosidade de maneira aproximada à de E2, pois este reconhece que o resultado da fé e confiança só pode ser verificado a partir de ações humanas. Com isto, seu aspecto espiritual constitui um fator colaborativo ao tratamento.

Deste modo, vê-se que a empatia é substancial no atendimento em saúde, uma vez que o paciente precisa: sentir-se compreendido, ter seu tempo respeitado, ter a seu dispor recursos suficientes e receber um atendimento que o enxergue além de um diagnóstico. É por tudo isto que não há como anular os conteúdos culturais amazônicos, suas heranças familiares (no que tange à dinâmica de convivência e rede de sentidos construída), suas crenças religiosas (ou ausência destas), os quais constroem sua forma de ser-no-mundo.

Compreendi que quando o paciente sente a empatia, ele se afasta de um modo de funcionamento estático e se encaminha no sentido de uma experiência fluida, que permite a receptividade de novos hábitos saudáveis e relações pessoais transformadoras, ainda que em meio à vivência de um diagnóstico tão temido.

3.3.4. *A Tendência Atualizante*

A partir do conjunto dessas iniciativas, viabiliza-se ao paciente reorganizar sua relação com a vida, expressando e ativando todas as capacidades do organismo, de forma que isto o aprimore.

Quando Rogers (1985) informa que esta tendência aguarda por condições apropriadas para ser expressa, significa que esta capacidade de autoatualização é inerente ao ser humano e que, no decorrer da vida, este pode manter-se escondido atrás de fachadas ou assumir toda a complexidade de seu Eu ao aproveitar as oportunidades que lhe capacitam a desenvolver-se como pessoa.

Mediante as conclusões estabelecidas nesta análise, entendo que estas recomendações embasadas na literatura e relacionadas à conduta do profissional de saúde e às condições oferecidas pelo sistema público podem ser a chave para que o paciente exprima e ponha em ação todas as capacidades de seu organismo. Afinal, Rogers (1985) enfatizou que esta tendência, quando possibilitada a emergir, caminha rumo à maturidade, possibilitando compreender aspectos da vida e de si mesmo que causam dor e insatisfação, de forma a discernir e reorganizar sua personalidade e suas relações.

Por fim, é essencial registrar que as experiências e estratégias relativas à tendência atualizante são passíveis de constantes modificações e readaptações, uma vez que a unicidade de cada ser-no-mundo sustenta a fantástica imprevisibilidade do ser-aí, do estar lançado. Destarte, é justamente por isso que há a necessidade de estarmos constantemente reciclando estratégias de acompanhamento na área da saúde e das ciências humanas em geral.

3.4. A teoria rogeriana e as demandas dos serviços em saúde

Com o término da obtenção de dados e respectivas análises, observei que o tripé da tendência atualizante pode ser sustentado com base nas próprias recomendações do Ministério da Saúde.

Quando E2, durante a entrevista, sentiu-se livre para relatar sua conduta sem o receio

de ser julgado, E2 pôde ser congruente em suas palavras. Brasil (2012a), por intermédio da Política Nacional de Atenção Básica, indica que a comunicação efetiva pautada no respeito e acolhimento dentro de um ambiente ambulatorial ou hospitalar viabiliza a adesão ao tratamento e a mudança para hábitos mais corretos e saudáveis, uma vez que o paciente não se intimida em confessar suas inadequações ao passo que se empenha verdadeiramente em adquirir novos costumes.

Somada a esta atitude de valorização do paciente, há o olhar atento à integralidade do ser, enfatizada na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013b), na qual está embutido o aspecto espiritual e religioso, bastante presente nos discursos obtidos. Incluem-se também neste conjunto indissociável do ser os hábitos relacionados à cultura, os quais são representados na pesquisa principalmente pela prática da medicina natural. Em contrapartida, verifiquei que se o paciente percebe que não é recebido em sua integralidade, a probabilidade é alta de o mesmo não se mostrar por completo e agir com incongruência. De acordo com Brasil (2012a), é indispensável respeitar as singularidades e utilizar as idiossincrasias detectadas como meios de aproximação à realidade de cada um.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009a) indica que os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se de uma suposta invulnerabilidade. Neste sentido, o trabalho de responsabilização nos cuidados em saúde, recomendado na Política, oportuniza o desenvolvimento de uma atitude congruente. Segundo Rogers (1985), o ser congruente não se utiliza de fachadas e não se esquivava das decisões que precisa tomar.

Seguindo estas mesmas estratégias, a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013b) entende a humanização como fomento da autonomia e do protagonismo de sujeitos, assim como o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. Sabendo que as pessoas do sexo masculino habituaram-se a considerar uma suposta resistência infalível, o trabalho da humanização e o conseqüente desabrochar da congruência clarificam que é necessário enfrentar os problemas e resolvê-los no lugar de negá-los ao acreditar em uma invencibilidade.

Brasil (2013b) informa que a humanização amplia o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa. Mais ainda, reforça o conceito de clínica ampliada, em que se estimulam diferentes práticas terapêuticas em prol da produção de saúde. Logo, a humanização requer uma atitude empática, condição que nem sempre foi presente nos atendimentos prestados aos

entrevistados, segundo alguns relatos.

A aceitação positiva incondicional também pode ser traçada pelas recomendações desta mesma Política, uma vez que se prioriza o acolhimento. Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde (BRASIL, 2013b), o que nada mais é do que receber sem impedimentos, como Rogers (1985) recomenda. Oposto a isto, quando há critérios impeditivos de a pessoa ser tratada com atenção e respeito no serviço público de saúde, pode-se depreender que não há a aceitação positiva incondicional.

A falha no tratamento equitativo é uma situação que contradiz até mesmo a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), quando afirma que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Ao verificar estes impasses na prática, vê-se que somente lidando com os mesmos a partir de uma totalidade é que podem ser pensadas estratégias exitosas. Silva e Rodrigues (2010) informam que a resolutividade deve ser buscada por meio da intersetorialidade em saúde. Esta é compreendida como uma relação entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só. Assim, por exemplo, o problema de logística e transporte de E2, que reflete em dificuldades para solucionar suas demandas na área da saúde e que também tem influências de sua situação econômica, seria um caso a ser aplicada a intersetorialidade em saúde.

Neste sentido, Brasil (2010), mediante a Política Nacional de Promoção de Saúde, esclarece que não há como promover saúde sem tratar o ser humano em sua completude, uma pessoa é um todo complexo que exige uma abordagem multidisciplinar, tal como clamam as necessidades de E5.

Com o intuito de ser um serviço verdadeiramente humano, compreende-se a partir de Brasil (2013b) que as políticas públicas de saúde devem possuir estrutura suficiente para abarcar o quantitativo populacional de toda a extensão territorial que rege, assim como atender os diversos casos dispendiosos que a epidemiologia destes locais apresenta. Mediante as entrevistas, foi visto que nem sempre isto é uma realidade presente, mas quando acontece, é proveniente dos esforços de profissionais éticos e engajados no cuidado que seus ofícios lhes exigem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É com imenso prazer que deixo uma singela contribuição ao atendimento em saúde, priorizando o respeito e o diálogo. Pude constatar em minha vivência como pesquisadora a necessidade do estímulo à prevenção e detecção precoce do câncer de próstata a partir de um aprimoramento na arte da comunicação entre equipe e pacientes.

Foi interessante perceber como a ameaça da perda do *status* de provedor na família atinge fortemente o público masculino entrevistado, uma vez que a própria cultura indígena (severamente presente nos sentidos apreendidos nas entrevistas) também possui uma inclinação dentro destes moldes de papéis de gênero claramente atribuídos e divididos. Além disto, a determinação incessante em busca da saúde lembrou-me da bravura de guerreiros amazônicos. Ao trabalhar a congruência, ter-se-á a consciência firme de que seres invictos não existem, porém batalhadores sim. Ademais, ficará claro que a proteção contra doenças não surge de uma fonte milagrosa ou mágica.

A aceitação positiva incondicional recomendada nas linhas desta dissertação é capaz de representar o suporte necessário para que estes senhores sustentem a realidade e complexidade da vida cotidiana. Com isso, ao propiciar condições para que aflore a tendência atualizante, é sempre prioritário o conhecimento dos fatos em detrimento de uma distorção dos mesmos. Deturpar informações não é congruente, nem ético. Mediante uma atitude empática, perceber-se-á como é significativo adequar o modo como se fala, pois o que não muda é o conteúdo daquilo que se comunica ao paciente, mas a forma sim.

A relação entre equipe de saúde e paciente deve ser um vínculo de confiança e aprendizagem. Não é a hierarquia que definirá o sucesso do tratamento, mas a construção em conjunto de um exercício recíproco de descobertas. Assim, por exemplo, o paciente aprende sobre os fármacos laboratoriais e procedimentos terapêuticos, enquanto a equipe descobre princípios ativos de medicações naturais e um vocabulário informal e regional que nomeia sintomas. Destarte, emergem-se tomadas de decisões racionais que contribuem para cruciais modificações futuras.

Ao perceber que a congruência se confirma nas relações, a observação da dinâmica familiar diz muito sobre o paciente que procura auxílio em um serviço de atendimento em saúde. Um tratamento humanizado inclui a dedicação em sentir este processo de convivência familiar como um dos fatores influenciadores do estado de saúde do paciente, em que são identificadas as especificidades dos casos.

Disto vem a importância da efetiva comunicação não somente entre profissional e

paciente, mas entre as equipes de profissionais também. Assim, os programas voltados aos diversos diagnósticos inter cruzam-se e proporcionam a saúde de um grupo de pessoas. Neste caso, a mãe de E4, que sofre de hipertensão arterial, sendo bem acompanhada pelo programa HiperDia (destinado ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* atendidos na rede ambulatorial do SUS), cooperaria para a redução da ansiedade em que E4 se encontra. Ao notar que sua mãe estaria melhor amparada, conseguiria voltar sua atenção com mais afinco ao autocuidado.

Nesta mesma lógica holística, pode ser analisada a inter setorialidade, uma vez que o aprimoramento dos recursos do setor transporte afetaria beneficentemente o acesso aos serviços do setor saúde na vida de E2.

Por sinal, verifiquei que o Amazonas carece de outros centros especializados oncológicos com a mesma potencialidade técnica da FCECON. Isto desafogaria as demandas concentradas na instituição, diminuiria os impasses mencionados anteriormente referentes às distâncias territoriais que dificultam o acesso e ainda impediria que muitos pacientes precisassem separar-se de seus entes familiares para cumprir o tratamento longe de seu município.

No que tange à qualidade comunicativa dentro de uma equipe de profissionais de saúde, notei como é valioso perceber bloqueios no diálogo. Para tanto, exige-se sensibilidade dos profissionais para que detectem e assumam a necessidade de revisão no relacionamento interpessoal. Assim, após a leitura dos conceitos rogerianos, constatei que a sensibilidade acima mencionada advém de uma atitude congruente e empática. A congruência possibilita a autopercepção e a disposição em solucionar o que pode estar mal resolvido, enquanto a empatia permite que haja a abertura para compreender o outro. Fica concludente que a disponibilização de um acompanhamento de saúde mental aos profissionais de saúde beneficiaria o bem-estar de quem cuida, atingindo quem receberia o atendimento.

Ao ouvir relatos que indicavam falta de recursos, demoras para marcação e realização de consultas, entendi como a raiz profunda de problemas socioeconômicos em nosso país refletem na sensação de menos valia de um paciente. Quando uma demanda não é bem atendida, o impacto é sentir-se como não prezado e não importante, o que alcança, por conseguinte, um fator prejudicial ao tratamento.

Verifiquei que um atendimento para ser considerado humanizado precisa, na prática, olhar para si mesmo e perceber suas falhas com o intuito de aprimorar o trabalho a ser oferecido. No contexto dos enredos dos entrevistados, o atendimento humanizado contempla o interesse da equipe em coletar informações apuradas sobre a fitoterapia para conseguir

conjugar com os fármacos laboratoriais, seria também sentir as contradições expressas na linguagem destes pacientes. Mas, para isso, é necessário que o profissional esteja bem consigo mesmo e esta circunstância perpassa pelas condições de trabalho oferecidas a ele. De fato, é uma teia de relações que precisa estar em síncrono funcionamento.

Quando os pacientes entrevistados me contavam a trajetória percorrida por eles, preocupava-me bastante em compreender como eles vivenciaram a atitude preventiva. Assim, atestei que muitos deles souberam inteligentemente sentir que algo no seu corpo não ia bem, mas não possuíam as orientações por completo. Foi frequente averiguar que eles consideravam ter agido corretamente, quando, na verdade, não tinham, pois não bastava somente realizar o exame, mas deveria ser na periodicidade correta; não bastava também realizar somente um tipo de exame, mas o *check-up* completo da próstata. Certifiquei-me, portanto, que a aceitação positiva incondicional e empatia presentes em maior intensidade na atenção básica fariam grande diferença no comportamento preventivo de muitos pacientes, pois muitos deles possuem a sensibilidade e disposição suficientes, o que falta são orientações mais detalhadas e adequadas às suas especificidades. A partir deste avanço, imagino que iniciativas congruentes afluíam em diversos pacientes ao reconhecerem seus deveres com sua própria saúde, sem mais perspectivas de autopiedade ou de incapacidade.

Durante a pesquisa, também reconheci a presença da religiosidade naqueles senhores. A aceitação positiva incondicional e empatia guiando as atitudes do profissional de saúde possibilitam que este respeite a diversidade de crenças e saiba utilizar os aspectos religiosos trazidos pelo paciente a favor do tratamento, os quais, quando bem trabalhados, oportunizam condutas determinadas e pró-ativas.

Diante de todas estas descobertas, observei como é importante que o tema da saúde pública esteja sempre presente nas investigações científicas de forma a renovar informações extremamente relevantes ao atendimento, tratamento e bem-estar de profissionais e pacientes. E, sobre a teoria rogeriana, notei que esta não se limita ao espaço de um *setting* terapêutico, não é unicamente uma técnica para profissionais psicólogos, mas é uma forma de ser que se estende às mais diversas vivências e extrapola o tecnicismo profissional.

5. REFERÊNCIAS

- ALBANO, Bruno Ramos; BASÍLIO, Márcio Chaves; NEVES, Jussara Bôtto. **Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde**. Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga: Unileste-MG, v. 3, n. 2, 2010;
- ALMEIDA, S. S. L.; REZENDE, A. M.. **Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer**. Revista Psicologia em Estudo, v.15, n.4. p.761-769, 2010;
- AMAZONAS. **Governo do Estado do Amazonas. Site Oficial**. Disponível em: <<http://www.amazonas.am.gov.br/entidade/fundacao-centro-de-controle-de-oncologia-do-estado-do-amazonas-fcecon/>> Acesso em: 19 abr, 2016, ano 2016a;
- AMAZONAS. **Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas. Site Oficial**. Disponível em: <<http://www.fcecon.am.gov.br> > Acesso em: 19 abr, 2016, ano 2016b;
- AQUINO, Verônica; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 15, n. 1, 2007;
- ARAÚJO, Jorgéria da Silva; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. **Atuação da família frente ao processo saúde-doença de um familiar com câncer de mama**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.57, n.3. p.274-278, 2014;
- BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. 2ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010;
- BARRETO, C.L.B. T.; MORATO H.T.P.; CALDAS, M.T. **Prática psicológica na perspectiva fenomenológica**. Curitiba: Juruá, 2013;
- BAUMAN, Z.. **Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2005 (Tradução de Carlos Alberto Medeiros);
- BERTACHINI, Luciana. **A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária**. O Mundo da Saúde, v.36, n.3. p.507-520, 2012;
- BEZERRA, Márcia Elena Soares; BEZERRA, Edson do Nascimento. **Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa**. Revista NUFEN, v.4, n.2, 2012;
- BRASIL. **Portaria Ministerial nº 707/88**, de dezembro de 1988. Brasília, DF: 1988;
- BRASIL. **Lei 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: 1990;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Projeto Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2002b;
- BRASIL. **Portaria Ministerial nº 687/06**, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: 2006;

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a;
- BRASIL. **Portaria Ministerial nº 1944/09**, de 27 de agosto de 2009. Brasília, DF: 2009b;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010;
- BRASIL. **Portaria Ministerial nº 2488/11**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, DF: 2011;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a;
- BRASIL. **Resolução nº 466/12**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: 2012b;
- BRASIL. **Portaria Ministerial nº 874/13**, de 16 de maio de 2013. Brasília, DF: 2013a;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília : DF, 2013b;
- BRASIL. **Portaria Ministerial nº 140/14**, de 27 de fevereiro de 2014. Brasília, DF: 2014;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual de bases técnicas da oncologia – sia/sus - sistema de informações ambulatoriais**. 21ª Edição, 2015;
- CÂMARA, Fernando Portela. **Câncer de próstata – uma doença multidisciplinar**. Psychiatry on line Brasil, v.21, 2010;
- CAMPOS, V. F.. **Controle da qualidade total**. Rio de Janeiro: Editora Block, 2012;
- CAPELO, Fernanda de Mendonça. **Aprendizagem Centrada na Pessoa: Contribuição para a compreensão do modelo educativo proposto por Carl Rogers**. Revista de Estudos Rogerianos A Pessoa como Centro, n.5., 2006;
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J.. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.9, n.1. p.139-146, 2006;
- CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. Promotion e Education, Edição Especial, v. 1, p. 7-12, 2007;
- CASETE, J. C.; CORRÊA, A. K.. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.13, n.1. p.105-111, 2015;
- CASTAÑON, G. A. **Psicologia humanista: a história de um dilema epistemológico**. Memorandum, v.12, p.105-124, 2007;
- CHAUÍ, Marilena. **Heidegger, vida e obra**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 2006;
- CORRÊA, L. A.; BENDHACK, M. L.. **Câncer de Próstata: Fatores Prognósticos**. Sociedade Brasileira de Urologia, 2006;

COSTA, Aline Isabella; CHAVES, Marcelo Donizetti. **Percepção da ansiedade em pacientes oncológicos sob o tratamento quimioterápico**. Revista Enfermagem UFPE, v.8, n.3. p.649-653, 2014;

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R.. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?.** Revista de Enfermagem, v.11, n.1, 2012;

CRUZ, Fernanda Strapazzon da; ROSSATO, Luciana Grazziotin. **Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Cancerologia, v.61, n.4. p.335-341, 2015;

DARTIGUES, André. **O que é a Fenomenologia**. São Paulo: Editora Centauro, 2006;

ESPÍNDULA, Joelma Ana; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. **Religião e Espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Disponível em: < www.eerp.usp.br/rl > Acesso em: 20 mai, 2016, ano 2013;

FABRA, Dolores Gonzalez. **Autoestima melhora o tratamento do câncer**. Disponível em: <<http://www.sitemedico.com.br/site/espaco-medico/artigos/7251-auto-estima-melhora-o-tratamento-do-cancer>> Acesso em: 26 abr, 2016, ano 2007;

FEIJOO, Ana Maria L. C. **A escuta e a fala em psicoterapia – uma proposta fenomenológico-existencial**. São Paulo: Vetor, 2007;

FONSECA, Afonso H. Lisboa da. **Carl Rogers. Sobre o seu Paradigma Fenomenológico-Existencial em Psicologia e Psicoterapia**. Maceió: Editora Pedang, 2006;

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia Fenomenológica – Fundamentos, Método e Pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2011;

FRANCO, M. H. A. P. **Família em psico-oncologia**. In: CARVALHO, E. A. et al (org.). Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, p. 358-361, 2008;

FRANCO, A. L. S.; CAPRARA, A.. **A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. Cadernos de Saúde Pública, v.15, n.3. p.647-654, 2009;

FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto; WITOSKI, Antônio Carlos. **O ser da Amazônia: identidade e invisibilidade**. Revista Ciência e Cultura, v.61, n.3., 2009;

GARDINER, R. A. **The supportive care needs of men with prostate cancer**. Psychooncology, v.10, n.1. p.66-75, 2008;

GIMENES, Maria da Glória G.; PETRILLI, Tassiana Barros. **O impacto psicológico do diagnóstico do câncer de próstata**. Disponível em: <<http://clinonco.com.br/artigos/o-impacto-psicologico-do-diagnostico-do-cancer-de-prostata.html>> Acesso em: 25 abr, 2016, ano 2014;

GIORGI, Amedeo; SOUSA, Daniel. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Editora Fim de Século, 2010;

GIOVANELLA, L.. **Equidade em saúde no Brasil**. Revista Saúde em Debate, v.1, p.49-50, 2006;

GIOVANETTI, José Paulo. **O sagrado na psicoterapia**. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar (org.). Vanguarda em Psicoterapia Fenomenológico-Existencial. São Paulo: Pioneira, p. 1-26, 2008;

GOBBI, Sérgio Leonardo; MISSEL, Sinara Tozzi. **Abordagem Centrada na Pessoa: Vocabulário e Noções Básicas**. Editora Universitária UNISUL, 2008;

GOMES, R.. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.8, n.3. p.825-829, 2013;

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, 565-574, 2007;

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. **As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.13, n.6., 2008;

GOMES, Romeu; REBELLO, Lúcia E. F. de Sousa. **A prevenção do câncer de próstata: uma revisão de literatura**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.13, n.1. p.235-246, 2008;

GRINBERG, M.. **Comunicação em oncologia e bioética**. Revista Assoc. Med. Brasileira, v.56, n.4. p.375-393, 2010;

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo, Partes I e III**. Petrópolis: Editora Vozes, 3ª edição, 2008 (Publicação Original em 1927);

HENRIQUES, Amanda Haissa Barros; BARROS, Raquel Farias de. **Cuidado ao cuidador na busca de um cuidado humanizado em saúde: um resgate bibliográfico**. Revista de Enfermagem, v.19, n.2. p.108-111, 2013;

HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia**. Lisboa: Edições 70, 1986 (Publicação Original em 1907 em alemão, Tradução por Artur Mourão);

INCA. **Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Site Oficial. Dia nacional de combate ao câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/eventos/dncc/2005/index.asp>> Acesso em: 07 abr, 2016, ano 2005;

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer**, Rio de Janeiro, 2011;

INCA. **Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Site Oficial**. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/tiposdecancer/site/home/prostata/epidemiologia> > Acesso em: 11 abr, 2016, ano 2013;

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**, Rio de Janeiro, 2015;

INCA. **Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Site Oficial**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> Acesso em: 07 abr, 2016, ano 2016;

- JULIÃO, Gésica Graziela; WEIGELT, Leni Dias. **Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família.** Revista de Enfermagem UFSM, 144-152, 2011;
- JÚNIOR, Arilton Januário Bacelar; MENEZES, Camila Souza. **Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v.10, n.3. p.40-46, 2015;
- KLUSER, S. R.. **Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer.** Revista Rene., v. 12, n.1. p.166-172, 2011;
- LINTZ, K.. **Prostate cancer patients' support and psychological care needs: Survey from a non-surgical oncology clinic.** Psycho-Oncology, v.12, p.769-783, 2007;
- LOBATO, O.. **Tratamento da dor no paciente oncológico.** Revista Assoc. Med. RS, v.27, n.3. p.410, 2013;
- MACEDO, Sandra Rebouças. **O significado da vivência do paciente em tratamento de câncer de próstata.** Dissertação de Mestrado, 123 f., Universidade de Fortaleza, 2008;
- MANDÚ, E. N. T.. **Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.12, n.4. p.665-675, 2006;
- MARQUES, Rosemary Cristina; SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva.** Revista de Enfermagem UERJ, 2009;
- MARTINS, J; BICUDO, M. A. V. **A Pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recurso Básicos.** 2ª edição, São Paulo: Editora Moraes, 2005;
- MARTINS, A. C. P.; MONTI, P. R.. **Câncer de Próstata: Prevenção e Rastreamento.** Sociedade Brasileira de Urologia, 2006;
- MARTINS FILHO, J. R. F.. **Heidegger: do ser-com ao ser-com-os-outros.** Prometheus Filosofia em Revista, v.6, p.149-168, 2010;
- MELO, Mônica Cristina Batista de; BARROS, Erika Neves. **O funcionamento familiar do paciente com câncer.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.18, n.1, p.73-89, 2012;
- MENDES, Isabel Amélia Costa. **Desenvolvimento e saúde: a Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores.** Revista Latino Americano de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.5, n.1. p.83-88, 2006;
- MESQUITA, Ana Cláudia; CHAVES, Érica de Cássia Lopes. **A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 07 mai, 2016, ano 2013;
- MODENA, Celina Maria; MARTINS, Alberto MESAQUE. **Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.37, n.3. p.644-660, 2013;
- MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa.** São Paulo: Editora Pioneira, 2006;

- MOSCHETA, Murilo dos Santos; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura**. Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.5. p.1225-1233, 2012;
- NADALIN, W.; VAZ, F. P.. **Câncer de Próstata: Tratamento**. Sociedade Brasileira de Urologia, 2006;
- NASCIMENTO, Marcos Roberto. **Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras**. In: Anais do XII Encontro de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, 2007;
- NOGUEIRA, M. J. C.. **Recursos naturais nas práticas caseiras de cuidados à saúde – utilização pela enfermeira**. Revista Esc. Enfermagem USP, v.18, n.2. p.177-186, 2014;
- OLIVEIRA, Jéssica Ísis Medeiros; POPOV, Débora Cristina Silva. **Exame preventivo do câncer de próstata: impressões e sentimentos**. Revista de Enfermagem UNISA, v.13, n.1. p.13-20, 2012;
- PEDRO, E. N. R.; FUNGHETTO, S. S.. **Concepções de cuidado para os cuidados: um estudo com a criança hospitalizado com câncer**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.26, n.2. p.210-219, 2006;
- PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C.. **Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para cuidar do idoso com câncer**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.64, n.4. p.692-697, 2011;
- PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; KOIZUMI, Maria Sumie. **Dor no doente com câncer: características e controle**. Revista Brasileira de Cancerologia, v.43, n. 1., 2007;
- PINTO, Ênio Brito. **Espiritualidade e Religiosidade: Articulações**. Revista de Estudos da Religião, v.4, n.1. p.68-83, 2009;
- REIS, A. C. F.. **O homem e a natureza na Amazônia**. Secretaria de Imprensa e Divulgação: Manaus, 2006;
- RENNÓ, Cibele Siqueira Nascimento; CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia**. Revista Mineira de Enfermagem, v.18, n.1., 2014;
- REZENDE, Helena Aparecida de; COCCO, Maria Inês Monteiro. **A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural**. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/666/body/v36n3a10.htm> Acesso em: 05 mai, 2016, ano 2007;
- ROGERS, Carl. **Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory**. Boston: Houghton Mifflin, 1951;
- ROGERS, Carl. **Sobre o poder pessoal**. New York: Delacorte Press, 1977;
- ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. Lisboa: Moraes Editora, 7ª edição, 1985 (Publicação Original em 1961);
- SANTANA, M. G.; ERDMAN, A. L.. **Crenças em saúde: uma abordagem cultural**. Cogitare Enfermagem, v.5, n.2. p.7-14, 2006;

- SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; LACERDA, Maria do Carmo Nunes de. **Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS**. Revista Brasileira Ellfenn, v.52, n.1. p.43-53, 2009;
- SANTOS, Leandro Assis; RIBEIRO, Glória Maria Ferreira. **Noção de angústia no pensamento de Martin Heidegger**. Revista Eletrônica do Grupo PET, ano 2, n. 2, 2006;
- SCHRAMM, F. R.. **Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos**. Revista Brasileira de Cancerologia, v.48, n.1. p.17-20, 2006;
- SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Comunicação, Saúde, Educação, v.7, n.12, p.91-112, 2006;
- SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. **Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n.5., 2010;
- SILVA, Lúcia Cecília da. **Vozes que contam a experiência de viver com câncer**. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v3n1/v3n1a02.pdf>> Acesso em: 30 abr, 2016, ano 2010;
- SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; BITTAR, Daniela Borges. **A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão**. Revista Mineira de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/S1415-27622007000100014>> Acesso em: 15 mai, 2016, ano 2007;
- SOKOLOWSKI, Robert. **Introdução à Fenomenologia**. Rio de Janeiro: Editora Loyola, 2007;
- SOUZA, Maiquel Danzer de; JARDIM, Vanda Maria da Rosa. **Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença**. Revista de Maringá, v.26, n.1. p.107-112, 2014;
- SOUZA, A. A. O.; SABANEEFF, J.. **Câncer de Próstata: Fatores Prognósticos – O relatório anátomo-patológico**. Sociedade Brasileira de Urologia, 2006;
- SOUZA, Osmar de. **Abordagens fenomenológico-hermenêuticas em pesquisas educacionais**. Revista de Educação da Univali, v.1, n.1., 2008;
- SROUGI, M. **Câncer de próstata: uma opinião médica**. Disponível em: <<http://www.uronline.unifesp.br/uronline/ed1098/caprostata.htm>> Acesso em: 08 abr, 2016, ano 2007;
- STEFANELLI, M. C.. **Comunicação com o paciente – teoria e ensino**. São Paulo: Editora Robe, 2013;
- TIGULINI, Regiane de Souza; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa. **A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico**. Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, Maio, 2012;
- TONON, Thiarles Cristian Aparecido; SCHOFFEN, João Paulo Ferreira. **Câncer de próstata: uma revisão de literatura**. Revista Saúde e Pesquisa, v.2, n.3. p.403-410, 2009;

TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C.. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida.** Psicologia, Reflexão e Crítica, v.18, n.2. p.188-195, 2015;

VALLE, Edênio R.. **Psicologia e Experiência Religiosa.** São Paulo: Editora Loyola, 2006;

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M.. **A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família.** Revista de Enfermagem, v.17, n.1. p.133-141, 2013;

VIEIRA, Camila Guimarães; ARAÚJO, Wilma de Sousa. **O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico.** Revista Científica do ITPAC, v.5, n.1., 2012;

WELZER-LANG, D. **Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo.** In: SCHPUN, M. R. (org.). Masculinidades. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, p. 107-28, 2006;

WERLE, Marco. **A angústia, o nada e a morte em Heidegger.** Revista Transformação, v. 26, n. 1, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ CIENTÍFICO DA FUNDAÇÃO CECON



PARECER COMITÊ CIENTÍFICO
FUNDAÇÃO CECON –

TÍTULO DO PROJETO: “ A DIMENSÃO DO SER – HOMEM NA VIVÊNCIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA: POSSIBILIDADE À LUZ DA TEORIA ROGERIANA

Pesquisadores Responsáveis: LARISSA GABRIELA LINS NEVES

Projeto Interno () Projeto Externo (X) Instituição Responsável: Universidade Federal do Amazonas/UFAM.

Aprovação prévia por Comitê de Ética em Pesquisa? (X) Não () Sim Qual?

Trata-se de um estudo cujo objetivo geral é “Compreender, através do discurso, as possibilidades ressignificativas na vivência do ser-homem com câncer de próstata, mediante a teoria de Carl Rogers, em que nomina de tendência atualizante. E a partir disso, formular novas propostas de promoção de saúde adequadas ao público em questão”.

Considerações sobre o protocolo: O projeto é relevante. Exequível.

STATUS:

(X) Aprovado. Sem necessidade de ajustes

Manaus, 02 de junho de 2015

Júlia Monica Marcelino Benevides
Membro do Comitê Científico da FCECON

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A dimensão do ser-homem na vivência do câncer de próstata: possibilidades à luz da teoria rogeriana

Pesquisador: Larissa Gabriela Lins Neves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45595415.1.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.151.587

Data da Relatoria: 15/07/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. Busca compreender, através do discurso, as possibilidades ressignificativas na vivência do ser homem com câncer de próstata, mediante a teoria de Carl Rogers, em que nomina de tendência atualizante. E a partir disto, formular novas propostas de promoção de saúde adequadas ao público em questão. A análise de dados será feita mediante a proposta de Bicudo (2011), na qual divide as unidades de significado dentro de categorias. A pesquisa será realizada em um hospital de atenção oncológica da cidade de Manaus/AM com 10 pacientes acometidos de câncer de próstata.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender, através do discurso, as possibilidades ressignificativas na vivência do ser-homem com câncer de próstata, mediante a teoria de Carl Rogers, em que nomina de tendência atualizante. E a partir disto, formular novas propostas de promoção de saúde adequadas ao público em questão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como Rodella (2012) recomenda, não se afirma que a pesquisa não envolve risco, pois,

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.151.587

conceitualmente, toda obtenção de dados envolvendo seres humanos acarreta em algum tipo de risco, seja ele físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Portanto, tem-se conhecimento dessa possibilidade de risco: mobilização intensa de conteúdos psicológicos ocasionando sofrimento. Desta forma, há a responsabilização dos pesquisadores no acompanhamento psicológico e acrescenta-se que até mesmo nos encaminhamentos necessários à rede de apoio para que o suposto dano seja sanado.

Benefícios:

Felizmente, há uma probabilidade muito maior de benefícios do que riscos na realização desta atividade de pesquisa. As próprias justificativas e objetivo já citados neste projeto revelam as múltiplas chances de ganhos a partir desta investigação. Estão inclusas as possibilidades de inserção de novas estratégias de promoção de saúde; o entendimento mais ampliado sobre o sofrimento do homem contemporâneo entre um câncer de próstata de um lado e as concepções estereotipadas e sexistas de outro lado; uma compreensão mais apurada sobre o autocuidado masculino; assim como o mergulho nas tendências atualizantes inerentes a todo ser, seja este saudável ou doente fisicamente.

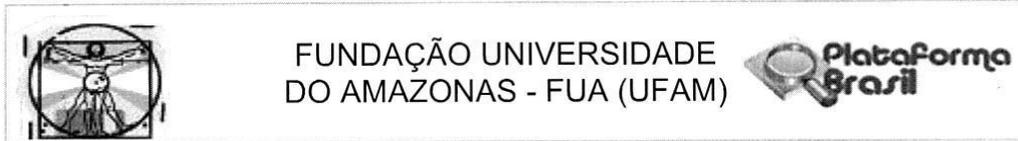
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa em nível de mestrado, a ser desenvolvida pela discente Larissa Gabriela Lins Neves, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes Castro. O estudo será consubstanciado na abordagem qualitativa de pesquisa, através do método fenomenológico cuja ideia é compreender o significado do discurso do participante a partir de um exercício denominado redução fenomenológica. Este consiste em um aprofundamento no relato do entrevistado com

a suspensão valorativa e de conceitos do entrevistador. Serão convidados a participar da pesquisa 10 homens que, no momento da obtenção dos dados, estiverem internados para tratamento do câncer de próstata no CECON. Serão feitas as seguintes perguntas desencadeadoras: 1. como é a vivência de um câncer de próstata em meio a esta dimensão de ser-homem? 2. Indo mais além, como é ser-homem-com-câncer-de-próstata em uma sociedade na qual estão imersos os padrões socioculturais, repletos de conceitos, estereótipos e visões cristalizadas inerentes ao sexo masculino? 3. Como é conviver com esta especificidade de câncer, em que traz consigo o medo da infertilidade, da impotência sexual e, imbricado no sujeito, traz o medo da perda da identidade masculina?

Tamanho da Amostra no Brasil: 10. Estes participantes deverão ter sido comunicados do

Endereço: Rua Teresina, 4950	CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis	
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130
	E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.151.587

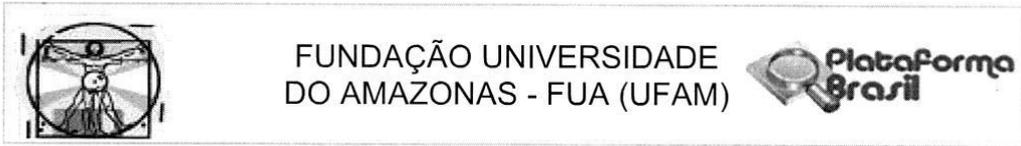
diagnóstico há, no mínimo, 6 (seis) meses, sendo este o tempo convencional adotado por pesquisadores na área, de forma a evitar intervenções consideradas invasivas para quem ainda está em fases iniciais da relação com a doença. Será de acordo com as orientações de Martins e Bicudo, que partem de uma leitura integral de cada entrevista com o objetivo de compreender a linguagem do participante e conseqüentemente sua visão do todo (BICUDO, 2011). Neste momento não se buscará ainda qualquer interpretação do que foi exposto,

sem tentativas de identificação de quaisquer atributos ou elementos ali contidos. Seguirá com a realização de uma releitura atenta de cada entrevista, com a finalidade de discriminar as unidades de significados, "trechos da fala do entrevistado em que é possível perceber um significado atribuído por ele à vivência" (BRUNS, TRINDADE, 2007) dentro da perspectiva do pesquisador diante da questão norteadora. Com as unidades encontradas, será buscada uma postura reflexiva e imaginativa para expressar o que se intui dentro delas mesmas, procurando-se expressar o discurso nelas contido por trás da fala (BRUNS, TRINDADE, 2007). Por fim, serão sintetizadas todas as unidades de significado e transformadas em categorias consistentes referentes à experiência dos sujeitos que posteriormente serão analisadas com base na teoria de Carl Rogers. Com as categorias encontradas mediante os dizeres, estas serão compreendidas e discutidas sob a luz da teoria rogeriana. Será encontrada a tendência atualizante inerente a cada ser e que, por ventura, estará exposta nas falas obtidas. Estas potencialidades embutidas servirão como inspiração para que se repense novas estratégias de promoção de saúde na área do câncer de próstata em homens contemporâneos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1.Folha de rosto: Apresentada e adequada, assinada pela profª Drª Iolete Ribeiro da Silva, diretora da FAPSI/UFAM;
- 2.Termo de anuência: Apresentado e adequado, assinado pela Drª Kátia Luz Torres Silva, Diretora de Ensino e Pesquisa da Fundação CECON ;
- 3.TCLE: Apresentado e adequado;
- 4.Instrumento de coleta de dados: Apresentado e adequado;
- 5.Critérios de inclusão e exclusão: Apresentados e adequados;
- 6.Riscos e benefícios: Apresentados e adequados;
- 7.Cronograma: Apresentado e adequado, com previsão de acesso aos participantes de 15 a 31 de julho de 2015;
- 8.Orçamento:Apresentado e adequado, a ser realizado com recursos próprios no valor de RS472,

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.151.587

00.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a pesquisadora responsável solucionou as pendências solicitadas, o projeto em pauta encontra-se em consonância com as exigências da Res. 466/2012 e, estará apto para desenvolvimento junto aos sujeitos após a emissão do Parecer Final deste Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 16 de Julho de 2015

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
 (Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Vimos através deste, convidá-lo a participar da pesquisa **“A dimensão do ser-homem na vivência do câncer de próstata: possibilidades à luz da teoria rogeriana”**, realizada pela mestranda em psicologia Larissa Gabriela Lins Neves.

Esta tem por objetivo compreender, através do discurso, as possibilidades ressignificativas na vivência do ser-homem com câncer de próstata, mediante a teoria de Carl Rogers, em que nomina de tendência atualizante. E a partir disto, formular novas propostas de promoção de saúde adequadas ao público em questão.

A participação é voluntária. Caso você aceite, solicitamos que nos autorize a gravar somente o áudio e usar as informações que assim surgirem. Quando este trabalho for publicado, seus dados pessoais não serão divulgados.

Os assuntos abordados nesta atividade não possuem a intenção de trazer nenhum desconforto ou risco. Se, porventura, a mesma mobilizar conteúdos em você de forma intensa ou que cause sofrimento, a pesquisadora se responsabiliza em interrompê-la e realizar o acolhimento, atendimento psicológico ou encaminhamento a um serviço capacitado para tal. Informamos que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Pode, também, fazer qualquer pergunta sobre a atividade à pesquisadora.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma em seu poder e outra com os pesquisadores.

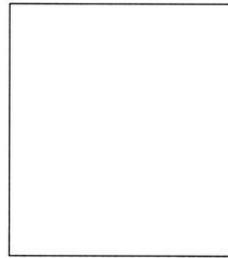
Qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo seguinte contato: lari.lins.neves@gmail.com ou (92) 3305-4127/ 3305-4129. Enquanto, as objeções a respeito da conduta ética poderão ser questionadas ao Comitê de Ética ao qual esta pesquisa está vinculada, no endereço Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus/AM, fone (92) 3305-1181 (ramal 2004), (92) 9171-2496, e-mail cep@ufam.edu.br ou cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu, Sr., fui informado sobre a pesquisa “**A dimensão do ser-homem na vivência do câncer de próstata: possibilidades à luz da teoria rogeriana**”, entendi qual será meu papel nesta pesquisa, concordo em participar da mesma e permito que as minhas opiniões e relatos sejam publicados neste trabalho, não estando identificados, mantendo o anonimato.

Espaço para impressão datiloscópica

(caso seja necessário):



Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Manaus, __/__/____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Fase de tratamento:

Questão Norteadora (principal):

- Como está sendo para o senhor viver com o câncer de próstata?

Questões de Desdobramento (secundárias, utilizadas em casos necessários e sem ordem predefinida):

- Quando o senhor recebeu a confirmação de diagnóstico, como se sentiu?

- Como é o seu relacionamento com sua família? Como eles estão lidando com esta experiência?

- O senhor mora com quantas pessoas? Quem são?

- O senhor tem filhos?

- Antes de o senhor ser diagnosticado, havia uma rotina de exames preventivos? Como eram seus cuidados com a saúde?

- A equipe de saúde está lhe explicando a situação de seu quadro de saúde e os procedimentos adotados por eles?

- O senhor reside em Manaus? (Se não, qual o local?)

- Como é sua rotina de locomoção para comparecer às consultas médicas na FCECON?

- O senhor tem dificuldades para marcar consultas na FCECON?

- Há sugestões para o atendimento ao público na FCECON que o senhor gostaria de me informar?