

Aspectos Culturais que Envolvem o Paciente com Diagnóstico de Neoplasia de Próstata: um Estudo na Comunidade

Cultural Aspects Involving the Patient Diagnosed with Prostate Cancer: a Study in the Community

Aspectos Culturales con respecto a los Pacientes Diagnosticados con Cáncer de Próstata: un Estudio en la Comunidad

Hércules Lázaro Morais Campos¹, Fernanda Moura Vargas Dias², Searom Capucho Moraes³, Sabrina Cunha Vargas⁴

Resumo

Introdução: O câncer de próstata é um problema de Saúde Pública Mundial. As questões culturais envolvidas no diagnóstico do câncer de próstata estão relacionadas diretamente ao sentimento social de hegemonia da masculinidade que se caracteriza como principal fator da pequena procura dos homens aos serviços de saúde. **Objetivo:** Dessa forma, o presente trabalho teve o objetivo de compreender os aspectos culturais envolvidos no diagnóstico de neoplasia de próstata no homem do Sul do Espírito Santo. **Método:** Foi realizada uma pesquisa exploratória randomizada, no Centro de Oncologia do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim. Foi calculada a amostra tolerável, definindo 170 pacientes nos quais se aplicou um questionário estruturado. Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética do Centro Universitário São Camilo (ES) (Protocolo 205). Os resultados foram demonstrados em frequência relativa e absoluta, e a significância estatística foi $p < 0,05$. **Resultados:** A maior parte dos pacientes avaliados era analfabeta (53,2%), com idade superior a 60 anos (54,8%), residente em Cachoeiro de Itapemirim (50%). Destes, a maioria relatou ter apoio incondicional da família (90,3%) e encarar com tranquilidade o diagnóstico (77,4%). Contudo, 51,6% relataram piora na vida sexual após o diagnóstico da doença. Ressalta-se que 19,4% dos pacientes só procuraram o médico depois de sentirem dores, e 19,4% quando apresentaram algum problema urinário. **Conclusão:** Os aspectos culturais e sociais, como: masculinidade, educação, família, crenças e mitos, que envolvem o câncer de próstata, influenciam diretamente em como os pacientes convivem com o diagnóstico do câncer de próstata no Sul do Espírito Santo.

Palavras-chave: Neoplasias da Próstata/diagnóstico; Prostatectomia; Características Culturais

¹ Fisioterapeuta pelo Centro Universitário São Camilo (ES), (2010). Aluno especial do Mestrado em Fisioterapia da UNESP. Cachoeiro de Itapemirim (ES), Brasil. *E-mail:* herculeslmc@hotmail.com.

² Fisioterapeuta. Professora do Centro Universitário São Camilo. Doutora em Ciências Fisiológicas da UFES. Cachoeiro de Itapemirim (ES), Brasil. *E-mail:* fernandamvargas@yahoo.com.br.

³ Matemático e Estatístico. Mestrando em Ciências da Educação. Professor da Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Alegre. Cachoeiro de Itapemirim (ES), Brasil. *E-mail:* searommoraes@yahoo.com.br

⁴ Fisioterapeuta. Pós-graduada em Pneumofuncional e Saúde da Mulher pela UCB. Mestranda em Ciências da Saúde. Professora do Centro Universitário São Camilo. Cachoeiro de Itapemirim (ES), Brasil. *E-mail:* savargas@bol.com.br.

Endereço para correspondência: Hércules Lázaro Morais Campos. Rua Neuza Ferreira, 11 – Paraíso. Cachoeiro de Itapemirim (ES), Brasil. CEP: 29304-033.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CP) é considerado um problema de Saúde Pública Mundial. Nos Estados Unidos, é o tumor maligno mais comum em homens, respondendo por aproximadamente um terço dos novos casos de câncer. Sabe-se que um, entre seis homens, será diagnosticado com CP em algum momento da sua vida¹. Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo, representando perto de 10% do total de cânceres. Sua incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento². No Brasil, o CP é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não melanoma) e a estimativa para a incidência desse tipo de câncer, em 2010, foi de 52.350 novos casos².

O câncer é uma doença crônica degenerativa, apresentando uma evolução prolongada e progressiva, sendo resultado da sobreposição celular anormal a partir de células normais. O CP tem crescimento lento, com tempo de duplicação estimado de dois a quatro anos. Na fase inicial, pode demorar até 15 anos para atingir 1 cm de diâmetro; mas, depois, tende a apresentar crescimento rápido. Entretanto, portadores dessa neoplasia podem morrer, sem que essa seja diagnosticada³. Para o diagnóstico precoce do CP, recomenda-se o exame clínico (toque retal ou toque digital da próstata) e o exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico (PSA)⁴.

O câncer inicial pode ser tratado retirando-se o órgão ou parte dele. Quando a probabilidade de retirada de um órgão é muito grande, esses aspectos devem ser discutidos com os pacientes e familiares, pois podem trazer modificações profundas no cotidiano dos indivíduos com câncer. Algumas terapêuticas interferem na função sexual e precisam ser explicadas antes da cirurgia⁵.

Estudar a saúde do homem abordando os aspectos culturais que envolvem a complexidade do CP é trazer à tona que os homens são mais vulneráveis para doenças, principalmente às crônicas e degenerativas, e que eles morrem mais, se cuidam menos e não buscam os serviços de atenção primária à saúde. Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural, a concepção ainda prevalente e hegemônica da masculinidade é o eixo estruturante da não procura dos homens aos serviços de saúde. Além disso, em nossa sociedade, o “cuidado” é função das mulheres que são educadas desde muito cedo para desempenhar e se responsabilizar por esse papel^{4,6}.

O reconhecimento desses determinantes sociais no Brasil, que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, bem como as representações sociais sobre a masculinidade, que comprometem o

acesso dos homens à atenção primária e repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de risco para a saúde, direcionou a elaboração, pelo Ministério da Saúde (MS), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁶.

A Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a PNAISH, com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e facilitação ao acesso às ações e aos serviços de públicos de saúde.

O MS propõe a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais para a proposição de estratégias que promovam a sensibilização do homem e a ampliação do seu acesso aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção². Dessa forma, compreender a complexidade de emoções, aspectos culturais, econômicos e educacionais que envolvem o CP e a convivência do homem do Sul do Espírito Santo com tratamento e diagnóstico dessa doença podem contribuir para elaboração de ações regionais efetivas de prevenção e promoção da saúde desses pacientes. Assim, a presente pesquisa teve o objetivo de compreender os aspectos culturais envolvidos no diagnóstico de neoplasia de próstata no homem do Sul do Espírito Santo.

MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa quantitativa, exploratória, empregando a técnica de questionário estruturado. Primeiramente, buscou-se a lista de pacientes do Centro de Oncologia do Hospital Evangélico, do mês de março de 2010, que constava de 304 pacientes em tratamento de CP. Realizou-se um cálculo de amostra estratificada que resultou em uma amostra com n=170 pacientes. Os 304 números referentes aos pacientes foram colocados dentro de um envelope e aleatoriamente escolhidos os 170 primeiros números, que compuseram os indivíduos da amostra. O único critério de inclusão da pesquisa era de que o paciente estivesse em tratamento de CP no Centro de Oncologia do Hospital Evangélico, a idade não foi limitada.

A pesquisa foi realizada nos meses de maio a agosto de 2010. A maior parte dos pacientes residia em zonas rurais e não possuía nenhuma forma de contato com o Centro de Oncologia, sendo suas consultas sempre pré-agendadas. Os próprios pacientes ficavam responsáveis por procurar o Centro de Oncologia para o seu tratamento e/ou revisão.

De acordo com o Centro de Oncologia, alguns pacientes não tinham conhecimento da sua doença (por opção da família); por isso, para todos os pacientes, a palavra câncer não foi mencionada na abordagem. Todos os

pacientes eram esclarecidos da pesquisa e só participaram aqueles que quiseram e foram encontrados em uma das quatro tentativas de ligações que foram realizadas em dias alternados, (7/6/2010, 11/6/2010, 14/6/2010, 16/6/2010, 18/6/2010, 21/6/2010, 25/6/2010, 2/8/2010, 6/8/2010 e 9/8/2010). Cada ligação durou em média 15 minutos e não foram gravadas. Todas as ligações foram feitas no Centro de Reabilitação do Centro Universitário São Camilo (ES) e estão registradas no livro controle de ligações do local.

Durante a entrevista pelo telefone, pesquisou-se o nível de escolaridade e idade dos pacientes, pois esses integram um conjunto de determinantes relacionados ao desenvolvimento da neoplasia de próstata. No questionário aplicado, foram realizadas as seguintes perguntas: 1) Como foi descoberta a sua doença? 2) Qual foi sua maior dificuldade quando recebeu o diagnóstico da doença? 3) Como é o tratamento para você? 4) Em que essa doença alterou a sua vida? 5) Você tem apoio familiar? 6) Quais são as suas perspectivas futuras?

A pesquisa foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro Universitário São Camilo (ES), sob o nº. 205. Os resultados foram tabulados conforme as normas da estatística descritiva e demonstrados em frequência relativa e absoluta. Foram considerados significantes quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Em relação aos resultados encontrados nesta pesquisa, pôde-se perceber que a maior parte (54,8%) dos pacientes entrevistados era maior de 60 anos; 22,6% possuíam entre 60 e 69 anos; 17,8% tinham de 80 a 89 anos; e 1,6% dos entrevistados tinha idade de 42, 52 e 56 anos. Constatou-se, após o contato telefônico com cada paciente, que 5,6% havia falecido, 0,9% estavam incapacitados de responder, 31,5% não foram encontrados, 46,3% não tinham nenhum tipo de contato e 15,7% não quiseram responder.

Quanto ao grau de escolaridade, a maior parte (53,2%) era analfabeto. O restante classificava-se em primário incompleto (17,8%), primário completo (6,5%), fundamental incompleto (1,6%), fundamental completo (4,8%), segundo grau incompleto (14,5%) e superior incompleto (1,6%).

Na avaliação da procedência dos pacientes em tratamento no Hospital Evangélico, encontraram-se 50% residentes em Cachoeiro de Itapemirim. Os demais pacientes residiam em outras 15 cidades do Sul do Estado do Espírito Santo.

Ao serem questionados como os pacientes descobriram o CP, a maioria respondeu que foi na consulta ao médico (Figura 1).

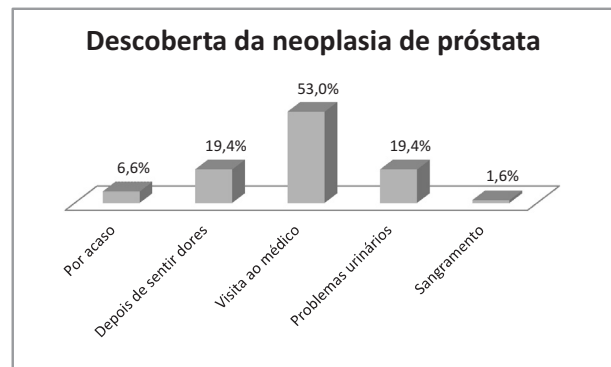


Figura 1. Como os pacientes chegaram ao diagnóstico da neoplasia de próstata

Os pacientes também foram questionados sobre as dificuldades que enfrentaram depois de receberem o diagnóstico de câncer de próstata. A maioria afirmou não ter tido nenhuma dificuldade precedido ao segundo maior número pelo medo de morrer (Figura 2).

Em relação ao enfrentamento do tratamento do câncer de próstata, seja ele cirúrgico, medicamentoso ou paliativo, a maioria (77,4%) relatou encarar com tranquilidade. Os demais pacientes relataram ser muito difícil (17,8%); difícil (3,2%); e uma minoria relatou ter receios (1,6%).

Questionou-se, ainda, quais alterações esses pacientes sofreram em suas atividades de vida, a maioria relatou alteração na vida sexual para pior, comparando sua vida antes e após a doença (Figura 3).

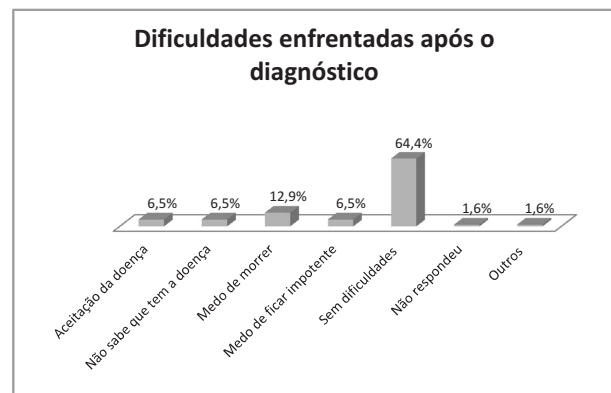


Figura 2. Dificuldades apontadas pelos pacientes após o diagnóstico da neoplasia

Procurou-se investigar se os pacientes recebiam algum apoio humano durante todo o processo de descoberta e tratamento da neoplasia, a maioria ressaltou ter apoio incondicional de toda família (90,3%), outros só da esposa (6,5%), e uma minoria relatou ter outros tipos de apoio (3,2%).

Quando questionados sobre suas perspectivas de vida, depois de terem recebido o diagnóstico de um câncer, a maioria pensa em curar-se, conviver e melhorar sua doença (Figura 4).

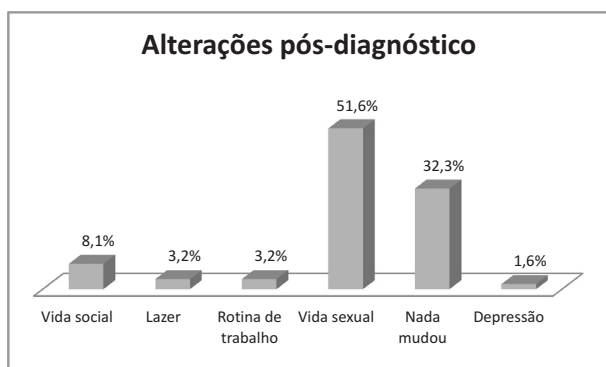


Figura 3. Alterações de vida acontecidas pós-diagnóstico da neoplasia

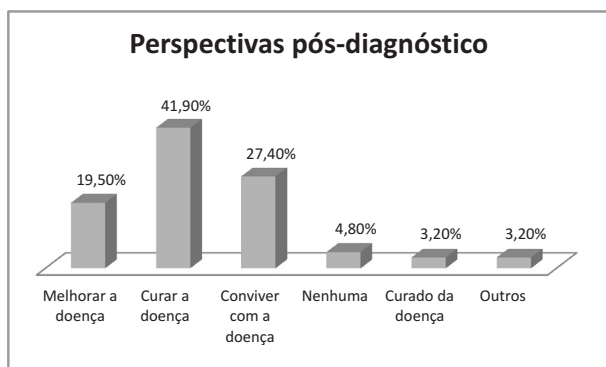


Figura 4. Expectativas dos pacientes pós-diagnóstico da neoplasia de próstata

DISCUSSÃO

Entre os vários trabalhos que estudam o CP, a maior parte aborda seus aspectos clínicos e formas de tratamento. Entretanto, a questão do homem envolvido nessa situação doença/limite, muitas vezes, é desconsiderada pelos estudos. Por isso, o presente trabalho pretendeu compreender os aspectos culturais envolvidos no diagnóstico de neoplasia de próstata no homem do Sul do Espírito Santo.

Os mitos e aspectos culturais que envolvem particularmente essa doença são desafiadores para todos os homens por se relacionarem à sua masculinidade e sexualidade^{4,6}.

Dos homens entrevistados, a maior parte desenvolveu o CP após os 60 anos. Corroborando nossos resultados, estudos demonstram que o câncer prostático é uma das doenças mais predominantes em idosos acima dos 65 anos⁷. Ele é considerado uma neoplasia da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos do mundo ocorrem a partir dos 65 anos⁸. O envelhecimento é citado como fator de risco mais forte para o desenvolvimento do CP. A probabilidade de se desenvolver o CP antes dos 40 anos de idade é pequena; já, entre 40 e 59 anos, a chance é de

um para 103; e, entre 60 anos e 79 anos, o risco aumenta para um a cada oito homens⁹. À medida que o homem envelhece sua próstata vai aumentando de tamanho. Em razão desse aumento, é comum que a partir dos 50 anos os homens sintam o fluxo urinário mais lento e um pouco mais difícil de sair. Isso se deve à compressão que a próstata hipertrofiada ocasiona na uretra, dificultando a passagem da urina. Assim, o jato urinário torna-se gradativamente fino e fraco e esse inconveniente transforma-se em uma verdadeira ameaça para o bem-estar do homem¹⁰.

O risco de desenvolver CP durante a vida é de cerca de 30%, mas apenas 10% dos cânceres serão clinicamente significativos. A importância tanto do diagnóstico precoce e quanto do estadiamento preciso do CP se deve à necessidade de identificar pacientes que seriam beneficiados pelo tratamento apropriado².

Através desta pesquisa, foi possível traçar um panorama da relação mantida entre os pacientes em tratamento e o Centro de Oncologia do Hospital Evangélico no Sul do Estado do Espírito Santo; pois, para localizar os pacientes que seriam entrevistados, buscaram-se os seus dados de contato. Nessa busca, no referente Centro, houve grande dificuldade, já que as consultas eram sempre pré-agendadas, a maior parte desses pacientes não possuía ou não deixou registro de telefone de contato. Quando os pacientes precisavam entrar em contato, eles procediam ao telefonema para o Centro de Oncologia. Dessa forma, constatou-se que 46,3% dos pacientes sorteados não tinham nenhuma forma de contato e 31,5% não foram encontrados nos telefones e endereços fornecidos ao Centro de Oncologia. Ressalta-se que, através dos dados colhidos, 50% dos pacientes são de Cachoeiro de Itapemirim, onde fica localizado o Centro de Oncologia do Hospital Evangélico, e a outra metade está distribuída pelo interior Sul do Estado do Espírito Santo. Dessa forma, é importante refletir aqui se a falta de vínculo entre pacientes e centro de oncologia seria a forma mais adequada de tratamento dessa doença, visto que a atenção integral à saúde do homem tem sido tão debatida atualmente pela PNAISH⁶.

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a alto *status* socioeconômico, câncer de mama, próstata e colón e reto e, simultaneamente, à presença de incidência persistentemente elevada de tumores geralmente associados com a pobreza, câncer do colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral¹¹. Essa distribuição certamente resulta da exposição a um grande número de diferentes fatores de risco ambientais relacionados ao processo de industrialização, agentes químicos, físicos e biológicos e de exposição a outros fatores relacionados às disparidades sociais¹¹. Dos pacientes entrevistados, a maior parte era analfabetos ou tinha primeiro grau

incompleto. Esses resultados, aliados à idade e ao local de moradia, levam a refletir sobre a importância da PNAISH, que considera a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e socioculturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pela orientação sexual. É fundamental que ações em saúde resguardem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens no país, sem discriminação⁶.

Quando questionados de como fora descoberta a sua doença, 53% o fizeram com uma visita regular ao seu médico, sem apresentarem nenhuma clínica. Um dos primeiros exames a ser realizado no paciente é o toque retal que, para o universo masculino está imerso, em fantasias e mitos. O toque retal é, relativamente, uma medida preventiva de baixo custo. No entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. Essa recusa não ocorre, necessariamente, por conta da falta de informação acerca da efetividade dessa medida preventiva. Quando arrebatados pelo senso comum, homens bem informados, no mínimo, resistem a se prevenirem dessa forma⁴.

Quando se realiza o toque retal, pode-se suscitar no homem o medo de ser tocado na sua parte “inferior”. Esse medo pode se desdobrar em inúmeros outros. O medo da dor tanto física quanto simbólica pode estar presente no imaginário masculino. O toque, que envolve penetração, pode ser lido como violação e isso quase sempre se associa à dor. Mesmo que o homem não sinta dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado numa parte interdita⁴.

É muito comum, na prática médica, nos consultórios, palestras, informações e na credence popular, que o homem, para realizar o toque retal, precisa “relaxar”; ficar descontraído, a pedido de quem faz o toque, para que o processo seja menos evasivo também pode trazer receios. O homem pode pensar que a sua descontração pode ser interpretada como sinal de que o toque nessa parte é algo comum e/ou prazeroso⁴.

Merece atenção na pesquisa o fato de que 19,4% dos pacientes só procuraram o médico depois de sentirem dores e outros 19,4% quando apresentaram algum problema urinário, principalmente a dificuldade de eliminar a urina. É comum que nos estágios iniciais do câncer não apareçam sintomas significativos; no entanto, quando aparecem, podem ser: jato fino e/ou fraco, micção intermitente, urgência para urinar, sangue na urina,

necessidade de urinar com frequência, especialmente à noite, dificuldade para iniciar a micção e/ou para reter a urina, dores ou sensação de ardor nas vias urinárias, dor ao ejacular e outras¹. Os sintomas de disfunção miccional são historicamente mencionados como sintomas mais comumente relacionados ao câncer de próstata; porém não estão especificamente relacionados ao crescimento benigno ou maligno da glândula. A incidência de CP em pacientes que desenvolvem retenção urinária aguda tem sido estimada como sendo de 13% a 25%; em estágios avançados, sinais e sintomas relacionados à invasão local, tais como: hematúria ou mesmo obstrução ureteral, com conseqüente hidronefrose e uremia ou, menos frequentemente, sangramento retal decorrente de invasão retal podem, também, ser observados¹².

A procura de um médico após os 40 anos é recomendada aos homens para avaliação da próstata, e aqueles que apresentam casos da doença em sua família devem o fazer antes; história familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade é outro marcador de importância, podendo aumentar o risco em três a dez vezes em relação à população em geral, e refletir tanto características herdadas quanto estilos de vida compartilhados entre os membros da família^{2,6}.

As recomendações para detecção precoce de neoplasias malignas preconizaram o compartilhamento, entre médico e paciente, da decisão quanto à avaliação periódica para o câncer de próstata¹³. O exame digital retal e a dosagem do PSA devem ser oferecidos anualmente a pacientes entre os 50 e 75 anos, podendo ser antecipado para 40 anos naqueles com alto risco de desenvolvimento dessa neoplasia (presença da doença em parentes de primeiro grau. A idade de 40 anos é preconizada como início da realização do primeiro exame de PSA¹²⁻¹³.

Entre as dificuldades enfrentadas após o diagnóstico do CP, 64,4% dos pacientes responderam não ter nenhuma dificuldade, embora tenham manifestado posteriormente que suas vidas sexuais foram afetadas pós a doença, essa resposta pode ser interpretada pela dificuldade que os homens possuem de se assumirem vulneráveis diante da doença, ou talvez seja explicado em decorrência de a maioria ter apoio total da família como se viu nesses resultados. O medo de morrer foi apresentado como a segunda maior dificuldade pelos entrevistados. O fato de um paciente ouvir que é portador de câncer já o conscientiza da sua possível morte. Relaciona-se tumor maligno com doença fatal, o que é verdadeiro em muitos casos, mesmo com um número crescente de curas reais⁵. Ainda nesse contexto, como aponta a PNAISH⁶, os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Ainda, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Nesta pesquisa, 6,5% dos pacientes não sabiam que tinham câncer de próstata, uma decisão da família que o Centro de Oncologia respeitou; por isso, no questionário aplicado, em nenhum momento se mencionou a palavra *câncer*, a qual foi substituída pela palavra *doença*; uma vez que, ao se realizar a busca de dados dos pacientes nesse Centro de Oncologia, informaram-nos dessa realidade.

Quanto ao enfrentamento do tratamento, seja ele medicamentoso, radioterápico, quimioterápico ou paliativo, 77,4% dos pacientes entrevistados disseram que o encaram com tranquilidade e, para 17,8%, o tratamento é difícil. Cirurgia, radioterapia e quimioterapia são as três modalidades principais para se tratar o câncer. Cirurgia e radioterapia têm por objetivo o controle local da doença, ao contrário da quimioterapia, cuja ação é sistêmica³.

Como dito anteriormente, a vida sexual desses pacientes foi significativamente afetada (51,6%) depois que receberam o diagnóstico do CP e se submeteram a diversos tipos de tratamento (hormonioterapia, radioterapia, quimioterapia) de acordo com a gravidade de sua patologia. Observou-se, em outros estudos, que 84,8% dos pacientes apresentavam algum grau de disfunção erétil, enquanto 17,6% apresentavam incontinência urinária após prostatectomia radical¹⁴. A função sexual foi considerada fator essencial para a manutenção da qualidade de vida. A dor psicológica (humor depressivo, representado por tristezas, angústias e culpas) causada pela disfunção erétil foi mais incapacitante do que os problemas físicos relacionados às doenças crônicas. De fato, a satisfação com a vida sexual reflete na satisfação com a vida de forma geral⁸; e, devido à insatisfação com a performance sexual, a autoestima fica seriamente comprometida, o que leva ao aparecimento de tensões emocionais e conjugais¹⁵.

A preservação da função sexual é uma das preocupações na prostatectomia radical. Entre os fatores que são importantes para um bom prognóstico relativo à função erétil após cirurgia, estão a idade do paciente e a função sexual antes da cirurgia¹⁶. No pós-operatório de cirurgias com técnicas antigas, sequelas como a incontinência urinária e impotência eram a regra geral. Atualmente, nas cirurgias de remoção da próstata local, em que o nervo erigente é preservado, esses problemas não correm com a mesma frequência¹⁶.

O apoio humano no enfrentamento da doença e do seu tratamento, que pode ser longo e penoso, parece essencial, já que 90,3% dos pacientes entrevistados disseram ter apoio de toda família. A família de um paciente de câncer tem sido vista como um agente importante nos cuidados necessários a esse paciente¹⁷. Alguns autores chegam a propor que a família também é um paciente, devendo ser assistida cuidadosamente pela equipe de saúde, e sendo denominada “paciente de segundo escalão”¹⁸.

As alterações enfrentadas pelos familiares da pessoa

com câncer são uma resposta de vários fatores peculiares de cada membro, destacando as características de personalidade de cada indivíduo, sua capacidade de enfrentar situações de crise, a relação de proximidade com a pessoa doente, as histórias prévias de mortes vivenciadas na família, assim como a maneira como elas foram enfrentadas e o papel que a pessoa acometida pela doença ocupa dentro do contexto familiar¹⁹. O familiar que assume o papel de cuidador informal imediato diante das doenças graves vivencia situações de desgaste físico e emocional, provocadas pelas atividades exaustivas dispensadas à pessoa acometida pela doença, como também compartilha com mais proximidade as dores e as angústias do paciente. A família da pessoa com câncer é concebida como responsável pelo apoio, crescimento e fortalecimento do seu membro familiar doente²⁰.

Seria demasiado otimismo sugerir que o câncer é uma experiência positiva. Claro que não o é. Mas as pessoas que verdadeiramente o aceitam acabam usando-o de maneira positiva para crescer em direção a uma vida melhor. A família e o paciente poderão se beneficiar de uma crise de vida representada pelo aparecimento do câncer e iminência da morte, ou mesmo da morte real, se permitirem que os efeitos conjuntos dos processos individuais, familiares e sociais promovam a reestruturação de seu equilíbrio e a aquisição da resiliência; porém, seja qual for a direção que as relações da família tomem, após o diagnóstico e uma morte por câncer de um de seus membros, ela jamais será a mesma¹⁷.

Ao serem questionados sobre suas perspectivas quanto ao prognóstico do tratamento contra o câncer de próstata, 41,9% querem curar-se da doença, 27,4% pretendem conviver com a doença e 19,5% querem apenas melhorar de algum sintoma trazido pela patologia. Sabe-se que, nos pacientes com a doença em estágio T1-T2, e que tenham uma expectativa de vida de no mínimo dez anos, deve-se considerar a prostatectomia radical. A operação, que envolve retirada da próstata e das vesículas seminais, está associada à morbidade significativa (incontinência, impotência) e só deve ser realizada quando houver possibilidade de cura⁷. Embora os resultados do tratamento tenham evoluído muito nos últimos anos, ainda não são satisfatórios, em muitos casos, devendo-se isso ao fato de o diagnóstico ser feito geralmente em estágios avançados, sem possibilidade de cura completa⁵. Considerando-se todos os estágios do câncer de próstata, nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos é de 64% (variando entre 22% e 79%); nos países em desenvolvimento, de 41% (entre 39% e 43%); e a média mundial estimada é de 58%.

Outro aspecto que precisa ser mencionado diz respeito às campanhas e mobilizações para a prevenção do CP. Embora os homens não se mostrem sensíveis a tal trabalho educativo, é preciso, cada vez mais, mobilizar

as autoridades sanitárias para o desenvolvimento de trabalho educativo voltado à doença²¹. A compreensão das repercussões sociais do CP sobre o homem já representaria uma contribuição importante no entendimento das barreiras culturais dos homens, ao mesmo tempo que subsidiaria a formulação de programas mais adequados de promoção da saúde e prevenção²¹⁻²².

Nem sempre os profissionais de saúde que se voltam para a prevenção do CP estão devidamente preparados para lidar com os aspectos simbólicos envolvidos nessa prevenção. Pode-se dizer isso não só para aqueles que realizam o toque retal, mas também para aqueles que planejam as campanhas de prevenção. No campo da saúde pública, é fundamental que sejam promovidas discussões voltadas para os sentidos atribuídos à sexualidade masculina para que não só a prevenção do CP como outras ações tangenciadas por tais sentidos atribuídos possam ser melhor abordadas⁴. Atualmente, já é entendido que não basta o conhecimento dos dados de sobrevida, taxas de complicações e respostas aos tratamentos pelos sintomas, para avaliar o impacto da doença e seu tratamento. Deve-se, impreterivelmente, avaliar a qualidade de vida do paciente, antes e após o tratamento, levando-se em conta aspectos físicos, psicológicos e sociais⁸.

CONCLUSÃO

O presente trabalho possibilitou a compreensão dos aspectos culturais relacionados ao diagnóstico de CP em homens do Sul do estado do Espírito Santo. A maior parte dos homens avaliados neste estudo era idoso, com pouca escolaridade e que enfrentam o diagnóstico de CP com auxílio da família. Contraditoriamente, a maioria relatou não apresentar dificuldades após o diagnóstico de CP e disse ter alteração na vida sexual após a doença. Esse fato possibilita a reflexão sobre a hegemonia da masculinidade e o estereótipo do homem que tem que ser forte. Para tratar o homem com CP, é preciso conhecer, além da clínica da doença, os outros fatores que interferem e atingem diretamente sua masculinidade. Assim, este estudo proporciona a reflexão primordial de que os aspectos culturais e sociais, como: fé, masculinidade, educação, família, condições financeiras, crenças e mitos que envolvem o CP, influenciam diretamente na forma como os pacientes tratam e convivem com o diagnóstico do CP no Sul do Espírito Santo.

CONTRIBUIÇÕES

Hércules Lázaro Moraes Campos, Sabrina Cunha Vargas, Fernanda Moura Vargas Dias participaram da concepção da ideia e da redação do trabalho; Searom Capucho Moraes realizou a estatística da pesquisa.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- Guimarães GC, Zequi SC. Câncer de próstata. In: Lopes A, Iyeyasu H, Castro RMRPS, organizadores. *Oncologia para a graduação*. 2a ed. rev. e ampl. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 501-12.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Câncer da próstata: consenso*. Rio de Janeiro: INCA; 2002. 20 p.
- Lopes A, Mello CAL. Tratamento multidisciplinar do câncer. In: Lopes A, Iyeyasu H, Castro RMRPS, organizadores. *Oncologia para a graduação*. 2a ed. rev. e ampl. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 161-7.
- Gomes R. Sexualidade masculina e a saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc saúde colet*. 2003;8(3):825-9.
- Carvalho MMMJ, coordenadora. *Introdução a psiconcologia*. Campinas: Livro Pleno; 1994. 285 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Área Técnica de Saúde do Homem. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 92 p. (B. Textos Básicos de Saúde).
- Spence RAJ, Johnston PG, editores. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; c2003. 384 p.
- Perchon LFG. *Influência da terapia comportamental de grupo na qualidade de vida de pacientes submetidos a prostatectomia radical [dissertação]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Cirurgia; 2006.
- Wingo PA, Tong T, Bolden S. Cancer statistics, 1995. *CA Cancer J Clin*. 1995;45(1):8-30.
- Brenes Bermúdez FJ, Pérez León N, Pimienta Escrihuela M, Dios Diz JM. Hiperplasia benigna de próstata. *Semergen: revista española de medicina de família*. 2007;(10):529-39.
- Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev bras cancerol*. 2005;51(3):227-34.
- Rhoden EL, Averbek MA. Câncer de próstata localizado. *Rev AMRIGS*. 2010; 54(1):92-9.
- Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2009;59(1):27-41.
- Reis F, Netto NR Jr, Reinato JA, Thiel M, Zani E. The impact of prostatectomy and brachytherapy in patients with localized prostate cancer. *Int Urol Nephrol*. 2004;36(2):187-90.
- Kaplan HS. *A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais*. Silva OB, tradutor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977. 494 p.

16. Dubbelman YD, Dohle GR, Schröder FH. Sexual function before and after radical retropubic prostatectomy: a systematic review of prognostic indicators for a successful outcome. *Eur Urol.* 2006;50(4):711-8; discussion 718-20.
17. Maia SAF. Câncer e morte: o impacto sobre o paciente e a família [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Hospital Erasto Gaertner, Especialização em Psiconcologia; 2005.
18. Ribeiro EMPC. O paciente terminal e a família. In: Carvalho MMMJ, coordenadora. *Introdução a psiconcologia.* Campinas: Psy II; 1994. p. 197-217.
19. Santana ADA. Cuidados paliativos ao doente oncológico terminal em domicílio: representações sociais da família [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem; 2000.
20. Molina MAS. Enfrentando o câncer em família [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem; 2005.
21. Laurenti R, Buchalla CM, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1998. 159 p.
22. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc saúde colet.* 2005;10(1):7-17.

Abstract

Introduction: Prostate cancer is matter of World Public Health. Cultural issues involved in the prostate cancer diagnosis are closely related to the social feeling of the masculinity hegemony which is characterized as the main factor for the low number of men who seek health centers. **Objective:** Thus, this study intends to understand the cultural aspects involved in the diagnosis of prostate cancer in men from the south of the state of Espírito Santo. **Method:** An exploratory randomized search in the Oncology Center at the Evangelical Hospital of Cachoeiro de Itapemirim was performed. The tolerable sample was calculated, defining 170 patients to whom a structured questionnaire was applied. All the procedures were approved by the Ethics Committee of São Camilo University Center (ES) (Protocol 205). Results were demonstrated in terms of absolute and relative frequency, and the statistical significance was $p < 0.05$. **Results:** Most of the evaluated patients were illiterate (53.2%) and above 60 years old (54.8%), living in the town of Cachoeiro de Itapemirim (50%). Among them, the majority asserted to have unconditional support from their families (90.3%) and to face the diagnosis with serenity (77.4%). However, 51.6% of them reported a worsening in their sexual lives after diagnosis. It can be highlighted that 19.4% of the patients only sought medical assistance after feeling pain, and 19.4% when they had urinary disorders. **Conclusion:** Cultural and social aspects such as masculinity, education, family, beliefs and myths involving prostate cancer directly influence the way patients deal with the diagnosis in the south of the state of Espírito Santo.

Key words: Prostatic Neoplasms/diagnosis; Prostatectomy; Cultural Characteristics

Resumen

Introducción: El cáncer de próstata es un problema de Salud Pública Mundial. Las cuestiones culturales implicadas en el diagnóstico de cáncer de próstata están directamente relacionadas al sentimiento social de la hegemonía de la masculinidad que está caracterizada como el principal factor de la poca búsqueda de los varones por los servicios de salud. **Objetivo:** Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue conocer a los aspectos culturales presentes en el diagnóstico de cáncer de próstata en los varones del sur de Espírito Santo. **Método:** Se realizó una investigación exploratoria al azar en el Centro de Oncología del Hospital Evangélico de Cachoeiro Itapemirim Evangélica. 170 pacientes, a los cuales fue entregado un cuestionario estructurado, fueron elegidos en muestra tolerable. Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética del Centro Universitario São Camilo (ES) (Protocolo 205). Los resultados fueron presentados en frecuencia relativa y absoluta, y la significación estadística fue de $p < 0,05$. **Resultados:** La mayoría de los pacientes evaluados era analfabeta (53,2%), mayores de 60 años (54,8%), que viven en Cachoeiro de Itapemirim (50%). De estos, la mayoría reportó contar con el apoyo incondicional de la familia (90,3%) y que reaccionan con tranquilidad frente al diagnóstico (77,4%). Sin embargo, el 51,6% reportó un deterioro en la vida sexual tras el diagnóstico. Es importante resaltar que el 19,4% de los pacientes buscaron a un médico sólo tras sentir dolor, y el 19,4% cuando tuvieron algún problema urinario. **Conclusión:** Los aspectos culturales y sociales, tales como: la masculinidad, la educación, la familia, las creencias y los mitos que rodean al cáncer de próstata influyen directamente en cómo los pacientes viven con el diagnóstico de cáncer de próstata en el sur de Espírito Santo.

Palabras clave: Neoplasias de la Próstata/diagnóstico; Prostatectomía; Características Culturales