

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-UNIRIO
DOUTORADO ACADÊMICO

LUCIANO GODINHO ALMUINHA RAMOS

O HOMEM DIANTE DOS AGRAVOS SURGIDOS NO CÂNCER DE PRÓSTATA: UM ESTUDO DE
ENFERMAGEM NA DESMISTIFICAÇÃO DO MEDO PARA O ALÍVIO DO SOFRIMENTO, A PARTIR DE
UMA PROPOSTA DE AÇÃO.

RIO DE JANEIRO, 2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-UNIRIO
DOUTORADO ACADÊMICO

LINHA DE PESQUISA: BASES MOLECULARES, CELULARES, FISIOLÓGICAS E
AMBIENTAIS DO CUIDADO EM SAÚDE

O HOMEM DIANTE DOS AGRAVOS SURTIDOS NO CÂNCER DE PRÓSTATA: UM ESTUDO DE
ENFERMAGEM NA DESMISTIFICAÇÃO DO MEDO PARA O ALÍVIO DO SOFRIMENTO, A PARTIR DE
UMA PROPOSTA DE AÇÃO.

LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS
ORIENTADORA: PROFA. DRA. NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO

RIO DE JANEIRO

2025

LUCIANO GODINHO ALMUINHA RAMOS

O HOMEM DIANTE DOS AGRAVOS SURTIDOS NO CÂNCER DE PRÓSTATA: UM ESTUDO DE
ENFERMAGEM NA DESMISTIFICAÇÃO DO MEDO PARA O ALÍVIO DO SOFRIMENTO, A PARTIR DE
UMA PROPOSTA DE AÇÃO

Tese submetida a avaliação da banca de defesa final do
Programa de Pós Graduação em Enfermagem e
Biociências (PPGENFBIO-UNIRIO)- do Centro da
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito
para a obtenção do título de doutor em ciências.

Rio de Janeiro

2025

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

GR175h Godinho Almuinha Ramos, Luciano
O HOMEM DIANTE DOS AGRAVOS SURGIDOS NO CÂNCER DE
PRÓSTATA: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM NA DESMISTIFICAÇÃO DO
MEDO PARA O ALÍVIO DO SOFRIMENTO, A PARTIR DE UMA PROPOSTA
DE AÇÃO / Luciano Godinho Almuinha Ramos, Nébia Maria
Almeida de Figueiredo. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2025.
141

Orientador: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e
Biociências, 2025.

1. Medo. 2. Neoplasias da Próstata. 3. Saúde do Homem.
I. Almeida de Figueiredo, Nébia Maria II. Almeida de
Figueiredo, Nébia Maria, orient. III. Título.

LUCIANO GODINHO ALMUINHA RAMOS

O HOMEM DIANTE DOS AGRAVOS SURTIDOS NO CÂNCER DE PRÓSTATA:
UM ESTUDO DE ENFERMAGEM NA DESMISTIFICAÇÃO DO MEDO PARA O
ALÍVIO DO SOFRIMENTO, A PARTIR DE UMA PROPOSTA DE AÇÃO.

Tese submetida a avaliação da banca de defesa final do Programa de Pós Graduação em
Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO-UNIRIO)- do Centro da Escola de
Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como
requisito para a obtenção do título de doutor em ciências.

BANCA EXAMINADORA

PROFA. DRA. NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO
Orientadora – EEAP/UNIRIO

PROF. DR. ALLAN CARLOS MAZZONI LEMOS
Examinador 1 – EXTERNO-IBMR

PROFA. DR. RAFAEL PIRES SILVA
Examinador 2 – EXTERNO-UERJ

PROFA. DRA. EVA MARIA COSTA
Examinador 1 – UNIRIO

PROFA. DRA. PRISCILA DE CASTRO HANDEM
Examinadora interna 2 – UNIRIO

PROFA. DRA. JANAINA PINTO JANINI
Suplente externo – IBMR

PROFA. DRA. BEATRIZ GERBASSI COSTA AGUIAR
Suplente interno – UNIRIO

Rio de Janeiro

2025.

*Dedico este trabalho aos meus pais
e minha esposa. São o que mais
importa em minha vida, e sem eles
não estaria onde estou hoje.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, que me amparou com todo seu amor e benevolência. diante de tantas adversidades, ele não me deixou desistir.

Aos meus pais, Dercio Ricardo e Mercedes Godinho, pais amorosos e carinhosos. Segui seus ensinamentos e hoje sou o espelho de vocês. Nenhuma palavra pode expressar meu amor por vocês.

A minha eterna amada e esposa Manoela Garcia. Sempre foi e sempre será minha fortaleza. Ao meu lado em todo o caminho percorrido, me dando o melhor incentivo do mundo: o seu amor e companheirismo.

A minha orientadora, Professora Doutora Nébia Maria Almeida de Figueiredo. Que com sua alegria e sabedoria infinita, soube me guiar por este mar de conhecimento. Uma pessoa que levarei como mentora para o resto da vida.

Aos Clientes que participaram deste estudo, que me acolheram sem nada receberem em troca, compartilhando suas narrativas, que renderam este maravilhoso trabalho.

RESUMO

Esta pesquisa investiga o medo do homem diante do comprometimento causado pelas sequelas oriundas do câncer de próstata, compreendendo as necessidades deste indivíduo perante o seu papel na sociedade e criando mecanismos que os ajude a lidar com a doença e seus sofrimentos. O **objetivo geral** deste estudo foi: Rastrear o medo nas narrativas dos 11 homens com câncer de próstata, como indutor de sofrimentos e a necessidade de sua desmistificação através de cuidados aliviadores, e os **objetivos específicos**: 1-Identificar, em suas narrativas o que pode ser significado como medo e indicativos de desmistificação para o alívio do sofrimento causado pela doença, à partir de ações e atos de cuidar; 2- Organizar os achados (dados) produzidos nas narrativas, analisando e discutindo os elementos das ações e atos de cuidar; e 3-Apresentar um plano de intervenção específico para uma clínica do cuidado de enfermagem, que seja desmistificadora e para o alívio do sofrimento. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado num ambulatório de urologia de um hospital oncológico de grande porte, localizado no município do Rio de Janeiro, referência para tratamentos oncológicos diversos. O grupo pesquisado foi constituído de 11 homens, que possuíam faixa etária entre 60 e 80 anos, participantes ativos das consultas nos ambulatórios de urologia da unidade. Para coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, onde foram coletadas as falas destes homens através da gravação de voz previamente autorizada, obtendo-se narrativas que foram utilizadas e analisadas através do **método cartográfico**, sob a luz do teórico Edgar Morin. Nos **resultados** obtidos após a decodificação das narrativas, obtiveram-se 976 palavras plenas, portadoras de significado, da seguinte forma: *sobre o que é estar doente: 816; sobre as emoções decorrentes da doença: 83; implicações sentidas: 24; e posições gerais das consequências: 53*, totalizando 976 palavras plenas, portadoras de significado. Após, foram construídas categorias de discussão, sob a luz das teorias de Florence Nightingale, que assim se seguem: *1-o corpo doente que sofre: como aliviar o sofrimento; 2- transformação do medo e os dispositivos indicados por eles; e 3- a realidade, viver com câncer é preciso: alívio através de ações sensíveis, estéticas e solidárias*. É uma afirmativa que reconhecemos a partir dos conteúdos das narrativas, que nos induz dizer que o medo é desencadeado pela doença, provocando todo tipo de sofrimento, sentimentos e emoções. Na **conclusão**, temos que considerar o homem com câncer de próstata como um ser humano, de dimensões biológicas, linguísticas, cognitivas, emocionais e espirituais. Este homem de hoje tem modelado o corpo com

outro tipo de mito (coragem, enfrentamento, desejo, sonho, possibilidade, resiliência, espiritualidade) que envolvem fé, fortaleza, esperança de assumir seu próprio destino. É um mito humano existencial, e não apenas sexual. Com a certeza da continuidade das ações de cuidar, ensinar e pesquisar sobre esse homem, emerge a proposta de um plano de intervenção clínica de enfermagem, para aliviar ou minimizar o medo proveniente do diagnóstico. Este plano de ação recebeu o nome de “*Cuidar para aliviar*”, que são ambulatorios localizados em ambiente estratégico, com equipes multidisciplinares, para a abordagem de diversas situações como apoio psicológico, terapêutico, escuta ativa e realização de práticas alternativas. Além disso, existe a proposta da criação do aplicativo digital “*Cuidar para aliviar digital*”, com a mesma finalidade.

Palavras-chave: Medo; Neoplasias da Próstata; Sexualidade; Saúde do Homem.

ABSTRACT

This research investigates men's fear of the impairment caused by the sequelae arising from prostate cancer, understanding the needs of this individual regarding their role in society and creating mechanisms that help them deal with the disease and their suffering. The general objective of this study was: To track fear in the narratives of 11 men with prostate cancer, as an inducer of suffering and the need for its demystification through alleviating care, and the specific objectives: 1-To identify, in their narratives, what can be meant as fear and indicators of demystification for the alleviation of suffering caused by the disease, based on actions and acts of care; 2-To organize the findings (data) produced in the narratives, analyzing and discussing the elements of the actions and acts of care; and 3-To present a specific intervention plan for a nursing care clinic, which is demystifying and for the alleviation of suffering. This is a descriptive, qualitative study conducted in a urology outpatient clinic of a large oncology hospital located in the city of Rio de Janeiro, a reference for various oncology treatments. The group studied consisted of 11 men, aged between 60 and 80 years old, who actively participated in consultations at the unit's urology outpatient clinics. A semi-structured questionnaire was used to collect data, in which the statements of these men were collected through previously authorized voice recordings, obtaining narratives that were used and analyzed through the cartographic method, in the light of theoretician Edgar Morin. In the results obtained after decoding the narratives, 976 full words with meaning were obtained, as follows: about what it is to be sick: 816; about the emotions resulting from the disease: 83; implications felt: 24; and general positions of the consequences: 53, totaling 976 full words with meaning. Afterwards, discussion categories were constructed, based on Florence Nightingale's theories, which are as follows: 1-the sick body that suffers: how to alleviate suffering; 2-transforming fear and the devices indicated by them; and 3-the reality, living with cancer is necessary: relief through sensitive, aesthetic and supportive actions. This is an affirmation that we recognize from the content of the narratives, which leads us to say that fear is triggered by the disease, causing all types of suffering, feelings and emotions. In conclusion, we have to consider the man with prostate cancer as a human being, with biological, linguistic, cognitive, emotional and spiritual dimensions. This man of today has shaped his body with another type of myth (courage, confrontation, desire, dream, possibility, resilience, spirituality) that involve faith, strength, hope of taking charge of his own destiny. It is an existential human myth, and not just a sexual one. With

the certainty that the actions of caring for, teaching and researching this man will continue, a proposal for a clinical nursing intervention plan emerges to alleviate or minimize the fear arising from the diagnosis. This action plan was named “Care to relieve”, which consists of outpatient clinics located in a strategic environment, with multidisciplinary teams, to address various situations such as psychological support, therapy, active listening and carrying out alternative practices. In addition, there is a proposal to create the digital application “Care to relieve digital”, with the same purpose.

Keywords: Fear; Prostatic Neoplasms; Sexuality; Men's Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Expositor dos dados coletados nas bases de dados, Rio de Janeiro, 20.....	23
Tabela 2. Tipos de compreensão.....	30
Tabela 3. Arquivos e gavetas dos participantes.....	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema da relação imagem/corpo/cuidado.....	28
Figura 2. Relação entre homem/mito, medo e dor.....	42
Figura 3. Tipos de medos.....	43
Figura 4. Nossos medos.....	44
Figura 5. Variáveis de atenção do pesquisado.....	48
Figura 6. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 1.....	61
Figura 7. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 2.....	63
Figura 8. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 3.....	67
Figura 9. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 4.....	70
Figura 10. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 5.....	74
Figura 11. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 6.....	78
Figura 12. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 7.....	83
Figura 13. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 8.....	88
Figura 14. Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 9.....	92
Figura 15 Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 10.....	96
Figura 16 Respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas na gaveta 11.....	101
Figura 17 Esquema sobre o medo dos homens nas narrativas.....	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Temas redecodificados da gaveta 1.....	60
Quadro 2. Temas redecodificados da gaveta 2.....	63
Quadro 3. Temas redecodificados da gaveta 3.....	66
Quadro 4. Temas redecodificados da gaveta 4.....	69
Quadro 5. Temas redecodificados da gaveta 5.....	73
Quadro 6. Temas redecodificados da gaveta 6.....	77
Quadro 7. Temas redecodificados da gaveta 7.....	82
Quadro 8. Temas redecodificados da gaveta 8.....	87
Quadro 9. Temas redecodificados da gaveta 9.....	92
Quadro 10. Temas redecodificados da gaveta 10.....	96
Quadro 11. Temas redecodificados da gaveta 11.....	100
Quadro 12. Quantitativo dos temas dentro das narrativas.....	101
Quadro 13 Diagrama das palavras plenas, das narrativas.....	102

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....	16
1.1. Iniciando o rastreamento.....	16
1.2 A situação problema.....	18
1.3 Base do acolher.....	19
1.4 Objetivo geral.....	20
1.5 Objetivos específicos.....	20
1.6 Justificativa.....	20
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS. “O POUSO”.....	28
2.1 Medo, o gigante da alma. Considerações necessárias sobre o tema e ancoragem.....	28
2.2 Sobre o corpo do cuidado.....	28
2.3 Sobre o corpo doente com câncer de próstata.....	32
2.4 Sobre o corpo: medo e mito.....	40
CAPÍTULO 3. O MÉTODO E A METODOLOGIA.....	44
3.1 Considerações de base-como encontrar os gigantes da alma nas narrativas dos homens com câncer de próstata.....	44
3.2 O campo de pesquisa- espaço de procurar e encontrar os gigantes da alma-corpo, doença, medo, sofrimento, para produção de conhecimento.....	48
3.3 Organização do processo de produção de dados.....	51
CAPÍTULO 4- O MATERIAL PRODUZIDO E OS RESULTADOS.....	55
4.1 Identificação do nome fictício do cliente.....	55
4.2 Arquivos-gavetas de dados.....	55
4.3 Sobre o tempo de processo de rastreio e análise dos dados produzidos: o pousos.....	56
4.4 Abrindo as gavetas: considerações imprescindíveis.....	56
4.4.1 GAVETA 1- decodificada.....	57

4.4.2 GAVETA 2- decodificada.....	61
4.4.3 GAVETA 3- decodificada.....	64
4.4.4 GAVETA 4- decodificada.....	67
4.4.5 GAVETA 5- decodificada.....	70
4.4.6 GAVETA 6- decodificada.....	74
4.4.7 GAVETA 7- decodificada.....	78
4.4.8 GAVETA 8- decodificada.....	83
4.4.9 GAVETA 9- decodificada.....	88
4.4.10 GAVETA 10- decodificada.....	92
4.4.11 GAVETA 11- decodificada.....	96
4.5. Resultados e discussão.....	101
4.5.1. O corpo doente que sofre: como aliviar o sofrimento.....	104
4.5.2. A desmistificação do medo e os dispositivos indicados por eles.....	109
4.5.3. A realidade, viver o câncer é preciso: alívio através de ações sensíveis, estéticas e solidárias.....	111
CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS.....	126
ANEXO A – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	127
ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	128
ANEXO C – PARECER APROVADO COMITÊ DE ÉTICA UNIRIO.....	134
ANEXO D – PARECER APROVADO COMITÊ DE ÉTICA INCA.....	138
ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS PARA NARRATIVAS.....	141

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

1.1 Iniciando o rastreamento

O câncer de próstata é um tumor que se desenvolve em uma glândula do sistema reprodutor masculino, logo abaixo da bexiga, e que envolve a uretra, canal que liga a bexiga ao orifício externo do pênis. Este agravo é o segundo tipo mais comum entre os homens, depois do câncer de pele. Além de ser uma patologia crônica, este agravo em saúde pode trazer muitos problemas para esta comunidade, dentre eles o medo do que pode ocorrer.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca, 2023, p. 02), são esperados 704 mil novos casos de câncer no Brasil, para cada ano do triênio 2023-2025, com destaques para as regiões sul e sudeste, que concentram cerca de 70% da incidência. Ao todo foram estimadas as ocorrências de 21 tipos de câncer mais incidentes no país, sendo os tumores que mais ocorrem o de pele não melanoma (31,3%), seguidos pelo de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%) e estômago (3,1%).

Nos homens o câncer predominante é o de próstata, segundo dados epidemiológicos da instituição. O câncer é predominante em todas as regiões do país, totalizando 72 mil casos novos estimados a cada ano do próximo triênio, atrás apenas do câncer de pele não melanoma.

Além destas informações, temos ações do programa Nacional de Assistência Integral da Saúde do Homem (PNAISH), com o objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e serviços de assistência integral do SUS, não somente para o tratamento do câncer mas também a saúde do homem integral, mediante a atuação nos aspectos sócio-culturais, sob a perspectiva relacional de gênero, contribuindo gradativamente pela redução da morbimortalidade por agravos evitáveis e melhorias das condições de saúde (Brasil, 2018, p. 03).

Esta política chega até estes indivíduos parcialmente, através do instrumento de diagnóstico de enfermagem, dando conta do que é objetivado nos processos, mas falhando ao se deparar nos medos, que se objetivam como o medo de morrer, da perda da parceira e problemas na potência sexual, além de angústias e emoções que se instalam em seus

corpos, quando adoecem, mesmo entendendo que as consultas podem ser diálogos entre estes indivíduos e a enfermagem.

O Brasil é um dos únicos países da América latina como uma política voltada para sua população de homens. Esta política busca também respeitar e reconhecer as diversas manifestações de masculinidade existentes. Sendo assim, ela desenvolve 5 (cinco) principais eixos temáticos para alcançar seus principais objetivos. Esses eixos temáticos são (Brasil, 2018, p. 31):

- Saúde sexual e reprodutiva: através de uma proposta inclusiva, promover uma abordagem sobre questões relacionadas à sexualidade do homem, dentro dos campos social, psicológico e biológico, buscando respeitar o direito de se planejar para ter ou não filhos;

- Acesso ao acolhimento: trazer os homens, através de ações de cuidados, para os serviços de atenção e espaços masculinos, e que estes serviços reconheçam suas necessidades de atenção em saúde;

- Paternidade e cuidado: neste ponto, o programa busca sensibilizar os gestores, profissionais da área de saúde e a população em geral os benefícios gerados com a participação deste homem em todo o processo gestacional de sua parceira, além da gestão de cuidado de seus filhos e filhas, fortalecendo assim os vínculos e laços familiares;

- Doenças prevalentes na população masculina: a atenção primária no cuidado em saúde desse homem, como um dos pilares de importância na prevenção e acompanhamento de agravos e fatores de risco em doenças crônicas não transmissíveis;

- Prevenção de violências e acidentes: conscientização entre a população masculina e as violências e acidentes direcionados a este indivíduo, propondo estratégias de prevenção na saúde envolvendo gestores e profissionais de saúde, além da comunidade.

Quando falamos de acolhimento, dentro da Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde do Homem, é imprescindível dizer que estamos utilizando, não para ser e ter o devido sentido, o que a maioria dos profissionais entendem por acolher. Para nós são ações e atos de cuidar. De acordo com o dicionário etimológico de Antônio Geraldo da Cunha (2012, p. 02), é dar nova fronteira, hospedar, recolher, acolhido e aquele que acompanha e auxilia. Sendo assim, entendemos assim com ações e atos e nos acoramos também no dicionário de filosofia de Nicola Abbagnano (2007, p. 09), que nos traz os significados de *ações* (termo com significado generalíssimo, que denota qualquer operação, considerada sob o aspecto do termo, a partir do qual a operação tem início ou

iniciativa. Nesse significado, a extensão do termo é coberta pela categoria Aristotélica do fazer) e *atos* (este termo já possui sentido restrito e específico, como operação que emana do homem, ou de um poder específico, e fundamental para indicar processo que serve para garantir a validade de uma ciência).

Dando continuidade e seguindo as diretrizes desta política, foi realizado um estudo no Brasil, onde foi desenvolvido uma pesquisa sobre as consultas de enfermagem realizadas com homens que vivem com câncer de próstata e assistidos no ambulatório de urologia do Instituto Nacional do Câncer, localizado no município do Rio de Janeiro, com foco na prática da educação em saúde. (Ramos, 2018, p. 02)

A partir dos resultados obtidos na investigação deste estudo, ficou claro que as consultas de enfermagem possuem um forte caráter educativo e dialógico. Percebeu-se que os pacientes compreendem a importância da realização das consultas e entendem que os conhecimentos que possuem podem ser somados ao saber científico, por meio do diálogo e da troca de experiências (Ramos, 2018, p. 03).

Neste mesmo trabalho, obtivemos achados, ressaltando que os participantes têm muito medo da perda da potência e se preocupam muito com seu desempenho sexual. A masculinidade, na visão dos participantes limita-se a sua função sexual, e sempre está sendo colocada à prova. Também se observou o homem como provedor do lar e que não pode adoecer e/ou deixar sua família sem os proventos necessários. O que confirma até agora o que estamos problematizando, pois precisamos revelar esse corpo para desmistificar e desconstruir o que se afirma sobre ele há tantos anos.

1.2 A situação problema

Convivendo há muitos anos no trabalho de cuidar de homens com câncer de próstata, tenho ampliado minhas preocupações com o sofrimento percebido por eles em estar doente, sem expressar claramente que sentimentos e emoções se instalaram em seus corpos, por que eles nos expressam ou por que não sabem como e porque são homens e devam ser fortes- mantendo o mito de que são capazes de suportar dor, sentimentos negativos, fortalecendo o imaginário social que ele deve manter, mesmo quando queixam-se de dor. Com essas primeiras posições aqui colocadas, a situação problema deste estudo, traz à tona o que a enfermagem faz ou não para aliviar os sofrimentos, ações fundamentadas de um dos princípios básicos de Florence Nightingale, o que nós, enfermeiros, ainda não sabemos como fazer, a não ser implementar a prescrição médica: Dor versus analgesia, na perspectiva da doença e de seus sinais e sintomas.

Essa situação problema envolve um saber fazer, que seja possível aliviar o sofrimento do homem após o diagnóstico de câncer e durante e após os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos e suas consequências, da sexualidade envolvida, da dor física e das perdas sociais como o abandono, medo da morte, das dúvidas e questionamentos físicos e emocionais envolvidos, entendendo que o conceito e ações de acolher são muito mais complexas do que sabemos.

1.3 Base do acolher

Ao estudar o ser homem, pensando nele e observando sua história na civilização, vemos que ele é um indivíduo forte, porém se emociona, não chora, não é frágil, possuindo força física para o enfrentamento das guerras e trabalho pesado. O homem é e continua sendo aquele que tudo pode realizar no seu dia a dia, e atualmente as organizações que tratam de questões sobre saúde e doença tem se preocupado com este indivíduo. Problemas que representam e fortalecem o imaginário do mito-forte, vitorioso, que tudo pode, e que no entanto, não é uma verdade absoluta. O foco do tratamento da saúde do homem na atualidade é a próstata, preocupação voltada para o aparecimento das neoplasias deste órgão, além também das doenças sexualmente transmissíveis.

Um dos elementos desta situação é de que descobrimos fragilidades escondidas, objetivas através dos medos de morrer, de perder o estímulo sexual, do abandono das parceiras que exigem uma compreensão de como isso tudo pode interferir em suas vidas, deixando de vivenciar seus corpos libidinais, sexuais e emocionais. Isso tudo exige de nós a compreensão do que é câncer de próstata para este homem, e a competência de captar nas consultas de enfermagem o que não temos dado conta ou percebido (de momentos até que o homem não fala), sobre suas fraquezas, e, envolvem a subjetividade, quando o homem se vê adoecido em uma das áreas que mais observa importância, que é a área sexual, simbolicamente compreendida por ele desta forma. A sexualidade masculina é muito importante na concepção do ser homem, diante de padrões tradicionalmente construídos, e que o coletivo atribuiu nele, durante seu desenvolvimento e crescimento.

Diante desta situação, definimos como objeto de estudo: o medo produzido pela doença câncer de próstata, produzindo agravos e fragilidades, e a necessidade de sua desmistificação, e assim pensar em intervenções específicas de uma clínica de cuidar de enfermagem, para o alívio do sofrimento.

Para o alcance do que estamos dizendo nesta introdução e definição do objeto, estabelecemos como questão de pesquisa: como desmistificar o medo decorrente da doença, para o alívio do sofrimento, a partir de narrativas de 11 clientes? E definimos como objetivos:

1.4 Objetivo geral:

- Rastrear o medo nas narrativas dos 11 homens com câncer de próstata, como indutor de sofrimentos e a necessidade de sua desmistificação através de cuidados aliviadores;

1.5 Objetivos específicos:

- Identificar, em suas narrativas o que pode ser significado como medo e indicativos de desmistificação para o alívio do sofrimento causado pela doença, à partir de ações e atos de cuidar;
- Organizar os achados (dados) produzidos nas narrativas, analisando e discutindo os elementos das ações e atos de cuidar;
- Apresentar um plano de intervenção específico para uma clínica do cuidado de enfermagem, que seja desmistificadora e para o alívio do sofrimento.

O pressuposto é de que o medo desconstrói o mito de fortaleza físico-mental do homem, fragilizando-o no processo de adoecer, que pode ser desmistificado e amenizado numa proposta de intervenção de enfermagem que o considere como um ser humano, com suas fortalezas e fragilidades.

A tese pretendida é de que: os 11 (onze) homens deste estudo reconhecem e tem medos diversos (advindo de mitos sociais e culturais, físicos e psicológicos) diante de sua doença, que necessitam ser desmistificados para o alívio do sofrimento (diminuindo ou não suas fragilidades) e da necessidade de identificarmos o que são e o que não são ações e atos de cuidar, para a construção de uma clínica de cuidar específica para aqueles que cuidamos.

1.6 Justificativa:

Conforme indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer de próstata corresponde a 13,5% de todos os cânceres do mundo. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (2020, p.01) aponta o correspondente da doença a 29% dos tumores malignos, atrás apenas do câncer de pele não melanoma, e estimou-se 66 mil novas ocorrências até o ano de 2022. Isso significa um crescimento de 62,5 casos novos para cada 100.000 habitantes. Em 2018, esta doença levou a 15.391 óbitos no país.

Dentro ainda da temática em questão, um estudo constatou que os homens que vivem com câncer de próstata encontram-se na faixa etária entre 60 e 90 anos. A maioria possuía o segundo grau completo, consolidando um percentual de 44% dos entrevistados, seguindo com 30% do grupo com o primeiro grau completo. Com percentuais menores observou-se que 10% dos entrevistados tinham o primeiro grau completo e 10% o segundo grau incompleto. Entre os participantes observou-se um número reduzido de analfabetos de apenas 3%, assim como aqueles com nível superior completo, também 3%. A maioria possui escolaridade média, é casada e católica. (Ramos, 2018, p. 50).

Para nós, sabemos que o câncer é uma doença permanente e de cura muito diversificada. Segundo, porque pretendemos pensar que é possível desmistificar e desconstruir medos pois é um desafio a ser enfrentado, porque também devemos saber de que educação em saúde estamos falando. Até porque o nosso consenso e linguagem é muito mais voltado à doença, e não ao que realmente abrange a saúde do homem, da área física, emocional e espiritual.

Considerações em torno de nossas crenças de que podemos ter modos e maneiras de aliviar ao máximo o medo, que para nós é um sintoma da alma que nos sinaliza as condições de melhora ou piora de nossos clientes. Nesse sentido, buscamos em Monteiro (2006, p. 49) um apoio para o que estamos dizendo, onde o autor diz que:

“o corpo se revela, e nesses desafios do cotidiano, ele é impregnado pelas ambições, experiências, disputas, equívocos, julgamentos, preocupações e ilusões. Ele capta e armazena o lixo caótico como uma esponja absorvente. Então, para ele ser ouvido (através da educação em saúde), grita por meio de seus sinais e sintomas.”

Vale destacar que, no mesmo estudo citado anteriormente, houve relatos de alguns homens, dizendo não suportar a própria fragilidade, utilizando-se de drogas poderosas para silenciar a dor (quando se trata do câncer e da quimioterapia), pois os sintomas

interferem nos projetos pessoais e precisam ser eliminados, esse foi o gatilho para pensar o que fazer no doutorado.

Isto tudo implica favorecer a contínua reflexão dos homens sobre as suas condições de vida, na prática concreta, como parte inerente do processo social e como elemento indispensável para a promoção de novas atitudes e relações que estruturam a sociedade, e os cuidados que fazemos (LOUREIRO, 2012, p. 67).

Uma outra justificativa é a de que estamos pretendendo ampliar e teorizar os achados advindos da dissertação de mestrado, como que agora ampliamos, que envolvem aspectos do humano- homem. Em levantamentos de dados, não encontrei na área de enfermagem problemas que envolvem o pensamento complexo para a desconstrução da desmistificação do medo e suas fragilidades e dos medos do homem, diante de sua doença. Justifica-se também pois existe pouco interesse pela saúde do homem quando ele é tipificado na perspectiva de sua sexualidade, sendo reprodutor e forte, sem a chance de poder adoecer, de sofrer, de sentir medo.

Acreditamos também que este estudo pode provocar interesses diversos voltados para sua saúde, que não é somente a de um indivíduo detentor de poder, de força, que não adocece, que sustenta a família, sendo o único provedor do lar. Na construção da dissertação de mestrado observou-se que, se este homem adocece e ele não consegue trabalhar. Foi um dos pontos bastante apontados na pesquisa para a dissertação. O trabalho atrapalha a busca do tratamento desta clientela, por conta do horário de funcionamento dos serviços ou pela dificuldade de liberação pelos empregadores. Estes homens preferem então suportar os agravos na intenção de continuarem empregados, mantendo assim o dinheiro necessário ao sustento de seus familiares. Além disso, existe pouco interesse pela saúde do homem quando ele é significado na perspectiva da sexualidade, do reprodutor. O homem é forte, mas pode adoecer.

Nos estudos de busca de fundamentação teórica encontramos trabalhos com câncer de próstata, mas não possuem aderência em nosso objeto de estudo, de acordo como mostra o quadro sinóptico das bases de dados pesquisadas. No entanto, é importante destacar que, a partir dos achados destes mesmos artigos, podemos observar algumas falas e termos que traduzem o medo, que talvez não tenha sido totalmente explorado nos documentos. Termos como *depressão*, *afetar*, *imposição*, *transgressão* e o próprio *medo*, podem ter sido deixados de lado, para entender melhor este homem fragilizado.

Além disso acreditamos que este estudo pode provocar interesses diversos voltados para a saúde do homem, no que diz respeito a força de trabalho, de ser mantenedor do lar e a base da família. A questão salarial também é muito vista neste sentido, pois historicamente o homem acaba ganhando mais por trabalhar mais.

Finalmente, este estudo pode despertar nos profissionais enfermeiros a habilidade pensar-saber sobre o cuidado para o cliente com medo, diante do câncer de próstata. Estes, por sua importância histórica e social, e por sua inserção generalizada nos espaços da produção de cuidado individual e coletivo se constituem em profissionais que podem avançar no sentido de compor forças capazes de mobilizar mudanças sociais mais amplas, como a possibilidade de enfrentamento dos determinantes relacionados às formas injustas e desiguais de produzir saúde e vida.

Como perspectivas futuras deste estudo para essa clientela, elas são cruciais para os clientes com câncer de próstata, pois envolvem tanto avanços de enfermagem quanto melhorias no suporte psicológico e emocional. Reconhecimento dos avanços médicos e tecnológicos, trazem mais tranquilidade e confiança para estes pacientes, diminuindo assim seus anseios e preocupações. Assim como cuidados personalizados, mais específicos e menos invasivos, diminuindo assim os efeitos adversos e melhorando o prognóstico e, principalmente aliviando o sofrimento como princípio fundamental de Florence Nightingale.

Assim como a abordagem da parte física, o emocional também é muito comprometido, não só dos pacientes, mas também de seus familiares. Programas integrados que combinam atendimento multidisciplinar com suporte psicológico e espiritual estão se tornando mais comuns. Essas abordagens holísticas ajudam a tratar o paciente como um todo, não apenas a doença.

No quadro sinóptico abaixo, foi realizado uma pesquisa na base de dados para encontrar temáticas relacionadas ao estudo em questão. Sendo assim, para esta busca, foram utilizados os seguintes descritores de pesquisa, cadastrados no DECS/MeSH (Descritores em ciências de Saúde): **Medo; Neoplasias da Próstata; Sexualidade; Saúde do Homem.**

Tabela 1: Expositor dos dados coletados nas bases de dados, Rio de Janeiro, 2024

Título	Autores	Ano/País/Base de dados/Período/participantes da pesquisa	Delineamento do estudo/instrumentos	Resultados	Conclusão
Changes in health-related quality of life, depression, and fear of progression during oncological inpatient rehabilitation and beyond: a longitudinal study	Jürgen M. Giesler1 Joachim Weis	2024/Germany/Pubmed/National Library of Medicine/357 patients	Coleta de dados, entrevista semiestruturada, avaliação do estágio tumoral, prognóstico e impressão dos pacientes. Avaliando principalmente os efeitos colaterais das evoluções tumorais.	Foram observados efeitos colaterais como diarreia, depressão durante a reabilitação.	A reabilitação de pacientes internados oncológicos pode melhorar a QVRS. A deterioração subsequente e em parte diferencial em alguns domínios da QVRS sugere a necessidade de mais cuidados de acompanhamento nos programas de sobrevivência.
Repercussões no contexto familiar do paciente com câncer de próstata	Souza Sant'Anna, Samuel; Souza Rosa, Randson; Souza Gomes, Liane Oliveira; Souza, Flávia Silva; Santana Biondo, Chrisne	2022/Colômbia/LILACS/ Rv. Salud Pública/ 10 homens, com diagnóstico de câncer de próstata	Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Entrevista com roteiro semiestruturado.	A falta de informação faz com que a maioria dos homens resista ao exame, por preconceito ou mesmo medo do desconhecido, podendo afetar sua qualidade de vida.	A importância da participação da família no processo de descoberta e acompanhamento do câncer.
Fatores associados à masculinidade no diagnóstico precoce do câncer de próstata: revisão narrativa		-2021 -Brasil -BVS -Nursing -Revisão integrativa (14 estudos)	trata-se de uma revisão narrativa realizada nas seguintes bases de dados SCIELO, LILACS e PUBMED. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, a amostra do estudo foi composta por 14 artigos publicados entre 2000 e 2021	os estudos abordam fortemente a influência dos aspectos socioeconômicos e culturais na busca preventiva dos homens pelo autocuidado. Os padrões estipulados pela sociedade dificultam a adesão masculina fazendo-os diminuir a procura por serviços de saúde em relação às mulheres, dificultando o diagnóstico precoce do câncer de próstata. O exame de toque retal encontra-se atrelado à transgressão de sua masculinidade repercutindo no medo de realizá-lo.	concepções socioculturais acerca da masculinidade associam-se negativamente à saúde dos homens impondo dificuldades no diagnóstico precoce do câncer e, conseqüentemente, aumentando a mortalidade masculina.

Long-term efficacy and cost-effectiveness of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal Cancer survivors: follow-up of the SWORD randomized controlled trial.	Burm, Rens; Thewes, Belinda; Rodwell, Laura; Kievit, Wietske; Speckens, Anne; van de Wal, Marieke; Prins, Judith.	2019/ Netherlands/Pubmed / BMC Câncer/ 88 patients	Estudo descritivo, comparativo, avaliando a evolução dos pacientes e suas qualidades de vida.	Pacientes que receberam terapia cognitivo comportamental combinada, tiveram melhoras significativas, em comparação aqueles que não receberam, além das reduções de custos com o tratamento.	A bCBT para sobreviventes de câncer com FCR é clínica e estatisticamente mais eficaz do que CAU em longo prazo. Além disso, a bTCC é uma intervenção relativamente barata, com custos e QALYs semelhantes aos da CAU.
Conhecimento, comportamento e práticas em saúde do homem em relação ao câncer de próstata	Roberta Menezes, Mariana Menezes, Ellen Ferraz Teston, Silvia Matumoto, Wilkie Jossiana Faller	-2019 -Brasil -BVS -Revista Pesqu.	Estudo quantitativo, realizado com 130 homens. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2015, por meio do Modelo de Crenças em Saúde.	Embora relatem conhecimento sobre o câncer, 30% realizam a dosagem do Antígeno Prostático Específico e 17,6% o exame de toque retal anualmente. A maioria percebe a susceptibilidade e a severidade do câncer e acredita que é capaz de fazer algo por si mesmo, beneficiando-se com esses cuidados. Quanto às barreiras, 16,9% apresentaram comportamento não preventivo.	O medo da dor, a vergonha e a falta de coragem para realizar o exame constituem barreiras a esses indivíduos. A equipe de saúde deve oportunizar abordagens considerando esses aspectos, utilizando estratégias que ampliem o acesso dos homens ao serviço de saúde e estimulem a prática do autocuidado
Uma revisão integrativa explorando homens negros de origem africana e caribenha, seus medos do câncer de próstata e suas atitudes em	Obrey Alexis, Aaron Worsley	-2018 -América do Norte/Europa -BVS -Health educ. res.	O objetivo desta revisão é identificar estudos explorando homens negros de ascendência africana e caribenha, seus medos do câncer de próstata e suas atitudes em relação ao rastreamento.	Os achados qualitativos foram sintetizados usando um quadro temático ao qual os achados quantitativos foram integrados. Dos 16 artigos, 10 eram quantitativos e 6 qualitativos, todos realizados nos Estados Unidos da América. Homens negros mais pobres e menos instruídos estavam relutantes em procurar ajuda para o câncer de próstata. Eles não podem visitar seus médicos por medo de intrusão em suas vidas pessoais. Além disso, eles estavam com medo de serem castrados como	A revisão identifica uma escassez de literatura do Reino Unido sobre os medos e percepções dos homens negros sobre o câncer de próstata. Mais estudos são necessários no Reino Unido para abordar essa lacuna na literatura.

relação ao rastreamento.				resultado do toque retal.	
Percepções de homens afro-americanos e nascidos no Caribe sobre o medo do câncer de próstata e facilitadores para triagem de comportamento: um estudo piloto.	K.Ewan Cobran; N. Jori Hall; D. Willian Aiken.	-2018 -América do Norte -Medline -J.Cancer educ.	Este estudo descreve como uma abordagem de metodologia mista exploratória concorrente (CEMM) foi usada para investigar percepções de medo de câncer de próstata (CaP) e facilitadores do comportamento de rastreamento em homens negros afro-americanos (AA) e nascidos no Caribe (CB) para o desenvolvimento de instrumentos.	Sentir-se responsável por cuidar dos familiares e o papel do outro significativo foram relatados como motivação para a visita ao médico. Como resultado do desenho do CEMM, um instrumento de pesquisa confiável foi desenvolvido para medir o medo de CaP e facilitadores para triagem de comportamento em subpopulações de homens AA, o que é importante porque, apesar de sua ancestralidade genética compartilhada, homens negros AA e CB podem ter estilos de vida muito diferentes.	
Qualidade de morte em cuidados paliativos oncológicos : estudos de casos múltiplos	Lenhani, Bruna Eloise	2015/ Brasil/ BDEF/ Dissertação de Mestrado, acervo digital UFPR/ 6 pacientes com câncer avançado	Pesquisa descritiva utilizando-se o método de estudo de casos múltiplos	Os sintomas que interferiram na qualidade do processo de morte foram; ansiedade, depressão, apatia, cansaço, dor e falta de ar.	É necessário ampliar as discussões sobre a morte, para melhorar a assistência e consequentemente e melhorar a qualidade de morte dos pacientes em cuidados paliativos.
Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens.	Renata Guzzo Souza Belinelo, Sandra Maria de Almeida, Patrícia Peres de Oliveira, Priscilla Sete de Carvalho Onofre, Selma Maria da Fonseca Viegas e Andrea Bezerra Rodrigues.	-2014 -Brasil -BVS -Escola Ana Nery de Enfermagem -21 homens	Pesquisa descritiva, a luz do Interacionismo simbólico, exploratório, e qualitativa.	A vivência dos homens na realização dos exames e os conhecimentos adquiridos incentivaram-nos a buscar a prevenção.	A influência sobre o imaginário social sobre a doença câncer e sobre o estigma do rastreamento pode acomodar, inibir ou encher de medo e vergonha o homem que se submete aos exames. Conhecer estes aspectos auxilia na definição de estratégias para intervenções eficientes.

Fonte: os autores

Na busca das diversas bases de dados, observou-se a escassez sobre a temática, onde houve a necessidade de ampliação da busca até 2014, onde foi encontrado uma dissertação de mestrado, em que foi abordado tal temática.

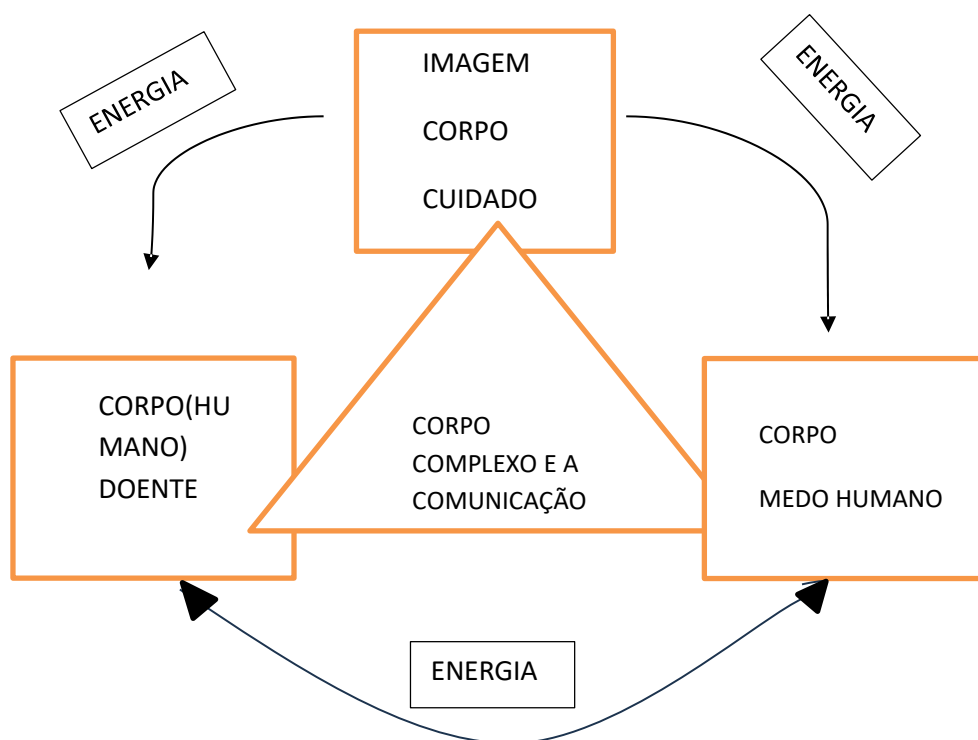
O conhecimento construído durante a dissertação pode ser ampliado em diversos pontos, tais como a avaliação da saúde mental deste homem no enfrentamento da doença, a avaliação das políticas públicas de saúde no atendimento a esta clientela, as fragilidades encontradas por eles para a não adesão ao autocuidado, e dos aspectos culturais e sociais que impedem estes homens de procurar atendimento, visando a promoção e a manutenção da sua saúde.

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS. “O POUSO”

2.1 Medo, o gigante da alma. Considerações necessárias sobre o tema e ancoragem

Com o que já escrevemos até aqui, entendemos que as âncoras teóricas que sustentam os elementos básicos que se encontram no problema, no objeto e na questão norteadora são assim retratadas da seguinte forma:

Figura 1: Esquema da relação imagem/corpo/cuidado



Fonte: os autores

Por mais orientações que existam, mais normas ou políticas instituídas, além da educação em saúde promovida em diversas unidades de atenção básica e hospitalar, as pessoas, de um modo geral não conhecem o próprio corpo, o que pode fazer com que as deixe desatentas as questões imprevisíveis. Sabemos de modo empírico e científico que não há rastreamento como uma ideologia de manter a saúde em dia, facilitando o fato de os problemas de saúde já estarem muito avançados quando chegam na unidade hospitalar.

2.2 Sobre o corpo do cuidado

O corpo, num modo geral, tem sido objeto de atenção pela equipe de enfermagem, magnificando-se com sua complexibilidade, pensando também em sua singularidade.

Atualmente, estudá-lo torna-se mais um desafio pelas diversas mudanças pelas quais passa. Ele tem sido referência no tempo e no espaço, e como matéria é pouco compreendido. O corpo é energia, é a ação de um átomo que passa para o outro, na matéria sólida, sem movimento. Somos energia em ação e, atualmente, conhecemos outros modelos de realidade, onde o corpo precisa se adaptar. O mundo deixou de ser quadrado e somente matemático. A crença começa a dar seus primeiros passos, rumo a poesia, a arte, e a produção de subjetividades.

A poesia em si utiliza-se de uma linguagem metafórica, que tem ritmo e pulsação, sustentadas por campos eletromagnéticos. O corpo, indiferente de ser do homem ou da mulher, é como um enigma em constantes mudanças, e em todas as áreas de conhecimento. Ele é uma estrutura inacabada, e compreendê-lo não é uma tarefa fácil, e quando olhado integralmente, torna-se uma realidade essencial de cada indivíduo, e por isso cada um tem sua linguagem própria, tornando-o único.

Para desvendá-lo através da compreensão, pensando no que Edgar Morin (2015, p.30) nos diz, ter um pré conhecimento da nossa condição humana, que encontra-se ausente dos programas de ensino, porque o humano está dispersado, compartimentado em todas as disciplinas da ciência humana, das ciências biológicas (o cérebro estudado em biologia e a mente em psicologia), da física, (pois somos feitos de moléculas, átomos e partículas), mas também na filosofia, na literatura e nas artes. Sem estas disciplinas, nosso conhecimento do humano permanece mutilado e fragmentado.

Historicamente, devemos inserir o ser humano em uma grande narrativa, que parte do nascimento do universo, ocorrido à bilhões de anos, dando origem ao sol, prolongando-se singularmente em um de seus planetas.

Por isso é preciso conhecer de quem falamos, também como humanos, que estão na era planetária, que teve início com a comunicação entre todos os continentes, a partir do século XVI, mostrando como todas as partes do mundo tornaram-se interrelacionadas. Esta estrutura teórica é pertinente, para ampliação das questões colocadas no início, entendendo o que precisa ser compreendido no homem e em sua singularidade. Assim são destacadas aqui formas de compreender, para saber agir, orientados por Morin (2015, 33), que apresentamos a seguir, dois tipos de compreensão, afirmando que o problema é compreender o que é compreender.

Tabela 2: Tipos de compreensão

1- Compreensão intelectual	2- Compreensão humana
<i>“É a compreensão do sentido do discurso do outro, de suas idéias, de sua visão de mundo. Esta compreensão está sempre ameaçada. À princípio pelo ruído que parasita a comunicação entre emissor e receptor, criando mal-entendido ou o não entendido, e pode ignorar o subentendido. Existe também a polissemia, onde ocorre uma multiplicidade de sentidos de uma palavra ou locução. A palavra cultura, por exemplo, pode significar, de forma conceitual:</i> <i>a) Tudo o que nos é naturalmente nato, deve ser aprendido e adequado;</i> <i>b) Os costumes, os valores, crenças de uma etnia ou de uma nação;</i> <i>c) A cultura erudita de nossa civilização, apontada pela humanidade através da literatura, artes e filosofia. Existe a importância dos mitos e costumes, em cada categoria ou classe social. Principalmente os ritos de cortesia que, inconscientemente podem levar a ofender alguém ou desagradar a si mesmo, dos olhos do outro.</i>	<i>A compreensão humana implica uma parte subjetiva irreduzível. É preciso conhecer a diferença entre explicar e compreender. Explicar e considerar uma pessoa ou um grupo como um objeto e aplicar-lhes todos os meios e objetivos de conhecimento. A explicação pode ser suficiente para a compreensão intelectual ou objetiva. Ela é sempre insuficiente para a compreensão humana. Essa compreensão implica identificação e proteção do indivíduo para indivíduo. Se vejo uma criança chorando, vou compreendê-la, medir o grau de salinidade de suas lágrimas, mas lembrando de minhas tristezas infantis, identificando-a comigo. A comunicação humana é sempre intersubjetiva, facilitando abertura para o outro, através da empatia e simpatia. Próximo ou distante, essa compreensão reconhece o outro simultaneamente como semelhante a si mesmo, e diferente de si mesmo. Semelhante a si mesmo por sua humanidade e diferente de si mesmo pela sua singularidade pessoal e/ou cultural. Reconhecimento da qualidade humana do outro e constitui uma pré-condição indispensável a qualquer compreensão.</i>

Fonte: Morin (2000, p. 94)

Essas compreensões são para nós uma base da educação em saúde, que também colocamos como uma questão de fundo, que merece nos ser escondida, pois tem sido um dos problemas da comunicação entre enfermeiros(as) e clientes quando adoecidos.

O homem que vive com câncer de próstata enfrenta tratamentos muitas vezes agressivos e mutilantes, que acarretam sequelas físicas e emocionais. Um dos tratamentos indicados é a intervenção cirúrgica, que traz como consequência o risco da perda do desejo sexual e a disfunção erétil (Hoff, 2013, 1887).

Este corpo masculino nem sempre aparece como foco central nos artigos científicos pesquisados, no âmbito da saúde. Em alguns deles, esse assunto é secundarizado, surgindo de forma indireta na discussão de outros temas (Gomes et. al, 2014, p. 166). Os homens sempre estiveram no foco, por exemplo, nos estudos sobre saúde do trabalhador. Nessas produções, no entanto, foram predominantemente abordados a partir de um referencial que pouco se deteve às especificidades do ser homem, para além do fato de ser trabalhador. (Pinheiro, 2010, p. 25)

Quando se fala em sexualidade humana, o assunto é mais complexo, por envolver aspectos físicos, psicológicos, relacionamento comportamental e interpessoal. A qualidade de vida e a função sexual são assuntos importantes, quando falamos de pessoas com câncer. O homem geralmente equipara sua virilidade à sua masculinidade. Na cultura latina/ocidental, quanto mais viril é o homem mais detentor do controle familiar e provedor do seu lar.

As representações de masculinidade demonstram o homem ativo em todos os aspectos sociais e nas intimidades sexuais, como sedentos por sexo, fortes, demonstrando virilidade, imunes a doenças e que sempre se colocam diante de algum risco eminente. Os sentidos atribuídos à sexualidade sempre apontam para a busca incessante do prazer sexual e da virilidade. (Riscado, 2013, 32)

Apesar do câncer de próstata ser o tipo mais comum de câncer entre os homens, é também o mais difícil de ser discutido, limitando suas possibilidades de cuidado. Estereótipos de gênero, crenças e valores que definem o que é ser masculino, tem sido apontado como obstáculos na implementação de práticas de cuidado em saúde. O exame de toque, por exemplo, embora bastante eficaz quando combinado com o exame de sangue na detecção precoce do câncer de próstata, ainda é relativamente pouco utilizado, possivelmente por esbarrar em preconceitos relacionados a estes estereótipos. Este cenário acaba conduzindo à alta prevalência de diagnóstico deste câncer em estadiamento

mais avançado, e infelizmente com os piores prognósticos (Moscheta e Santos, 2012, p. 1226).

Esse corpo, antes sadio, atuante, trabalhador, mexe com nossas reflexões de como ele pode estar se sentindo, que necessidades e desejos poderiam ser demonstrados. Esse homem traz consigo sua história de vida, de família, como foi criado e como pode ficar ausente da família, em um mundo em desconstrução de imagem, de sentido, de realidade, todos sujeitos do cuidado e de nossas preocupações.

Ainda não possuímos habilidades em linguagem corporal, nem de perceber sentidos, sentimentos no outro ou sensações que eles nos mostram, mas estamos tão atordoados com o excesso de trabalho e falta de condições, que várias vezes não percebemos.

Este corpo doente tem partes saudáveis e riquezas de sentimentos que podem não serem bem compreendidas. Ele tem uma linguagem silenciosa e com certeza está sofrendo. Por isso falta em nós, profissionais de enfermagem, a falta do exercício de vê-lo, ouvi-lo, olhá-lo, escutá-lo, de um modo mais completo, e este é um de nossos maiores desafios.

A enfermagem não está adaptada para este tipo de avaliação e interpretação, onde a linguagem corporal emana significados que podem elucidar e auxiliar o processo saúde doença, neste caso, nos pacientes com câncer de próstata, que emanam sentimentos em seu dia a dia.

Esse não é o discurso da linguagem da enfermagem, mas de acordo com Benilton Bezerra Junior (2001, p. 30), poderá ser se, de fato, a fim de aliviar seus sofrimentos. O cuidado é uma experiência humana de ação principal de enfermagem, em que é imprescindível a participação do corpo e de tudo que nos faz parte do mundo linguístico organizado (ou seja, tudo que designamos como não verbal, ou extralinguístico, mas faz parte do corpo que cuidamos, e é mais intenso proveniente de um corpo doente, mesmo sabendo que o câncer é um fenômeno da vida, que é natural, cultural, mental e físico.

Essas considerações também não têm feito parte do interesse das enfermeiras, que cuidam, que fazem educação em saúde, que treinam equipes multidisciplinares, não porque elas não querem, mas porque não tem este conhecimento e somente acreditam nas manifestações físicas, muitas vezes em discurso altamente sensíveis no plano teórico.

2.3 Sobre o corpo doente com câncer de próstata

Grande parte dos homens sentem-se inseguros sobre seus corpos, onde sua virilidade sempre é colocada à prova. O homem fica recolhido na solidão de seu próprio ser, sem espaço social para tratar de sua sexualidade e de outros assuntos pertinentes a seu papel na sociedade, trazendo sérias complicações para sua saúde bio-psico-social. (Gomes et al 2014, p. 167)

Jamais saberemos o tamanho da dimensão de seu sofrimento, suas angústias e medos. O tratamento é doloroso, complexo, agressivo e sem validade de que funcionará, mas temos certeza de que esta tese compreenderá esse homem, recebendo e produzindo sentidos sobre esse homem com medo, desmistificando-o.

Poderíamos afirmar que estamos pensando num corpo complexo que exige atenção, vigília e cuidados, quando estamos falando de um homem com câncer de próstata, que adoeceu, provavelmente porque mantém acesa a afirmativa corrente de que ele não costumava cuidar de sua saúde, principalmente que esse adoecer mexe com sua sexualidade, vem corroborar com a intensão de desmistificar (desconstruir) o que é assegurado ao homem, como um desafio de cuidar dele.

Para Reis e Pereira (2017, p. 40),

“ser homem, assim como ser mulher, é constituído tanto a partir do masculino como do feminino, modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres”.

E se complexifica muito mais quando sabemos da importância da sexualidade do homem que lhe é limitada, com o diagnóstico do câncer de próstata, principalmente contaminados pelas químicas que irradiam seu corpo e os afastam de parceiros, filhos, família, e entes queridos, tornando-se parte da grande morbidade do câncer.

Falando de morbidade, os autores citam a organização mundial de saúde (2013), apontando que a maior morbidade dos homens refletem diversos fatores de risco, dentre eles: maiores níveis de exposição ocupacional a perigos físicos e químicos; comportamentos associados a normas masculinas, com maior envolvimento com situações de risco e “aventuras”, paradigma de comportamento em saúde relacionado a masculinidade e do fato de que os homens são menos propensos a irem ao médico quando estão doentes e, quando se consultam com um médico são menos propensos a relatar os sintomas da doença ou enfermidade. Isto corrobora com o que temos registrado, relacionando aos mesmos problemas que temos identificado na prática.

Do mesmo modo que temos afirmado uma mitificação de suas doenças que necessitam ser desconstruídas para trazê-los de volta a uma realidade e um comportamento que eles insistem em negar. O fato de não ficar doente, ser forte, saber se cuidar e não precisar de médicos. Essa postura faz parte de seus cotidianos, com que ser racional lhe conferisse uma masculinidade “dura”, nada sensível, nada emocional, pois foram criados para serem fortes, não temer nada.

Também é preciso compreender para poder desconstruir a não adesão deles aos tratamentos ou programas impostos a eles, que tem influências socioculturais, criando estereótipos de gênero enraizados em seus corpos fortalecidos por uma cultura patriarcal, criando neles ideias, crenças e valores, do que é ser masculino. Adoecer é ser frágil e impotente diante da vida.

A desconstrução do que é ser homem e não ter medo faz parte de um pensamento complexo que tem como orientador Edgar Morin, que se fortalece na crise da modernidade, quando ele fala por uma reforma do pensamento, partindo da ideia de desmistificar o medo para que o homem possa senti-lo sem sofrer o preconceito de ser considerado frágil e não viril, exige de nós uma mudança de pensamento, que é complexo para produzir novos conhecimentos, em tempo real sobre o homem moderno e, com cautela nos ancorarmos em Morin (2000, p. 94), em busca de fundamentos para desconstrução de conhecimento, baseado no princípio da separação quando cita Descartes, sobre essa separação quando diz:

“tiro um corpo do seu meio natural, separo-o coloco-o num meio artificial que controlo e sobre o qual faço variar um certo número de determinações, e que me permite conhecê-lo.”

Mas não é nisso que ele acredita, e nos diz:

“nossa atividade cognitiva, nossa pesquisa de conhecimento, é no fundo uma procura de certeza, seja em filosofia, seja em ciência que nos coloca em crise dos fundamentos; se pensarmos que a ciência é o diálogo entre ordem e desordem; para ele nenhum ser vivo pode viver sem seu ecossistema, sem seu meio ambiente”

Este é o caso do homem com ou sem saúde, que precisa de seu meio para ser o que ele quer ser e não o que queremos que ele seja. É o diálogo entre certeza e incerteza. Com esse pensamento fundamentado no conhecimento que queremos produzir, pensar, não só a complexidade do corpo, mas da ciência.

A complexidade, à primeira vista é um fenômeno quantitativo, a extrema quantidade de interrelações entre um número muito grande de unidades, de um sistema auto-organizado, mesmo o mais simples. Ela também não compreende apenas quantidade de interações que desafiam nossas possibilidades de cálculo, compreende também incertezas do que é o homem com medo a ser desmistificado, indeterminações, fenômenos aleatórios, num sentido que tem sempre contato com o acaso.

Devemos considerar que este texto faz parte de nossa produção de conhecimento, sobre o objeto aqui definido: o medo produzido pela doença câncer de próstata, produzindo agravos e fragilidades, e a necessidade de sua desmistificação.

Segundo Morin (2000, p. 100), o nosso caminho foi trilhado pela microfísica, onde o sujeito e objeto se tornam relacionados, mas permanecem incongruentes uns dos outros. Por outro lado, pela cibernética e conceito de autorregulação, o sistema auto-organizado precisa de indeterminação, e assim escapamos da anulação do sujeito e do objeto, porque partimos do conceito de sistema aberto. Se partimos do sistema auto-ego-organizados remoto, de complexidade em complexidade, chegamos finalmente a um sujeito reflexivo, que não é outro se não seu eu próprio, que tenta pensar as relações sujeito e objeto, nesse trabalho de pensar, encontramos nossa sociedade, a história dessa sociedade, o homem auto-ego-organizado. Assim, o mundo está no interior de nosso espírito e este no interior do mundo, neste processo, sujeito e objeto são constitutivos um do outro.

Sabemos o quão desafiador é este estudo, porque envolve o homem, na maioria egocentrado nele mesmo, como uma cultura que é normal, e se instalou nele por décadas num corpo-máquina, corpo vivo, que numa citação de Morin sobre R.D. Lang (p. 45), nos diz:

“essas máquinas perderam-se a visão, o som, o gosto, o tato, o olfato, e com eles foram-se também a sensibilidade, a estética, a ética, os valores, a qualidade, a forma, todos os sentimentos, motivos, intenções, a alma, a consciência, o espírito. A experiência como tal foi expulsa do domínio da discussão científica.”

Para Monteiro (p. 47):

“vivemos o errado enaltecimento do normal, em detrimento do vivo. Não há preocupações com a subjetividade, com o que não se vê, não se sente, não se fala, mas compreende, que perdoa antes mesmo de julgar. O homem vivo é o sujeito, é desconhecido, imprevisível e indeterminado. Assim, não podemos compreendê-lo pela linguagem do normal, da perfeição, da imutabilidade. Ser sujeito é ser imutável, imperfeito, inclassificável.”

Há muito mais a se pensar e compreender sobre esse homem, centro do nosso estudo, e sobre a complexidade e o inesperado, que, certeza encontraremos no percurso da produção de dados e estamos atentos ao que Morin (2000, p. 103) nos orienta:

“complexidade não é uma receita para conhecer o inesperado, mas nos torna prudentes, atentos, não nos deixa adormecer no mecanismo aparente e na aparente trivialidade dos determinismos. Mostra-nos que não devemos nos fechar no contemporaneísmo, quer dizer, na crença que o que se passa agora vai continuar indefinidamente.”

Os homens deste estudo, provavelmente tem seus próprios sistemas de viver, podem se comportar inesperadamente, porque cada um é único, principalmente diante da doença, devem estar carregados de significados e crenças sobre ela, que se juntam as que ele já tinha ou adquiriu.

Provavelmente está organizado em torno dele mesmo, que podem como máquinas biológicas, vivas, não ser tolerantes diante da doença, podem se desordenar, desorganizar-se em seu todo ou em suas partes, de alguma forma que necessitamos captar para compreendê-los. Estaremos rodeados de certezas e incertezas diante deles e da própria vida, aguardando-os a se colocar, a se descobrir, a se desmistificar, em relação a tudo, as coisas, o impossível. Para nós e para os cientistas, a grande questão é combinar o simples e o complexo, com os princípios do pensamento, para produzir um conhecimento sustentável e, novamente, trazemos Morin (2000, p. 101):

“o conhecimento, sob o impulso do cérebro, separa ou reduz. Reduzimos o homem do animal, o vivo físico-químico, mas o problema não é reduzir nem separar, mas diferenciar e juntar. O pensamento complexo é o pensamento que se esforça para unir, não na confusão, mas sobretudo nas diferenciações, e que parece vital na vida cotidiana.”

A causa exata da maioria dos cânceres de próstata não é conhecida, mas, nos últimos anos os pesquisadores começaram a entender como algumas mutações no DNA das células normais da próstata se desenvolvam de maneira anormal formando o câncer. O DNA contém as instruções genéticas que coordenam o desenvolvimento e funcionamento de todas as células.

Alguns genes contêm instruções para controlar o crescimento e divisão das células. Os genes que promovem a divisão celular são chamados Oncogenes. Os genes que retardam a divisão celular ou levam as células a morte no momento certo são chamados de genes supressores tumorais. O câncer de próstata pode ser causado por alterações do DNA que se transformam em oncogenes ou desativam os genes supressores tumorais. Essas alterações podem ser herdadas geneticamente ou adquiridas ao longo da vida, por conta de erros de divisão celular causados por fatores externos como dieta e alterações hormonais.

A evolução dos pacientes com câncer de próstata é relativamente imprevisível, com casos de rápida disseminação da neoplasia, antes mesmo de surgirem sintomas locais, e casos de evolução lenta e indolente, com lesões que permanecem estacionárias. De uma maneira geral, tende a prevalecer esta forma de comportamento, demonstrando que o tempo médio de duplicação tumoral em câncer é de cerca de 2 a 3 anos, um dos mais baixos entre tumores sólidos humanos (Hoff et al, 2013, p. 1890).

Na atualidade, de acordo com estudo realizado por pesquisadores brasileiros na revista *Molecular Biology Reports*, os autores sugerem que o problema gerador dos cânceres pode estar ligado a mitocôndria, mais precisamente ao DNA mitocondrial. Uma mutação genética na organela causa crescimento e multiplicação celular desordenado, auxiliado pela própria mitocôndria, a principal geradora de energia útil para as células. Nesta situação, faz sentido que a célula tumoral preserve o funcionamento mitocondrial, principal fornecedor e gerador de energia, através da fosforilação oxidativa (Araújo et al, 2019, p. 3887).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia (2024), 13% de todas as mortes no mundo são relacionadas ao câncer (aproximadamente 8,2 milhões de pessoas morrem de câncer a cada ano, além de 14, 1 milhões de novos casos, a cada ano) O Câncer de próstata é considerado o 4º câncer mais apresentado, sendo que na população masculina este é a neoplasia mais incidente (cerca de 61.000 novos casos a cada ano).

O medo durante o tratamento de qualquer patologia é natural. Medo daquilo que é desconhecido, preocupação com o prognóstico, e com os problemas advindos dele. O medo do tratamento do câncer de próstata faz parte da vida do indivíduo homem, e em algumas muitas situações isso retarda o enfrentamento, assim como o diagnóstico precoce e posteriores tratamentos.

Em relação a esse sentimento, ele pode ser percebido diariamente, através das informações fornecidas através das mídias sociais, jornais e revistas, abordados de várias dimensões. Este medo pode levar a mudança de comportamentos sociais, biológicos e mentais, dependendo de sua intensidade.

A discussão sobre o medo pode possuir abordagens diversas, dependendo da origem, do problema causador e até mesmo do indivíduo que o possui. O câncer de próstata traz consigo diversos medos e receios que este homem pode manifestar. Delumeau (1989), em sua obra *a história do medo no ocidente*, traz informações conceituais do medo como emoção básica da experiência humana. Pode ser concebido devido a um trauma ou emoção-choque, como percepção de um perigo eminente que ameaça seu próprio corpo. Uma série de reações ocorrem, fazendo com que o indivíduo se defenda de alguma forma, num estado de alerta, resultando em movimentos característicos de pânico.

O contato inicial deste homem com a patologia, e tudo que ela pode vir a causar, traz consigo inseguranças na caminhada para o tratamento. O medo da impotência, do abandono, da insegurança, da impotência, é significativo para expressar o que Delumeau diz, como a percepção do perigo eminente, perigo este o câncer de próstata e suas adversidades e agravamento.

De acordo com o mesmo autor, o medo passa a ser mais complexo no ser humano, se comparado aos animais. Nestes, o medo imutável é o de ser devorado. Já no ser humano, os medos são múltiplos por serem frutos da imaginação do que pode acontecer, como o medo do desconhecido. Nos pacientes com câncer de próstata, o medo pode se apresentar de diversas concepções, numa pluralidade de sentidos.

É necessário, na compreensão do medo do homem com câncer de próstata, entender a experiência emocional que ele passa, os sentidos apresentados em seus diversos medos, e como eles ganham forma através de sua linguagem corporal, com sentimentos e sensações das mais diversas, além de crenças e julgamentos.

De acordo com Solomon (1995, p. 48), o medo é incluído na classificação das emoções primordiais, parecendo estar entre as emoções mais regulares. É uma sensação

que existe em todas as culturas, porém é necessário investigar suas intensidades, como onde o medo difere do pânico e quais medidas podem ser tomadas para que o medo possa ser superado pela educação, treinamento ou experiência.

Entendemos, na acultura do ser homem, de que ele é o provedor, responsável por manter a organização do lar e de seus entes queridos. Neste homem vemos a proteção e a estabilidade. O homem doente tem medo de se sentir inutilizado, desamparado, de deixar de ter o papel de mantenedor. Para algumas culturas, isto é preocupante, onde o homem se sente como um estorvo, incapaz, inútil e sem um propósito.

Sendo assim, o autor também nos diz que o medo não implica numa natureza única e imutável. É um sentimento construído historicamente, que é aprendido e ensinado de maneiras diferentes, dependendo do local, da cultura e dos indivíduos afetados. Pode ser apresentado de diversas formas, como uma reação de fuga, negação, retração, precaução e inibição. Também pode estabelecer fronteiras com sentimentos como angústia, mal-estar e desconforto. (Solomon, 1995, p. 49)

Além de questões subjetivas como as citadas anteriormente, temos as condicionantes físicas. O medo também é uma resposta emocional a uma ameaça eminente, geradora de respostas do sistema nervoso autônomo. Este sentimento pode desencadear diversas respostas bioquímicas, como a elevação dos índices de cortisol, assim como a liberação de hormônio serotoninérgico. (Guyton, 2021, p. 773)

Esta química relacionada ao medo é gerada por uma reação involuntária, à partir de um estímulo externo. O medo é regulado por uma área do lobo temporal denominada amígdala, enviando sinal ao hipotálamo, visando o controle do metabolismo, com a produção de catecolaminas endógenas como a adrenalina, noradrenalina, acetilcolina e cortisol.

Trabalhando com neurotransmissores, tais substâncias estimulam o funcionamento do núcleo mediano da RAFE, que são núcleos encontrados no tronco cerebral, sendo sua principal função a secreção de serotonina para o restante do cérebro. O estímulo transmitido pelo impulso nervoso possui o intuito de passar adiante os sinais de medo dessa estrutura para as demais áreas cerebrais. A serotonina secretada tem, além de papel importante na propagação da sensação de medo, mas também age nos padrões de sono, comportamento sexual, humor e constrição vascular.

2.4 Sobre o corpo: medo e mito

Provavelmente é esse aspecto do corpo que mais nos preocupa, não só pelo conteúdo teórico, mas pela nossa própria dificuldade de intervir para tirá-lo do patamar do mito e torná-lo humano com medo.

Nada nos impede de trazer à tona a sua doença e suas consequências com o que conhecemos sobre a próstata e investir com intervenções. O que devemos saber sobre bo mito e o medo como elementos culturais e da doença, para melhorar a compreensão do que este homem possa estar sentindo silenciosamente.

A próstata é uma glândula auxiliar do sistema genital masculino, localizada na frente do reto e embaixo da bexiga urinária. O tamanho da próstata varia com a idade. Em homens mais jovens, tem aproximadamente o tamanho de uma noz, mas pode ser muito maior em homens mais velhos. A função da próstata é produzir o fluido que protege e nutre os espermatozoides no sêmen, tornando-o mais líquido. Logo atrás da próstata, estão as glândulas denominadas vesículas seminais, que produzem a maior parte do fluido para o sêmen. A uretra, que transporta a urina e o sêmen para fora do corpo através do pênis, atravessando o centro da próstata (Hoff et al, 2013, p. 1891).

Esta glândula começa a se desenvolver antes do nascimento, aumentando pouco durante a puberdade, estimulada pelos hormônios masculinos, denominados andrógenos no corpo. O principal andrógeno é a testosterona, que é produzida nos testículos. A enzima 5-alfa reductase converte a testosterona em diidrotestosterona (DTH). A DTH é o principal hormônio que sinaliza a próstata a crescer. (Hoff et al, 2013, p. 1891)

Vários tipos de células são encontrados na próstata, mas quase todos os cânceres se desenvolvem a partir das células da glândula. O câncer que começa nas células da glândula é o adenocarcinoma (Hoff et al, 2013, p. 1892).

No mundo inteiro, o câncer de próstata ocupa o sexto lugar entre as neoplasias malignas de maior mortalidade e atinge principalmente homens acima de 60 anos de idade. É mais frequente em todas as regiões entre o total de tumores, exceto o de pele não melanoma. (Inca, 2014)

O câncer de próstata na sua forma inicial raramente é sintomático devido ao pequeno volume tumoral. A presença de sintomas pode significar doença localmente avançada e/ou metastática. Sintomas relacionados ao aumento de volume da glândula e consequentemente obstrução infra vesical são: jato urinário fino e fraco, hesitação miccional inicial, gotejamento terminal e intermitência. Ainda há fatores dito irritativos

como disúria, dor, frequência miccional aumentada, urgência miccional e urgência-incontinência (Simões et al, 2008, 395).

É neste espaço do corpo do homem que está toda a sua preocupação no exercício de sua sexualidade. Por este caminho se estabelece o sintoma medo, identificado por MIRA Y LOPES (2021, p. 11), como o gigante da alma, espaço no qual está toda a atenção para o século XXI e XXII com as doenças da alma. O autor nos diz que:

“o homem conhece o sofrer, um dos mais sinistros efeitos deste gigante: o dominado medo do imaginário, contra o qual pouco pode fazer, pois a razão, fria e lógica, mas neutra e imponente ante os efeitos deletérios, verossímil, cálidos e sutis da fantasia pavorosa.”

Cuidar de alguém com medo é investir numa prática do impreciso, pois o diagnóstico desencadeia diversos tipos do porquê do medo, provocando bloqueios, inibições, interceptação dos corticais.

O medo tem muitos motivos, como carência, morte, solidão. Quando se instala a possibilidade de morrer, de ficar só, perder a saúde, falta de carinho, e, então, aparece as angústias, falta de capacidade decisória, valentia, coragem (para reagir), mesmo que o diagnóstico não tenha um bom prognóstico. O autor também fala que a dor é um estímulo do medo, tão generalizado que, quem não sente dor é tido como anormal, na concepção da sociedade.

Este sentimento de medo também está ligado diretamente ao sofrimento moral, dor, morte, enfermidades, solidão, a vida, ao viver, a forças obscuras, guerras, revoluções e catástrofes. E esse homem que cuidamos está longe de ser um Deus, ou até mesmo imortal, entendido como mito. Mito este criado há séculos por imaginários coletivos desde a idade medieval, época dos celtas e gauleses. Marcadamente de origem medieval pagã, que combinavam literatura com rituais que envolviam personagens míticos a partir de suas crenças e relações antigas entre os povos e seus deuses, e é bastante fortalecido.

Diante disso, é fundamental trazer uma passagem da autora Green (2022, p. 30), que diz:

“mitos como fábulas, são coisas elusivas, filmes de horror modernos, seja sobre vampiros, fantasias ou múmias egípcias

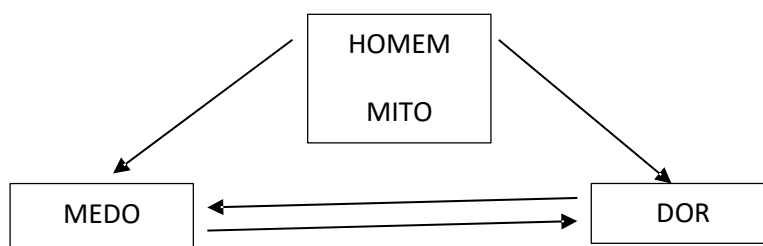
ressuscitadas, são possivelmente aceitas porque permitem que as pessoas explorem os aspectos mais obscuros da natureza humana, em um ambiente seguro. Em seu sentido, o mesmo vale para os mitos, mas estes são muito mais complicados. Isso se deve, em parte, do fato de serem quase sempre associados a crenças religiosas, e muitas vezes a magia.”

No entanto, podemos desconsiderar os mitos modernos e do imaginário coletivo de que o homem “não é fraco”, ele é forte, não se emociona, não chora, possui força física, de acordo com nossa sociedade socioeconômico política.

Ainda nas falas da autora GREEN (2022, p. 31), mitos também podem explorar problemas relacionados a ritos, como o ritual de cuidar. Estes ritos vêm desde o início da vida, como os ritos de nascimento, puberdade, casamento e morte. No caso do homem, este sempre teve o rito e o mito de alguém que está acima de tudo, não sentido desconforto, ou medo, ou nenhum sentimento que o demonstre frágil.

Todos estes elementos estão de diversas formas neste estudo, e nas histórias desses homens, considerados como super-heróis. A história está cheia de mitos diversos, que envolvem estes homens. No entanto, os mitos só existem porque são criados por participantes das histórias e que circulam em textos e conversas na sociedade.

Figura 2: Relação entre Homem/ mito, medo e dor



Fonte: os autores.

Então, temos pensado como construir uma clínica de cuidar em enfermagem, a partir dessas categorias CORPO-MITO-MEDO, tão atuais no tempo de agora, mas altamente complexo no processo de ação.

É uma enfermagem para o “diante do perigo” de morte, de abandono, de impotência que ela precisa ter intervenções para esse mito da masculinidade suportar o que virá pela frente. Provavelmente, só poderemos fazer isso com ajuda da própria

enfermagem, pois estes profissionais sabem minuciosamente e percebem sinais, porque existem códigos no nosso corpo que só estes profissionais sabem, são universais e nós precisamos decifrá-los, tirá-los de dentro destes homens. Isso é complexidade.

Terminamos por enquanto porque os dados serão decifrados aqui na pesquisa sobre o tema. O que precisamos saber como enfermeiros é o pensar a vida e como vivemos, interpretar a doença, antes de agir sobre qualquer situação. Aprimorar-se para abrir as embalagens da saúde, para melhor compreensão do indivíduo.

Neste século, violento e desamoroso, precisamos saber prevenir (não somente utilizando os preceitos e diretrizes dos órgãos responsáveis, pois é mais racional que emocional) comportamentos nossos e de nossos clientes, não só com o pensamento racional. O mundo é matemático, é molecular, é emocional, é arte e esta arte nos influencia para pensar diferente, sem esquecer filosofias, teorias políticas e neurociências.

Não podemos esquecer, pois falar sobre o medo é um desafio e para terminar, quando Freud (2020, p. 40) fala da política do medo, ele diz:

“Quando hoje, vivemos sob o impacto dos terrorismos, de Estado e não só, a questão do medo volta à ordem do dia. Que medo é esse que impera em nossa sociedade? É real ou neurótico? Podemos dizer que um alimenta o outro e que um dos graves sintomas dessa cultura do medo é a proliferação de muros em nosso mundo.”

Figura 3: Tipos de medo

MEDO DA VIDA	MEDO DA DOENÇA
MEDO DO MEDO	MEDO DO CUIDADO/TRA TAMENTO

Fonte: os autores

A seguir, apresentamos o caminho a ser seguido, não o mais fácil, mas o que se torna mais difícil, se pensarmos no objeto deste estudo.

CAPÍTULO 3. O MÉTODO E A METODOLOGIA

3.1 Considerações de base-como encontrar os gigantes da alma nas narrativas dos homens com câncer de próstata.

O medo é o tema central e desencadeado da produção dos homens que estão com a doença e ter um modo de rastreá-lo, de pensar a complexidade da vida e no pensamento, é necessário, nas perspectivas da obra de Morin (2001, p.100), que desenvolve o conceito de pensamento complexo, que busca conectar diferentes dimensões da existência humana- biológica, psicológica, cultural, social e espiritual, em seus 5 volumes sobre o método. Podemos dizer que eles foram a base conceitual para a análise cartográfica dos depoimentos, ao integrar diversos aspectos da experiência humana (emocional, corpórea, social e existencial) dentro da visão de Morin sobre a complexidade.

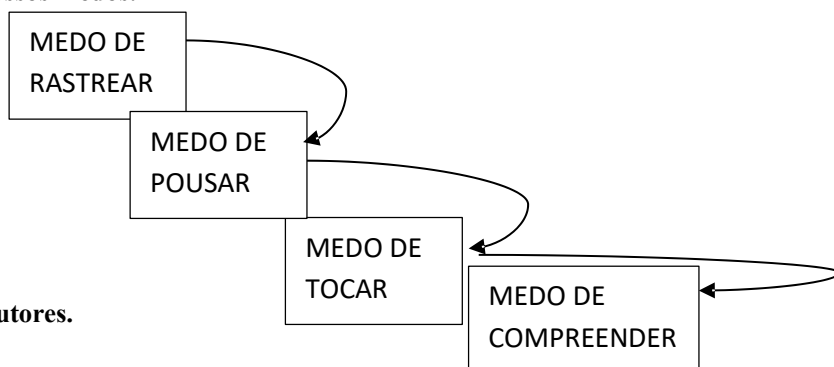
Particularmente, os conceitos usados na análise, como a interconexão entre dimensões da vida, a ideia de que o ser humano é um sistema complexo aberto que interage com seu ambiente, e a necessidade de considerar múltiplos fatores em situações como a doença, estão relacionados ao primeiro e segundo volumes de “O Método”:

1. O Método 1: A Natureza da Natureza - Neste volume, Morin explora a ideia da complexidade no mundo natural e na vida humana, incluindo como os sistemas vivos interagem com o ambiente de maneira dinâmica.

2. O Método 2: A Vida da Vida - Neste segundo volume, ele aprofunda como os organismos vivos, incluindo os humanos, experimentam e se adaptam a processos de vida e morte, explorando a complexidade das relações biológicas e sociais.

A decisão foi pelo método qualitativo cartográfico, ancorado em Minayo e Deslandes (2002), e Kastrupe, Passos e Escóssia (2009), ainda pousando e baseado na figura à seguir:

Figura 4-nossos medos.



Fonte: os autores.

Para nós são pontos distantes no rastrear, que só seria possível se fizesse, os uma conexão da qualitativa com a cartografia, porque ambas envolvem pesquisa-ação, qualidade, intervenção e subjetividades.

Sobre o método qualitativo (que também envolve quantificações e mensurações de objetivos e subjetivos) de acordo com Minayo e Deslandes:

“a pretensão é trabalhar com significado atribuído pelos sujeitos dos fatos, as relações práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto interações e práticas quanto interpretações da prática. Esse é o núcleo básico de um trabalho qualitativo”

Assim temos entendido que as autoras estão a nos alertar que pode ingenuamente acreditar que os dados “falam “por si, que basta repetir longamente os textos, como temos visto em muitos estudos. É preciso dizer, segundo as autoras, que teorias são tomadas como guia, ou conceitos, e aqui tendemos a pensar a complexidade dos métodos utilizados no que diz Morin (2001, p.101).

A escolha pela cartografia, que trata do que nos diz Passos, Kastrup e Escóssia (2009, p. 12), na perspectiva de Deleuze e Guatari, é de que ela é uma intervenção e produção de subjetividade quando utilizamos procedimentos mais abertos, mais flexíveis para a produção de dados que se “expressos de múltiplas maneiras e tanto a pesquisa qualitativa quanto a quantitativa podem construir práticas cartográficas desde que se proponham a acompanhar processo” (Passos, Kastrup e Escóssia, 2009, p. 13). Ela não foge, mas avança no processo de produção do que fala Thiollen (2013, p. 20):

“A pesquisa participativa em saúde é frequentemente vista como uma maneira de aquisição de transformações positivas na sociedade por interesse na saúde das pessoas, por exemplo, pela mudança na maneira como profissionais de saúde são educados, na maneira como instituições de saúde trabalham e nas políticas que afetam a saúde da sociedade.”

Assim, ampliando essa discussão necessária, mostrando porque optamos pela cartografia, que como afirmamos aqui neste texto, ela tem o DNA da subjetividade Deleuziana e Guatarriana, uma geologia, uma filosofia filosófico-política, que convoca a “uma decisão metodológica”, ou melhor, uma atitude (ethos da pesquisa) que opera não

por unificação/totalização, mas por subtração do único, menos o uno, menos o todo, de tal maneira que a realidade se apresenta como plano de composição heterogêneos e definição eterogénica: plano do deferir frente ao qual o pensamento é chamado mais a representar do que acompanhar aquilo que ele pensa.

Assim é o sentido da Cartografia, o acompanhamento de percursos (do homem com câncer de próstata, e com medo) e implicações em processos (de acompanhar esse homem), de produção, conexão de redes ou rizomas. A Cartografia é o início de um rizoma, que atesta no pensamento a força performática. O princípio de incerteza voltado para a experimentação ancorado no real.

A Cartografia é uma aposta na experimentação do pensamento, um método não passa a ser aplicado, mas para ser experimentado e assumindo como atitude da Cartografia. Ela, segundo os autores, se apresenta como alternativa importante para acompanhar o movimento da reforma sanitária brasileira e as lutas macro e micropolíticas para a produção de políticas públicas no Brasil, na nossa casa as lutas macro e micropolíticas dos homens com câncer e a produção de conhecimento sobre ele, seus medos, suas aflições e emoções diante da doença, a partir da problematização aqui colocada: é um método que envolve cognição e iniciação, o que exige investigação com mais detalhe a dimensão temporal dos processos de produção do conhecimento.

A investigação da cognição criadora coloca o problema do compromisso ético do alto cognitivo com a realidade criada (pelos homens), a produção de conhecimento, produção de subjetividade. Assim, surge o problema metodológico. A Cartografia, em vez de trabalhar com regras, trabalha com pistas para guiar o trabalho da pesquisa, sabendo que ao acompanhar processos, não poderemos ter predeterminada de antemão a totalidade dos procedimentos metodológicos.

A Cartografia trabalha com 8 pistas e é possível começar pela pista mais conveniente ou interessante e ter as outras na sequência que quiser, assim apresentamos as pistas de acordo com Passos, Kastrup e Escossia (p. 14):

PISTA 1: Cartografia como método de pesquisa-intervenção baseada na contribuição da análise institucional, discute a indissociabilidade entre o conhecimento e a transformação, tanto da realidade como do pesquisador;

PISTA 2: É trabalhada centrada no funcionamento da atenção, no trabalho, no cartógrafo. Criando uma interlocução com FREUD, BERGSON e a problemática fenomenológica, onde são definidos 04 gestos de atenção Cartográfica- Rastreo; Toque; Pousos; e reconhecimento atento;

PISTA 3: Trabalha com a ideia de cartografar e acompanhar processos baseados numa oficina de leitura com criança, o texto analisa a distorção entre a proposta da ciência moderna de representar objetos e a proposta da Cartografia de acompanhar processos além de apresentar um exercício de intervenção metodológica, nas entrevistas com as crianças. Na tese em construção, pode ser trabalhado as narrativas dos homens com câncer e suas reinvenções do que é ser homem e suas mitificações. Esta pista não será utilizada, devido a distorção da temática deste estudo.

PISTA 4: Trabalha movimentos e funções do dispositivo no método da Cartografia. Nela estão as ideias de FOUCAULT e DELEUZE, que surgem mescladas com exemplos concretos extraído do campo da clínica (homens com câncer), e da pesquisa com deficientes visuais, são propostos 3 momentos funções: 1- de referência; 2- de explicação; e de produção e transformação da realidade;

PISTA 5: Trata do coletivo de forças como plano de experiência cartográfica, apoiada sobretudo em GILBERT SIMONDON e GILLES DELEUZE, que ao lado dos contornos estáveis do que denominamos formas, objetos ou sujeitos, coexiste o plano coletivo de forças que os produzem, além de definirem a cartografia de construção desse plano;

PISTA 6: Usa a cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. Revela a preocupação em apontar que a recusa do objetivismo positivista são duas faces da mesma moeda;

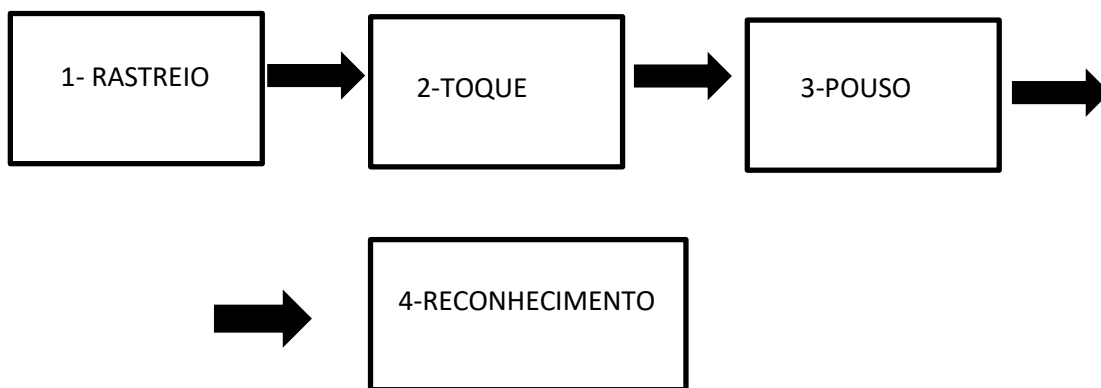
PISTA 7: A cartografia é habitar um território existencial por meio do relato de uma pesquisa sobre o aprendizado da capoeira. O texto nos acena a importância da imersão no território e seus significados;

PISTA 8: Aborda o tempo da escrita de textos de pesquisa e apresentam uma política da narratividade, trazendo a ideia de que a alteração metodológica proposta pela cartografia, exige uma mudança de práticas de narração.

Os autores ainda relatam que, das pistas do método cartográfico, discutem a inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir. Toda pesquisa e intervenção precisamos ainda dar outro passo, pois a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de convergência, o que designam como plano de experiência. A cartografia como método de pesquisa é trocada desse plano de experiência, acompanhando os efeitos (sobre objeto e pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso de investigação.

É para pesquisar nesta perspectiva, entendendo o pesquisado como cartógrafo, e que são necessárias 4 (quatro) variáveis de atenção dele, como demonstrado na figura abaixo:

Figura 5: Variáveis de atenção do pesquisado.



Fonte: os autores.

A seguir, explicamos a função de cada atenção no processo de produzir dados, baseado no que os autores dizem, que (PASSOS, KASTRUP E ESCOSSIA, 2009, p. 15):

“O ponto de partida é a ideia de uma concentração sem focalização por isso flexível, quando se entra num campo sem conhecer a realidade, que surgirá de modo mais ou menos previsível (sem saber bem aonde ir)”

Rastreio- é um gesto de varredura do campo (de pesquisa, do conhecimento sobre medo e doença). Conforme Passos, kastrup e Escossia (2009, p 19):

“é uma atenção que visa uma espécie de meta ou algo móvel. Envolve habilidade para lidar com metas em variação contínua, localizando pistas, de signos de processualidade, e também acompanhar mudanças de posição, de velocidade, de aceleração e de ritmo no processo de pesquisar; é uma atitude de concentração pelo problema e no problema”

Toque- é percebido como rápida sensação, um pequeno vislumbre, que aciona em primeira mão o processo de seleção. (quando estamos manipulando os dados). O que é notado pode tornar-se fonte de dispersão, mas também de alerta. Algo nos dados ganha relevo no conjunto, em princípio homogêneo, de elementos observados (sobre medo e sofrimento), de natureza subjetiva. A subjetividade do cartógrafo é afetada pelo mundo em sua dimensão de matéria-forma. Nesse momento é acionado no nível das sensações (que também é dos homens com câncer de próstata), e nós, no nível das percepções ou representações de objetos, em desnível de percepção presente. É um gesto que indica que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realiza uma parada, e o campo seja fecha, um novo território se forma e o campo da observação se reconfigura (PASSOS, KASTRUP E ESCOSSIA, 2009, p. 20).

Pouso- indica a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realizada numa parada, e o campo se fecha numa espécie de zoom, e um novo território se forma, o campo de observação se reconfigura. A atenção muda de escala, mudamos de janela atencional, que serve para marcar sempre um certo quadro de apreensão. Ela é uma referência espacial.

Reconhecimento- é o quarto gesto ou variedade atencional, fazemos quando somos atraídos por algo que obriga o pouso. Se perguntamos o que é isso? Saímos da suspensão e retornamos ao regime de reconhecimento, a atitude do cartógrafo será mais adequadamente formulada como um “vamos ver o que está acontecendo”, pois o que está em jogo é acompanhar o processo e apresentar o objeto. Reconhecer um objeto é saber servir-se dele, um exemplo, e transitar uma cidade que conhecemos, onde nos deslocamos com eficiência sem prestar atenção ao caminho percorrido, pois o objetivo é justamente cartografar um território que, em princípio, não se habitava.

3.2 O campo de pesquisa- espaço de procurar e encontrar os gigantes da alma-corpo, doença, medo, sofrimento, para produção de conhecimento

A população do estudo foi de homens assistidos nos ambulatórios de urologia do Instituto Nacional do Câncer, rede especializada no tratamento de pacientes portadores de neoplasia maligna de próstata. Estes homens possuem faixa etária acima de 60 anos, que possuam variados níveis de escolaridade, assim como seu estado civil. Além disso, o critério espiritual não será ponto de distinção para a coleta dos dados para a construção

deste estudo. A coleta destes dados foi realizada até a saturação dos dados, ou na extinção do número de participantes.

Este instituto é referência direta no atendimento a neoplasias. Presta atendimento oncológico em neurocirurgia, urologia, hematologia, quimioterapia, braquiterapia e radioterapia. Relacionado ao câncer de próstata, foi responsável, no ano de 2020 por mais de 1593 diagnósticos de neoplasia prostática, reconhecido no mundo, a partir do Brasil.

A unidade tem como missão principal promover o controle de câncer com ações nacionais integradas em prevenção, assistência, ensino e pesquisa. Como visão, exerce plenamente seu papel governamental como um centro integrado, de referência nacional e internacional, para o cuidado, ensino e pesquisa oncológica, com excelência na elaboração de políticas públicas para a prevenção e controle de câncer, contribuindo para o bem-estar da sociedade.

Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. Esta instituição coordena vários programas nacionais para o controle do câncer e está equipada com o mais moderno parque público de diagnóstico por imagem da América Latina (INCA, 2020).

O INCA possui 04 (quatro) unidades que se dividem nas diversas especialidades: oncologia clínica, oncologia cirúrgica, radioterapia, pesquisa clínica, transplante de medula óssea, hematologia, radioterapia, oncologia pediátrica e cuidados paliativos. Cada especialidade citada anteriormente se subdivide em subespecialidades mais específicas, atendendo aos clientes em toda sua amplitude e complexidade.

Os ambulatórios oncológicos desta instituição são espaços assistenciais que oferecem serviços definidos a partir do perfil epidemiológico dos clientes. Presta apoio terapêutico e diagnóstico, tendo uma relação direta com outros setores do hospital, no tratamento do câncer. Nestes setores são realizadas as consultas de primeira vez, durante o acompanhamento e para as marcações de procedimentos pré e pós-cirúrgicos, orientações para curativos e exames diagnósticos. No pós-operatório, a consulta de enfermagem é realizada pela enfermeira as segundas, terças e quintas, no período da manhã.

Após o diagnóstico do câncer, os pacientes são encaminhados ao ambulatório de urologia do Instituto para traçar a proposta de tratamento. Assim que chegam à unidade,

passam por diversos profissionais (nutricionistas, psicólogos, serviço social, urologistas), e pelas consultas de enfermagem. É na consulta médica em que é definido se o tratamento será clínico ou cirúrgico.

Quando a definição é cirúrgica, é marcado a data de internação para que o paciente compareça à instituição. Uma nova consulta de enfermagem é realizada, objetivando as orientações pré-operatórias e das possibilidades de usos de dispositivos de drenagem de urina, o que para alguns clientes traz bastante receio.

No caso de a definição ser clínica, uma consulta de enfermagem é realizada, com a intenção de orientação do ponto de vista físico e psicossocial. Orientação quanto ao uso de medicamentos, hábitos de vida e alimentações são abordadas, ajudando-o a trabalhar a ansiedade e o medo do desconhecido, fortalecendo assim os mecanismos de enfrentamento destes clientes.

Nas consultas pós-operatórias, os clientes são recebidos no ambulatório, na maioria das vezes com uma sonda vesical de demora, dispositivo este responsável pela coleta de urina. Estes homens chegam cheios de dúvidas, mesmo tendo recebido estas mesmas orientações no período pré-operatório. É reavaliado então a retirada deste dispositivo de drenagem de urina e, em alguns casos, do alargamento uretral para melhorar a saída do conteúdo urinário. O enfermeiro participa ativamente destes procedimentos, colocando em prática seu papel de educador e construindo conhecimentos junto com estes homens.

Após a retirada dos dispositivos colocados no ato cirúrgico, as principais queixas dos pacientes se referem a dor e dificuldade para urinar, a perda de urina de forma não controlada e da disfunção erétil e perda da libido. Nas consultas de retorno os pacientes são reorientados sobre como proceder para a melhora do desconforto urinário, com o uso de analgesia, absorventes para evitar o extravasamento e do aconselhamento psicológico para a questão da disfunção sexual.

3.3 Organização do processo de produção de dados

Com relação a organização e produção dos dados, houve o contato com os homens com câncer de próstata, com mais de 40 anos, para agendar os encontros com eles, em um momento, individual (narrativas e entrevistas). Nesses encontros, falamos do estudo dos objetivos e se eles queriam participar, e sobre o que era o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foram informados como aconteceria a participação

deles nos dois momentos, entrevista e narrativas (realizadas de forma individual, e que eles não seriam identificados).

Com relação ao Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o mesmo foi encaminhado às instituições UNIRIO e INCA, com aprovação em ambos os comitês, e com liberação de início da coleta de dados em janeiro de 2024, conforme os anexos deste estudo.

Confessamos, e por isso, mantivemos muita cautela nas atenções uma vez que em busca de um dos gigantes da alma, o medo também fomos tomados pelos nossos próprios medos.

Para as entrevistas, foram utilizadas de forma individual e semiestruturada, com levantamento também de dados demográficos, visando a melhor compreensão do local e dos homens pesquisados. As narrativas deveriam ser respondidas com questões voltadas a temática do estudo, as fragilidades culturais/sociais dos homens que vivem com câncer de próstata. Estes instrumentos foram organizados para responder as questões de pesquisa.

Durante o trabalho, houve um desfecho inesperado, que interferiu no processo de produção dos dados, que foi devido a questões estruturais que a unidade possuía (fechamento de salas de consultas para revitalizações e obras), não foi possível a realização de encontros em grupo. A área dos ambulatorios de urologia é bem pequena, e no momento delimitado para a pesquisa está sendo dividida com outras clínicas da instituição

Para construção do instrumento sobre as narrativas, nós utilizamos o referencial de Edgar Morin, em sua obra “O Método 5: A Humanidade da Humanidade” (2001). Neste volume, Morin explora questões relacionadas à natureza humana, incluindo o medo, as incertezas, e as angústias existenciais.

Por esta conexão com o objeto de estudo desta tese, isto é, que trata do medo como condição humana em um sentido mais amplo, abordando as emoções, os desafios existenciais e a forma como a humanidade lida com essas questões. Por isso envolver métodos à luz da metodologia cartográfica parecem proceder porque envolve uma compreensão complexa e multidimensional da realidade, é possível identificar diversos aspectos da experiência vivida pelo enfrentamento do câncer de próstata.

Para a produção de dados, participaram do estudo 11 clientes que narraram sobre suas experiências de estarem com câncer de próstata, cujas respostas foram orientadas

pelos itens do método de Edgar Morin, em seus 5 volumes sobre o método, e podemos dizer que eles formam a base conceitual para a análise cartográfica dos depoimentos, ao integrar os diversos aspectos da experiência humana (emocional, corpórea, social e existencial) dentro da visão de Morin sobre a complexidade da vida.

Estes 11 clientes aceitaram participar do estudo, de um total de 30, produzindo suas narrativas a partir de orientados por Morin (volume 5), que trata da condição humana, que são:

1-Observação de detalhes (mapeamento do território);

2-Contradições e ambivalências (compreensão complexa);

3-Interdependência e complementaridade (o todo é mais do que as partes);

4-Dimensão cultural e pessoal (multidimensionalidades do ser);

5-Ausência de reflexão sobre a morte (falta de autoconhecimento profundo, que estão assim explicitados como este trecho que apoia a narrativa abaixo, e como reflexão teórica sobre os achados (Morin, 2001, p. 20):

“Segundo Morin, a realidade é tecida de contradições. O Sr. Luiz, por um lado, afirma que sua vida não mudou significativamente com o diagnóstico de câncer (Minha vida está normal), mas, por outro, revela algumas limitações físicas e reconhece que há algo que o impede de realizar atividades físicas. Essa ambivalência pode ser vista como um mecanismo de enfrentamento: ao minimizar o impacto emocional e físico da doença, ele busca manter uma sensação de controle sobre sua vida. Além disso, ele menciona que não tem sentimentos específicos sobre o câncer de próstata, o que pode indicar uma estratégia psicológica de negação ou aceitação pragmática, sem uma reflexão mais profunda sobre sua condição. A falta de angústia explícita, o não sinto nada, sugere uma postura de aceitação passiva ou resignada.”

Outro aspecto importante é a presença de alguns clientes com seus familiares, como esposas, como uma figura que complementa e apoia as respostas de alguns clientes, o que destaca a interdependência nas relações humanas, um conceito central na cartografia complexa. Suas dificuldades em expressar sentimentos ou reflexões profundas sobre sua doença podem estar relacionadas ao papel que o familiar assume, atuando como um facilitador de sua comunicação e entendimento do processo.

As menções aos hábitos alimentares e à vida cotidiana (“como pão com manteiga, mortadela, queijo”) em alguns dos relatos indicam uma conexão com uma rotina que eles tentam manter, apesar da doença. Isso reflete uma dimensão cultural e pessoal do

enfrentamento da enfermidade: a tentativa de preservar a normalidade e os prazeres simples da vida, mesmo diante de uma situação potencialmente debilitante.

Edgar Morin (2001, p. 21) fala da importância de integrar a consciência da finitude da vida na compreensão, no entanto, às vezes observamos narrativas que parecem não terem feito uma reflexão sobre a possibilidade da morte, e suas respostas sugerem visões pragmática e superficiais sobre o câncer, sem indícios de uma elaboração interna mais profunda sobre o significado da doença em sua vida.

A justificativa de nos acorarmos na organização do conteúdo das narrativas é de que podemos interpretar a experiência dos clientes, como uma demonstração das contradições, simplificações e negações que podem surgir no enfrentamento de uma doença grave. Suas visões da vida como “normal”, apesar das limitações físicas e do diagnóstico de câncer, sugerem um mecanismo de defesa que os ajudam a lidar com a realidade sem se envolver emocionalmente de forma intensa. A interdependência com seus familiares (quando foram o caso) e a falta de uma reflexão mais profunda sobre a finitude revelam aspectos importantes do ser humano que a cartografia complexa nos ajuda a mapear, mostrando que o enfrentamento da doença é um processo multidimensional.

CAPÍTULO 4- O MATERIAL PRODUZIDO E OS RESULTADOS

4.1 Identificação do nome fictício do cliente

São tratados no INCA e são aqueles que foram consultados e aceitaram participar com suas narrativas, totalizando um número de 11 clientes. Abaixo foram atribuídos nomes fictícios para os participantes da pesquisa:

1-João;

2-Dilson;

3-Pedro Luiz;

4-Paulo Sérgio;

5-Renato;

6-Artur;

7-Sidney;

8-José Batista;

9-Antônio;

10-Ulisses; e

11-Sebastião.

4.2 Arquivos-gavetas de dados

Os dados produzidos na análise das narrativas foram guardados num arquivo e suas 11 gavetas, como demonstrado a seguir:

Tabela 3: Arquivos e gavetas dos participantes

ARQUIVOS	GAVETAS
JOÃO	GAVETA 1
DILSON	GAVETA 2
PEDRO LUIZ	GAVETA 3
PAULO SÉRGIO	GAVETA 4
RENATO	GAVETA 5
ARTUR	GAVETA 6
SIDNEY	GAVETA 7
JOSÉ BATISTA	GAVETA 8
ANTÔNIO	GAVETA 9
ULISSES	GAVETA 10
SEBASTIÃO	GAVETA 11

Fonte: os autores

Importante ressaltar que os dados foram guardados e utilizados apenas para a produção de conhecimento e publicações.

4.3 Sobre o tempo de processo de rastreio e análise dos dados produzidos: o pouso

Os dados rastreados foram coletados durante 4 meses (de janeiro a junho de 2024), com as coletas sempre sendo realizadas nas terças e sextas feiras no período da manhã, onde ocorriam as consultas com os clientes diagnosticados com câncer de próstata. A cada fechamento semanal, as informações iam sendo transcritas, com realização de trabalho da leitura e organização da análise.

Em alguns momentos das coletas, tivemos dificuldade devido a logística do setor, como dito anteriormente, estava passando por obras e modificações, e com espaço reduzido. Mesmo assim, durante a coleta de dados e entrevista, não houve interrupções, lembrando que em suas narrativas o *medo* está na maioria das vezes relacionado ao *morrer*, e que consideramos como um tema que emerge nas narrativas.

4.4 Abrindo as gavetas: considerações imprescindíveis

As análises estão concentradas em 11 produções em cada item, que apresentaremos a seguir. Com estas narrativas produzidas pelos clientes, fizemos uma leitura detalhada de cada uma delas, quando resolvemos, após o rastreio dos textos, usar as dimensões sugeridas por Edgar Morin (Volume 5), como gavetas para o destaque dos temas contidos nas narrativas, que chamamos de “*perspectivas*”, estas complexas sobre as experiências (dos clientes com câncer) diante da doença, para uma primeira organização e análise mais geral, quando consideramos como primeiro pouso (leitura flutuante):

- 1- Identificação de fatores psicológicos e psíquicos (do mapeamento);
- 2- Naturalização da doença (contradições e ambivalências);
- 3- Fé e medicina (interdependência e complementaridade);
- 4- Fluxo da vida (dimensão temporal);
- 5- Corpo/mente e espiritualidade (multidimensionalidade do ser humano); e
- 6- O enfrentamento da morte (integrações da finitude).

Destacando que essa atenção-ação foi demasiadamente exaustiva e mentalmente cansativa, porque cada cliente tem suas próprias ideias sobre suas vidas, nos obrigando a recodificar como suas perspectivas dimensionais. Aqui, destacamos que as atenções de pouso e toque circulam juntas durante a organização das falas de cada um, fazendo automaticamente discussões sobre o que eles narraram, cheias de ambivalências entre naturalização da doença e a tensão, que reflete a complexidade do enfrentamento da doença: a doença é aceita como parte da vida, mas há momentos em que a vulnerabilidade emocional se manifesta. Morin (2001, p. 20) destaca essa contradição como parte do paradoxo humano, em que a aceitação racional de um problema pode coexistir com reações emocionais imprevisíveis.

Daí nossa imensa dificuldade de organizar as informações dos clientes, quando colocamos nas “*gavetas*” (dimensões), nas quais estão o material produzido dos 11 clientes, que podemos reagrupar.

4.4.1 GAVETA 1- decodificada

Ao analisar o depoimento do cliente 1, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 13), percebemos a presença de diversos

elementos que podem ser interpretados à luz de uma perspectiva complexa sobre a experiência humana diante da doença.

O cliente número 1 começa a análise de sua condição destacando a importância do estado psicológico. Ele sugere que o bem-estar mental é um fator determinante para enfrentar a doença. Essa observação já nos oferece um ponto inicial do mapeamento, onde o câncer não é visto apenas como uma condição física, mas também como algo influenciado por fatores emocionais e psicológicos. Para Morin (2001), compreender a complexidade do ser humano envolve integrar essas dimensões e reconhecer a inter-relação entre corpo e mente.

Contradições e Ambivalências: A Naturalização da Doença

Um aspecto interessante no discurso de João é a naturalização do câncer. Ele afirma que o câncer se tornou algo “natural”, resultante de fatores diversos como o estresse, as substâncias químicas na alimentação e as mudanças ambientais. Ao mesmo tempo, ao falar de sua experiência pessoal, ele revela que houve um momento de tensão antes do diagnóstico final da biópsia, o que indica que, embora ele verbalize uma aceitação e normalização da doença, também experimenta momentos de incerteza e preocupação.

Interdependência e Complementaridade: Fé e Medicina

O cliente 1 destaca sua “fé inabalável” no Criador como um elemento central para lidar com sua condição. Essa fé se torna uma fonte de tranquilidade, confiança e aceitação do ciclo de vida e morte. No entanto, ele também reconhece a importância da medicina em seu tratamento, mencionando o acompanhamento médico e as injeções que recebe. A convivência entre esses dois elementos — fé e ciência — demonstra a interdependência entre diferentes formas de conhecimento e abordagem da vida e da doença.

Essa complementaridade entre as dimensões espirituais e científicas da experiência de João é um exemplo do que Morin (2001) descreveria como uma visão complexa da realidade, onde diferentes aspectos coexistem e se entrelaçam, sem excluir um ao outro.

O cliente 1 reflete sobre a sua expectativa de vida e o impacto do câncer em sua rotina diária. A descrição de como a doença afeta sua bexiga e a necessidade frequente

de urinar indica uma percepção temporal alterada: suas atividades cotidianas são agora mediadas pela condição de sua saúde. Ele relata com uma certa serenidade o impacto físico do câncer, como se tivesse integrado essas mudanças em sua vida de forma quase orgânica.

O Fluxo da Vida

Além disso, sua afirmação de que “o dia da minha partida está marcado” demonstra uma aceitação do fluxo inevitável da vida e da morte. Para Morin (2001), essa aceitação do destino como parte da condição humana faz parte de uma compreensão mais ampla da finitude e do lugar do ser humano no cosmos.

Mente e Espiritualidade

A análise do depoimento de João mostra a multidimensionalidade do ser humano, algo que é central na abordagem de Morin (2001). João vive sua experiência com o câncer de uma maneira que engloba não apenas o corpo físico, afetado pela doença e tratado pela medicina, mas também a mente, que busca se manter equilibrada e tranquila, e o espírito, fortalecido pela fé. Sua confiança no “Criador” e na ideia de que sua morte já está predestinada confere-lhe uma paz que transcende a experiência imediata da doença.

Diferentemente de outros depoimentos em que a morte pode ser temida ou negada, João expressa uma aceitação serena da mortalidade. Ele afirma que não tem medo da morte, pois acredita que sua vida está nas mãos de Deus e que seu destino já está selado. Para Edgar Morin (2001), a aceitação da finitude é um componente crucial de uma vida verdadeiramente integrada e compreensiva da complexidade da existência humana. João exemplifica essa aceitação de maneira explícita, mostrando uma sabedoria adquirida ao longo de sua vida e suas experiências com outras enfermidades.

A partir da perspectiva de Edgar Morin (2001), o relato do cliente 1 nos oferece uma visão complexa do enfrentamento da doença, onde corpo, mente e espiritualidade se entrelaçam. A naturalização do câncer, a serenidade diante da morte, a aceitação das limitações físicas e a confiança no poder da fé e da medicina mostram como a experiência humana é tecida de múltiplas dimensões e contradições. Através da cartografia, podemos mapear esses elementos e compreender a riqueza e profundidade da vivência de João, destacando a complexidade que define a existência humana frente às adversidades.

As narrativas redecodificadas foram mapeadas quantitativamente como temas, como aparece no quadro abaixo. Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 1, os seguintes temas:

Quadro 1: temas redecodificados da gaveta 1

1- Psicológico	2- compreende	3- complexidade	4-ser humano	5-natural	6- naturalização
7-estresse	8-mudança	9-ambiente	10-tensão	11-incerteza	12-aceitação
13-normalização	14-fé inabalável	15-criador	16-forte	17-tranquilidade	18-confiança
19-ciência	20-vida	21-doença	22-espiritual	23-expectativa	24-vida
25-impacto	26-afeto	27-sinais biológicos	28-serenidade	29-fluxo	30-inevitável
31-morte	32-mente	33-espírito	34-equilíbrio	35-confiança	36-criador
37-transcender					

Fonte: os autores

A síntese do pensar responder sobre os gigantes da alma foram assim destacadas como resultados do que queríamos saber:

Figura 6: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



Fonte: os autores.

4.4.2 GAVETA 2- decodificada

Ao analisar o depoimento do cliente 2 com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 13), percebemos a presença de diversos elementos que podem ser interpretados à luz de uma perspectiva complexa sobre a experiência humana diante da doença.

Dimensões Emocionais:

A fala do cliente 2 é marcada por uma profunda carga emocional. Ele descreve sentimentos de preocupação, ansiedade e tristeza que acompanham sua jornada com o câncer. Esses sentimentos são amplificados pela incerteza do diagnóstico e pela recorrência da doença, refletida na sua angústia em ter que retornar para consultas cada vez mais frequentes. Além disso, há um certo alívio ao perceber que sua condição poderia ser pior, já que ele compara sua experiência com a de outras pessoas que sofreram mais intensamente com a doença.

Cultural e Social

O cliente reconhece o impacto cultural em sua experiência, mencionando a predisposição genética e a cor da pele como fatores que ele acredita serem determinantes para o câncer de próstata. Ele também reflete sobre o contexto médico de sua família, mencionando o caso do pai e do irmão que também tiveram a doença, o que evidencia a transmissão cultural e familiar de medos e preocupações em relação ao câncer. Além disso, a menção ao Brasil e à África em termos de taxas de amputação do órgão sexual indica uma percepção ampliada e global da doença, mostrando como Dilson se vê dentro de uma realidade sociocultural que transcende sua própria experiência pessoal.

Dimensão Física e Corporal:

O cliente também discute os efeitos da cirurgia em sua sexualidade, um tema muitas vezes delicado para homens que enfrentam o câncer de próstata. Ele expressa uma certa aceitação ao fato de que, apesar de algumas mudanças, ele ainda mantém parte de sua função sexual, o que parece ser um ponto de alívio. Essa questão reflete a dimensão corporal da experiência do câncer, onde a percepção do próprio corpo e sua funcionalidade são profundamente afetadas.

Dimensão Temporal:

Por fim, há uma dimensão temporal importante no relato do cliente 2, que se manifesta em sua relação com o passado (a doença do pai), o presente (seu estado atual) e o futuro (os medos de recidiva e possíveis complicações). Essa visão temporal dá à narrativa um tom reflexivo, onde ele tenta lidar com o que já passou e o que ainda pode vir a acontecer, o que é característico da maneira complexa de ver o tempo segundo a perspectiva de Morin (2001).

Podemos ver através da metodologia da cartografia, que a fala do cliente 2 abrange múltiplas dimensões de sua experiência com o câncer de próstata. Ele navega entre o emocional, o cultural, o físico e o existencial, refletindo a complexidade da vida humana em situações de adversidade. Essa abordagem nos ajuda a entender que sua vivência com a doença não é isolada, mas está profundamente conectada a uma rede de fatores biopsicossociais que influenciam sua maneira de ver e lidar com o câncer.

O depoimento nos revela um indivíduo que, apesar de ter uma doença grave como o câncer de próstata, mantém uma visão relativamente despreocupada de sua condição. Ele expressa que sua vida permanece “*normal*”, exceto pela limitação física imposta pela

doença e pelos problemas cardíacos. As respostas do entrevistado são curtas e frequentemente complementadas pela esposa, indicando uma possível dependência de sua parceira para articular melhor seus sentimentos ou até mesmo um certo distanciamento emocional do que está vivenciando.

A aceitação da doença é outro elemento importante na fala do cliente 2. Ele parece lidar com a ideia da doença como algo inevitável, um destino que ele e outros homens ao seu redor enfrentaram. Vemos como essa resiliência é vista na sua afirmação de que *“se tem que passar por isso, a gente vai passando”*. Ao mesmo tempo, ele expressa o medo de fazer a família sofrer, revelando uma dimensão altruísta em sua reflexão sobre a doença. A preocupação com o bem-estar dos outros, especialmente da família, reflete uma perspectiva existencial mais ampla, na qual a sua experiência com a doença é mediada pela dor que ela pode causar aos seus entes queridos.

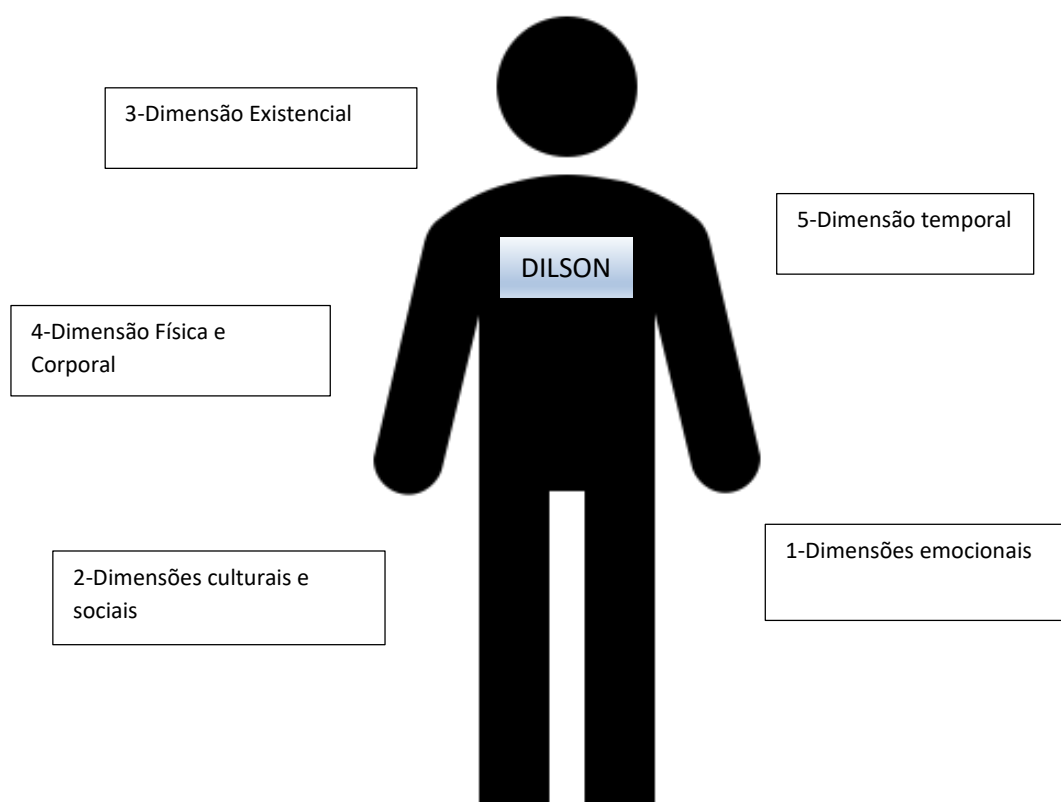
Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 2, os seguintes temas:

Quadro 2: temas redecodificados da gaveta 2

1-Carga	2-Emocional	3-Ansiedade	4-Tristeza	5-Sentimento	6-Angústia
7-Alívio	8-Ser pior	9-Reconhece	10-Impacto	11-Cultural	12-Acredita
13-Cor da pele	14-Medo	15-Órgão sexual	16-Trascende	17-Efeito	18-Sexualidade
19-Delicada	20-Aceitação	21-Função sexual	22-Temporal	23-Funcionalidade	24-Passado
25-Reflexivo	26-Tentar lidar				

Fonte: os autores

Figura 7: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



Fonte: os autores.

4.4.3 GAVETA 3- decodificada

Para realizar uma análise do relato do cliente 3, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 13), devemos considerar a complexidade das suas respostas e como elas revelam diferentes dimensões da sua experiência de vida com o câncer de próstata. Morin (2001) propõe que devemos ver o ser humano como um ser multidimensional, cujas experiências se articulam em várias camadas que se inter-relacionam, como as dimensões emocional, cultural, física e existencial.

Incerteza e Ignorância

Logo na primeira resposta, o cliente 3 revela uma incerteza ao dizer que não sabe como responder sobre o que é estar doente. Essa incerteza reflete uma falta de clareza ou de compreensão total da sua condição, e indica uma possível distância emocional em relação à própria doença, algo que pode estar ligado ao fato de ter procurado atendimento

tardiamente. Essa resposta sugere uma desinformação ou talvez uma estratégia de negação da gravidade da doença, o que se enquadra na abordagem de Morin (2001) sobre a ignorância como parte do conhecimento fragmentado da realidade humana.

Existencial

Pedro descreve o câncer como algo “*muito chato*” e “*muito ruim*”, o que evidencia uma percepção negativa da doença, mas sem grande profundidade emocional. Ele também menciona que o câncer é “*arriscado na vida da gente*”, o que aponta para uma dimensão existencial de risco, medo e incerteza sobre o futuro. No entanto, sua descrição do câncer não parece tão carregada de angústia imediata, mas sim de um reconhecimento do perigo que o câncer representa, sem que isso afete diretamente seu dia a dia naquele momento.

Corporal e Funcionalidade

Na resposta sobre como ele vive com o câncer, Pedro afirma que continua trabalhando normalmente, sem sentir desconforto ou dificuldade física. Isso mostra que, até o momento, o impacto corporal da doença não foi significativo a ponto de alterar sua rotina, revelando uma dimensão corporal que ainda não foi afetada em termos de funcionalidade. Essa resposta pode também sugerir uma forma de resiliência ou até uma possível dissociação entre o diagnóstico e a percepção real dos efeitos da doença no corpo.

Emocional e Sexual

Quando o cliente 3 menciona seu sentimento sobre o câncer de próstata, ele toca num aspecto central para muitos homens: a sexualidade. O relato de que “*acaba a relação*” reflete uma frustração com a perda ou a diminuição da função sexual, que muitas vezes é vivida como uma perda de virilidade e masculinidade. Esse impacto emocional está, portanto, centrado na dimensão sexual, sendo este o principal aspecto em que o câncer parece interferir na sua vida até agora. A preocupação com o futuro também surge, com o medo de que sua condição piore, o que traz à tona a ansiedade em relação à progressão da doença.

Pedro menciona seu trabalho como varredor de ruas na prefeitura, um dado que pode ser interpretado dentro de uma dimensão social. O fato de que ele continua trabalhando pode ser uma forma de manter uma sensação de normalidade e utilidade

social, e de evitar o estigma da doença, algo que pode ser relevante no contexto cultural de um homem em sua faixa etária. Sua condição socioeconômica também pode influenciar sua percepção do tratamento e da doença, talvez limitando sua compreensão sobre a gravidade da situação ou suas opções de cuidado.

Diferentemente de outros pacientes que podem ter uma visão mais reflexiva sobre sua condição, o cliente 3 adota uma postura mais simples e pragmática. Ele parece lidar com o presente, sem se aprofundar em questões sobre o passado ou o futuro de forma elaborada. Essa simplicidade de visão pode ser um reflexo de uma vida centrada no imediato, no dia a dia do trabalho e na sobrevivência cotidiana, sem grandes reflexões sobre a finitude ou o significado existencial da doença.

De acordo com Edgar Morin (2001), podemos identificar que a experiência de Pedro Luiz de Souza com o câncer de próstata se estrutura em várias dimensões que se interconectam. Sua postura revela uma aceitação prática da doença, com pouca ênfase nas reflexões emocionais ou existenciais profundas, mas com um foco claro nos aspectos funcionais da vida e nos impactos sobre a sexualidade. Sua visão do câncer é marcada pela resiliência no trabalho e pela preocupação com a perda da função sexual, refletindo a complexidade da experiência humana diante de uma doença grave.

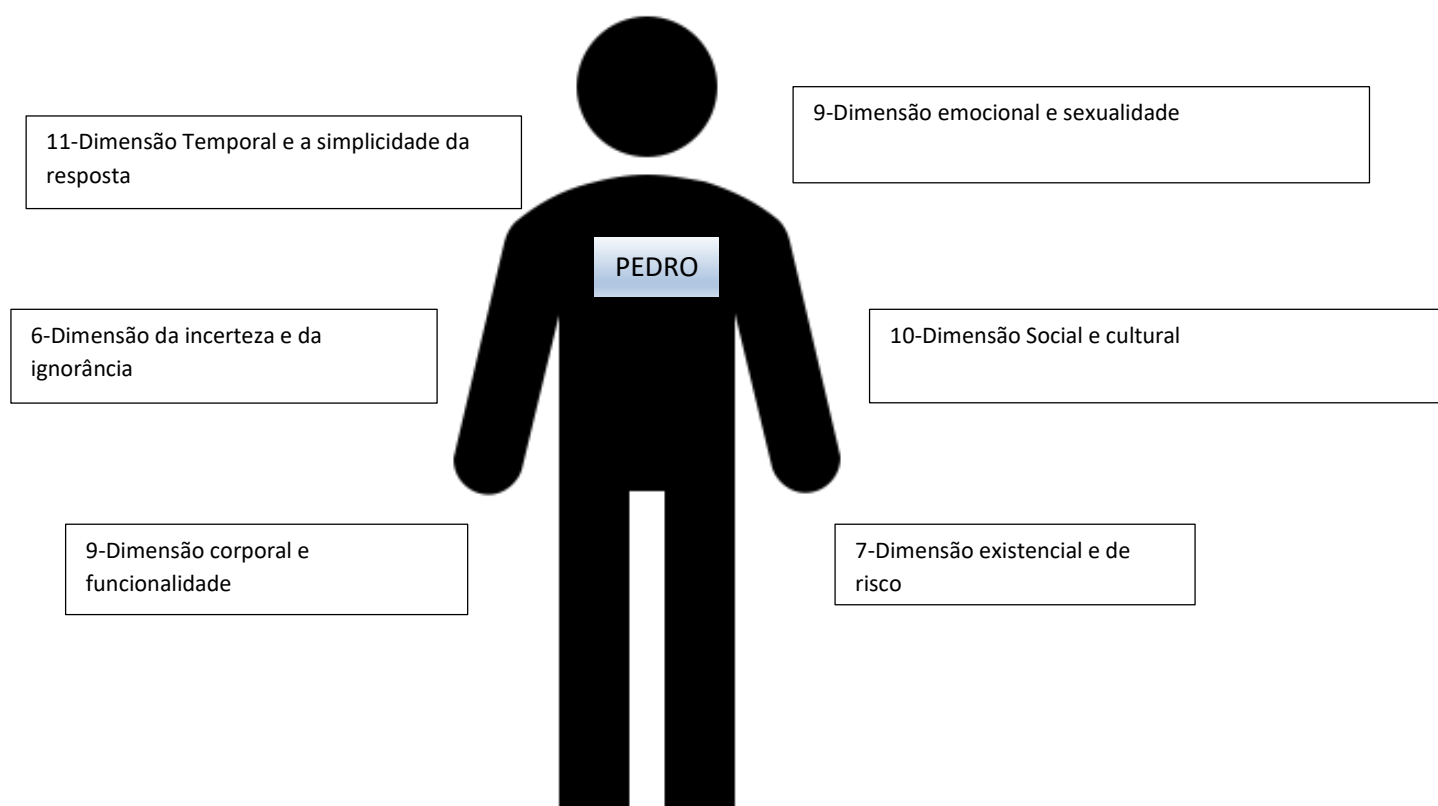
Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 3, os seguintes temas:

Quadro 3: temas redecodificados da gaveta 3

1-Incerteza	2-Clareza	3-Doença	4-Tardiamen te	5-Desinformaçã o	6-Estratégi a
7-Negação	8-Conheciment o	9-Fragmentad o	10-Realidade	11-Humano	12-muito chato
13-Muito ruim	14-Risco	15-Medo	16-Gravidade	17-Carregado	18-Angústia
19-Reconheciment o	20-Perigo	21-Câncer	22-Impacto	23-Resiliência	24-Corpo
25-Social	26-Sensação	27-Normalidade	28-Virilidade	29-Estigma	30-Cultural
31-Condição econômica	32-Limitado				

Fonte: os autores

Figura 8: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



Fonte: os autores.

4.4.4 GAVETA 4- decodificada

A análise do relato do cliente 4, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 13), nos permite mapear as diversas dimensões que compõem sua experiência de vida com o câncer de próstata. O relato revela diferentes camadas de vivências emocionais, corporais e existenciais, as quais se entrelaçam e se conectam de forma complexa, como propõe Morin (2001).

Corpo e Funcionalidade

O relato de Paulo Sérgio começa destacando as limitações físicas decorrentes tanto da doença quanto de outras condições preexistentes, como a deficiência nas pernas e o uso da sonda de urina. Essa dimensão é profundamente significativa, pois mostra como o corpo se torna um lugar de fragilidade e vulnerabilidade. As quedas, desmaios e dores não apenas afetam sua mobilidade, mas também intensificam o sentimento de perda

de controle sobre o corpo. A perda da autonomia corporal reflete o impacto do câncer e as dificuldades do envelhecimento, expondo uma situação de dependência física.

Emocional e Medo

Paulo Sérgio demonstra uma grande carga emocional ao expressar sua reação ao câncer. Ele descreve a doença como algo “*horrível*” e expressa seu desconforto até mesmo em vir ao hospital. Isso revela uma intensidade emocional marcada pelo medo e pelo pavor diante da palavra “*câncer*”. A vivência do câncer aqui não se limita à dor física, mas se expande para uma resposta emocional de ansiedade e temor contínuo. O medo de desmaiar, cair e agravar ainda mais sua saúde é um sentimento predominante, o que demonstra como a experiência do câncer não é apenas uma batalha física, mas também uma luta contra os medos e incertezas.

Social e Identidade Profissional

Outro ponto relevante no relato é a menção de que o cliente 4 foi bancário e agora é aposentado. Isso traz à tona a dimensão social e de identidade. O fato de ele mencionar sua antiga profissão indica que, apesar das limitações atuais, ele ainda se conecta com a ideia de quem foi no passado. Além disso, ele menciona gostar de consertar ventiladores, o que reflete um desejo de utilidade e de manter uma conexão com atividades que o fazem sentir produtivo, mesmo com as restrições da doença. A aposentadoria, portanto, não apenas marca uma mudança de função, mas também um distanciamento de uma identidade ativa, agravada pela situação de saúde.

Existencial e Temporal

O relato de Paulo também expõe uma dimensão existencial importante. Ele vive com a preocupação constante de que sua condição possa piorar, temendo quedas e acidentes. O medo de perder a consciência, de “*apagar*”, sugere uma reflexão implícita sobre a finitude, algo que está diretamente ligado ao envelhecimento e à proximidade da morte. A sua vida cotidiana é basicamente restrita a um ciclo rotineiro entre a cama, a poltrona e a cadeira, o que pode simbolizar uma limitação tanto física quanto psicológica. Isso reflete uma redução de horizontes temporais e existenciais, onde o foco está no presente imediato, limitado ao que ele pode ou não fazer no seu dia a dia.

Cotidiano e da Rotina

O cliente 4 descreve sua rotina de maneira muito prática: “*fico deitado, venho pra sala, vejo televisão, sento na poltrona...*”. Essa descrição revela uma vida bastante sedentária e limitada, onde as atividades se restringem ao movimento dentro da casa e ao consumo passivo de entretenimento (assistir televisão). Sua rotina revela um sentimento de estagnação e pode refletir uma sensação de que sua vida foi reduzida a essas pequenas ações repetitivas. Essa limitação contrasta com a vitalidade e atividade que ele possivelmente teve quando trabalhava, o que sugere uma diminuição da qualidade de vida.

Desconhecimento e Ambiguidade

Em várias passagens, o cliente 4 admite não saber como se sente ou como descrever suas emoções. Ele fala de medo e pavor, mas ao mesmo tempo parece incerto sobre o que exatamente sente em relação à doença. Essa ambiguidade emocional pode ser vista como uma forma de lidar com a complexidade da situação: por um lado, ele expressa medo, mas, por outro, ciência dos acontecimentos e agravos.

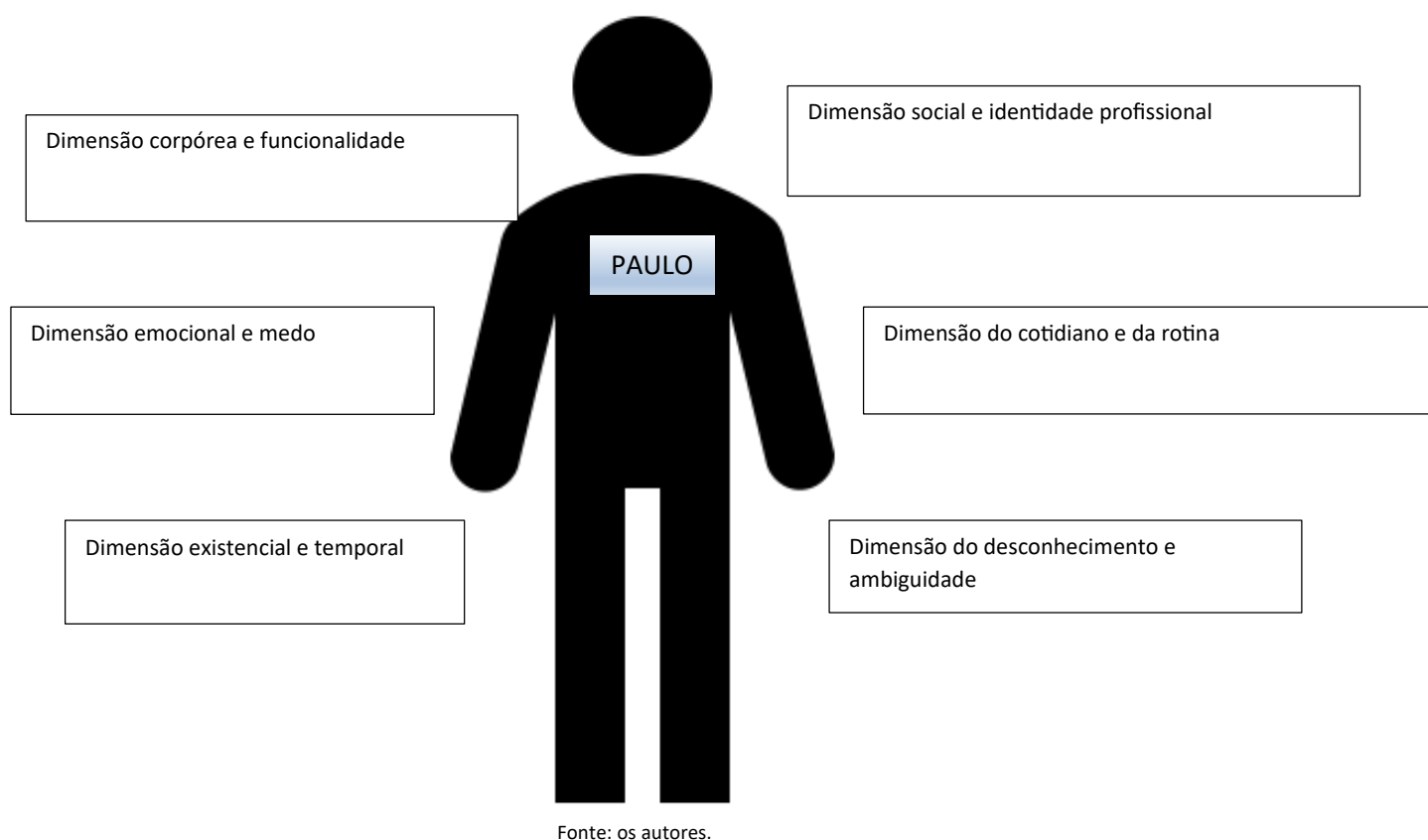
Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 4, os seguintes temas:

Quadro 4: temas redecodificados da gaveta 4

1-Controle	2-Perda	3-Medo	4-Pavor	5-Ansiedade	6-Vulnerabilidade
7-Fragilidade	8-Medos	9-Desmaiar	10-Leito	11-Incerteza	12-Desejo
13-Conexão	14-Destanciamento	15-Morte	16-Sentir	17-Conexão	18-Temer
19-Preocupação	20-Apagar	21-Redução	22-Limitado		

Fonte: os autores.

Figura 9: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



4.4.5 GAVETA 5- decodificada

A análise do relato do cliente 5, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 13), nos permite mapear as diferentes dimensões da experiência de vida deste paciente com câncer de próstata. O pensamento complexo de Morin (2001) também nos encoraja a considerar as múltiplas facetas e interações das emoções, corpo, contexto social e espiritualidade que emergem na experiência de Renato.

Física e Corpórea

Renato descreve o impacto físico da doença com detalhes que revelam uma sensação de incômodo e limitação. Ele menciona dificuldades como dormir mal, o tempo prolongado para urinar e as dores na coluna, que tornam a experiência de estar doente algo “*horrível*”. Esses sintomas físicos o limitam e são uma constante lembrança da fragilidade de seu corpo. A doença não é apenas um diagnóstico; ela se manifesta em cada

pequena ação cotidiana, impactando sua capacidade de realizar atividades básicas com conforto.

Além disso, a perda da capacidade de realizar atividades físicas prazerosas, como andar de bicicleta e jogar bola nos finais de semana, é descrita com tristeza. A restrição das atividades que faziam parte de sua rotina indica a importância da dimensão corporal na manutenção da identidade e bem-estar de Renato. Essas atividades representavam não apenas lazer, mas também saúde, vigor e uma vida social mais ativa.

Existencial e Espiritual

O relato de Renato também traz à tona uma forte dimensão existencial e espiritual. Ele fala diretamente sobre sua fé em Deus e Jesus, mencionando que “*se depender de Jesus*” ele poderá se curar, e que “*se não der*”, ele parece estar resignado com o destino. A presença de uma dimensão espiritual no relato é crucial para entender como Renato busca lidar com a incerteza da doença. Ele se apegua à fé para encontrar algum tipo de conforto e explicação para o que está acontecendo. Essa relação com a espiritualidade proporciona um sentido de esperança, mas também de aceitação do possível desfecho.

Ao mencionar que o tratamento depende tanto dos profissionais da saúde quanto de uma intervenção divina, ele coloca sua confiança em algo além de si mesmo, refletindo a incerteza sobre o futuro e a luta constante entre a esperança e o medo. Morin (2001) enfatiza que o ser humano vive entre ordem e desordem, e aqui vemos Renato tentando criar uma ordem espiritual em meio ao caos da doença.

Emocional e Psicológica

Renato expressa emoções fortes ao longo do relato. Ele começa com um sentimento de raiva em relação à sua condição, evidenciando o quanto a doença o frustra e o impede de viver como antes. Essa raiva reflete a dificuldade de aceitar a nova realidade de limitações físicas e desconforto. Posteriormente, ao falar sobre seu tratamento anterior contra o câncer de face e ao lembrar dos colegas que também passaram por essa experiência, ele demonstra profunda tristeza e luto, ficando bastante emocionado e choroso. Isso revela que o câncer não afeta apenas o corpo, mas também a psique, gerando sofrimento emocional, medo e empatia por outros que enfrentam a mesma luta.

O relato de Renato evidencia uma sobreposição de emoções, algo que Morin (2001) destaca como parte da complexidade da experiência humana. Ele oscila entre sentimentos de tristeza, medo e raiva, e essa mescla de emoções reflete quão multifacetada é a experiência de lidar com uma doença grave. O choro constante em seu relato sugere que a emoção é uma presença constante, uma resposta imediata e visceral à gravidade da sua situação.

Social e de Apoio

A menção aos profissionais de saúde e o reconhecimento de seus esforços são uma parte importante da dimensão social de seu relato. Renato demonstra gratidão por aqueles que estão cuidando dele, dizendo que eles estão “fazendo tudo por mim”. Isso evidencia a importância do apoio social e dos relacionamentos para pacientes em tratamento. A presença e dedicação de outros — tanto da equipe médica quanto de amigos ou familiares — têm um efeito significativo no seu enfrentamento da doença.

Além disso, Renato menciona os colegas que também enfrentaram o câncer e o impacto emocional que isso teve sobre ele. Isso revela que sua experiência não é isolada; ela está entrelaçada com a experiência coletiva de outros pacientes. A solidariedade e a tristeza por ver amigos e conhecidos também sofrendo com o câncer destacam a dimensão social do sofrimento, algo que é profundamente humano e parte da complexidade da vida, conforme descrito por Morin (2001).

Temporal e Cotidiana

A interrupção das atividades cotidianas que ele valorizava, como andar de bicicleta e jogar futebol, revela uma mudança temporal significativa na vida de Renato. Ele não vive mais em um ritmo de vitalidade e lazer, mas sim em um tempo marcado pela doença, limitações e o tratamento. Essa mudança no horizonte temporal altera sua relação com o tempo, passando de um foco no futuro e nas atividades que o preenchiam para uma experiência mais imediata e voltada para a sobrevivência e a incerteza.

O cliente 5 também menciona um passado em que enfrentou um câncer de face, o que sugere que sua luta contra a doença é algo de longa data. Isso adiciona uma camada

de continuidade e repetição na sua vida: o câncer não é uma nova realidade, mas uma que reaparece, trazendo com ele uma carga emocional acumulada e uma resiliência emocional que, ao mesmo tempo, parece estar desgastada.

Com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 13), podemos ver que a experiência do cliente 5 com o câncer de próstata é complexa e multifacetada. Ele enfrenta uma perda de controle físico, uma mistura de emoções intensas e conflitantes, e encontra na espiritualidade uma maneira de processar e enfrentar a incerteza de sua condição. Sua identidade social e suas relações interpessoais também desempenham um papel importante na forma como ele lida com a doença, seja no apoio que ele recebe ou na tristeza por aqueles que compartilham de sua experiência.

O pensamento complexo de Morin (2001) também nos permite enxergar que a vida do cliente 5, assim como a de qualquer paciente em tratamento, não pode ser reduzida a uma única dimensão. Sua luta envolve um conjunto interligado de fatores — físicos, emocionais, sociais e espirituais — que se sobrepõem e se influenciam mutuamente, refletindo a complexidade da condição humana.

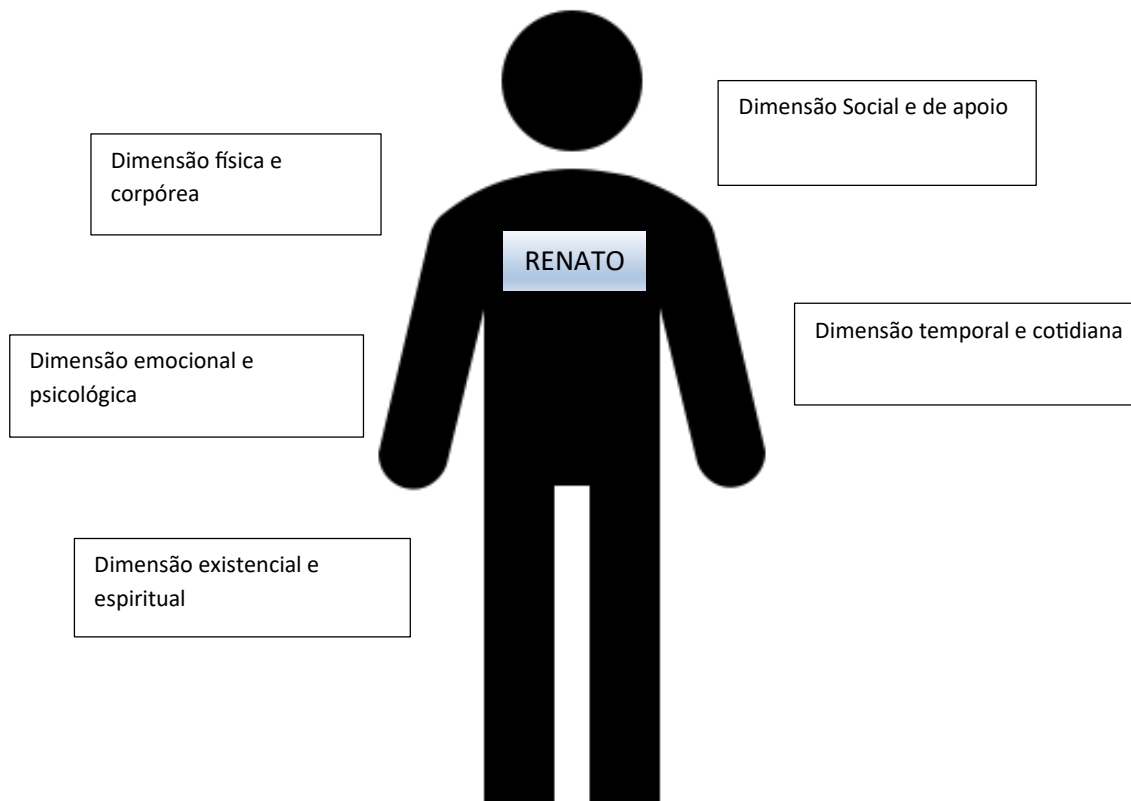
Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 5, os seguintes temas

Quadro 5: temas redecodificados da gaveta 5

1-Conforto	2-Prazer	3-Tristeza	4-Vigor	5-Fé	6-Jesus
7-Esperança	8-Incerteza	9-Futuro	10-Medo	11-Raiva	12-Viver
13-Doença	14-Desconforto	15-Refletir	16-Luto	17-Emoção	18-Choroso
19-Sofrimento	20-Câncer	21-Empatia	22-Luta	23-Gratidão	24-Solidariedade
25-Sobrevivência	26-Resiliência	27-Desgaste			

Fonte: os autores.

Figura 10: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



Fonte: os autores.

4.4.6 GAVETA 6- decodificada

Para realizar uma análise do relato do cliente 6, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, 14), é importante levar em consideração as diversas dimensões envolvidas na experiência do paciente com o câncer de próstata. Morin (2001) enfatiza a complexidade da existência humana, que não pode ser reduzida a um único fator ou aspecto, e essa visão pode nos ajudar a mapear as diferentes camadas de sentido, emoção e experiência presentes no discurso de Artur.

Cognitiva e Perceptiva

No início do relato, o cliente 6 descreve seu diagnóstico de câncer como um momento de choque e confusão. Ele menciona que, ao receber a notícia, foi tomado por

um sentimento de medo e de estar diante de um “*ponto final*”, uma percepção comumente associada à palavra “*câncer*”. Esse aspecto cognitivo é importante, pois reflete como a informação e o conhecimento sobre a doença influenciam diretamente a forma como o paciente encara sua situação.

Através da perspectiva de Morin (2001), podemos perceber como o diagnóstico do câncer cria um imaginário coletivo que está associado a finitude e à mortalidade. No entanto, Artur também menciona a importância das explicações e do acolhimento recebidos no hospital, o que mudou sua percepção inicial, permitindo-lhe alcançar um estado de conforto parcial. A maneira como ele é informado sobre o progresso de sua condição e as possibilidades de tratamento influenciam sua percepção do câncer, mostrando como o conhecimento (ou sua ausência) afeta a forma como o indivíduo vive e interpreta a doença.

Emocional

Artur demonstra uma forte carga emocional ao falar sobre seu diagnóstico e a vivência com o câncer de próstata. No início, ele se sentiu assustado e preocupado, mas à medida que foi acolhido pela equipe médica, seu medo foi se transformando em uma forma de aceitação e calma. Essa oscilação emocional revela a complexidade da experiência de lidar com uma doença grave, que envolve sentimentos de medo, alívio, ansiedade e, ao mesmo tempo, a busca por serenidade.

Morin (2001) destaca a importância da emoção como parte integrante da experiência humana, e, no caso de Artur, isso é evidente quando ele fala da importância do apoio emocional que recebeu da equipe médica e como isso impactou sua forma de lidar com o câncer. Ao expressar-se de forma “*levemente emotiva*”, Artur deixa transparecer que, embora tenha encontrado uma maneira de lidar com a doença, ela ainda traz marcas emocionais profundas que continuam a mexer com ele, especialmente no que se refere às mudanças que o câncer trouxe para sua vida íntima.

Existencial

A relação de Artur com o câncer é permeada por uma reflexão existencial. Ele comenta que, ao ouvir o diagnóstico, sua primeira reação foi associar o câncer a um “ponto final”, o que revela o impacto da doença em sua percepção da finitude e da mortalidade. No entanto, à medida que ele recebe informações sobre seu tipo de câncer,

e especialmente ao ouvir histórias de superação, essa ideia de fim começa a ser questionada.

Morin (2001) nos ensina que a vida e a morte são realidades coexistentes, e Artur está vivenciando esse paradoxo. Embora o câncer evoque a ideia de morte, ele também percebe que a doença não necessariamente representa o fim. O câncer passa a ser visto como “mais uma luta no caminho”, o que mostra uma mudança no seu sentido de vida, em que a superação se torna possível e não há uma rendição imediata à doença. Essa aceitação de sua condição, ao mesmo tempo que ele continua lutando para viver de forma plena, é um exemplo da complexidade de como o ser humano lida com situações limite.

Social e Profissional

O cliente 6 menciona que continua a trabalhar como mecânico de caminhão, profissão que ele realiza com satisfação e que “*preenche*” sua vida. Isso revela a importância da dimensão social e profissional na manutenção de seu bem-estar. Mesmo com as limitações impostas pela doença, ele encontra sentido no trabalho, algo que Morin (2001) define como essencial para o ser humano. Ao continuar a exercer sua profissão, mesmo que adaptando sua rotina para fazer menos esforço, Artur preserva sua identidade e se mantém conectado com o que lhe traz felicidade.

Além disso, ele fala sobre os passeios em família, demonstrando a relevância de seus vínculos familiares na sua jornada com o câncer. A relação com a esposa e o filho e os momentos de lazer com eles mostram que, apesar das adversidades, ele encontra formas de manter sua vida social ativa. Morin destaca que o ser humano é um ser relacional, e a presença de sua família e o suporte social que ele recebe desempenham um papel central em sua resiliência emocional.

Corpórea e Intimidade

O cliente 6 também aborda as mudanças físicas trazidas pelo câncer, mencionando a necessidade de “*se preservar*” ao fazer menos esforço no trabalho. Isso revela a atenção ao corpo que surge com a doença, já que ele precisa adaptar suas atividades para não sobrecarregar sua condição física. No entanto, ele indica que, de forma geral, leva uma vida “*normal*”, mostrando que o câncer não lhe impede de realizar suas atividades cotidianas.

Um aspecto importante mencionado, embora com vergonha, é a questão de sua vida sexual. O cliente 6 sugere que o câncer afetou sua masculinidade e sua vida íntima, o que é uma questão delicada para muitos homens com câncer de próstata. Essa dimensão íntima revela como a doença impacta não apenas o corpo físico, mas também a identidade masculina e a autoimagem. Esse aspecto emocional e corporal da doença é algo que Morin enfatiza ao destacar que a integridade do ser humano abrange tanto o corpo quanto a psique e as emoções.

Com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 14), podemos concluir que a experiência do cliente 6 com o câncer de próstata é complexa e multifacetada. Seu relato evidencia diversas dimensões interligadas: a percepção cognitiva da doença, a oscilação emocional entre o medo e a aceitação, o impacto existencial da finitude, a manutenção de sua identidade profissional e social, e as marcas físicas e íntimas que a doença deixou em sua vida.

Morin (2001) nos ajuda a entender que a vida com o câncer não é uma realidade linear ou unidimensional. O ser humano, em sua complexidade, vive entrelaçado em diferentes níveis de experiência e significado, e o cliente 6 exemplifica essa complexidade ao expressar que, mesmo com as dificuldades e marcas emocionais, ele continua a encontrar sentido em sua vida, seja através do trabalho, da família ou de sua luta constante pela superação.

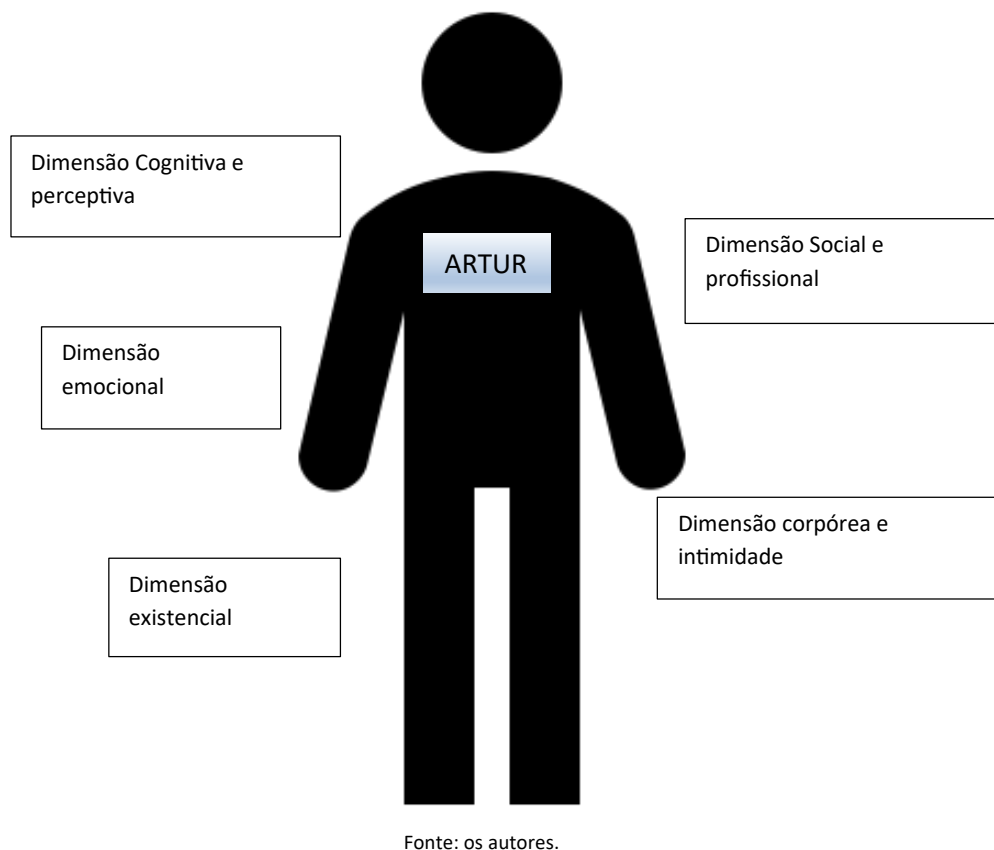
Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 6, os seguintes temas:

Quadro 6: temas redecodificados da gaveta 6

1-Choque	2-Confusão	3-Ponto final	4-Finitude	5-Mortalidade	6-Acolhimento
7-Conforto	8-Possibilidade	9-Percepção	10-Afeta	11-Assustado	12-Preocupado
13-Medo	14-Aceitação	15-Calma	16-Alívio	17-Ansiedade	18-Busca
19-Serenidade	20-Mexer	21-Vida íntima	22-Ouvir	23-Associar	24-Vida
25-Morte	26-Luta	27-Complexidade	28-Vínculos	29-Vida sexual	30-Masculinidade

Fonte: os autores.

Figura 11: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



4.4.7 GAVETA 7- decodificada

Para analisar o relato do cliente 7, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 14), é importante destacar as várias dimensões da experiência humana que emergem ao lidar com o câncer de próstata. Segundo Morin (2001), a complexidade da vida envolve múltiplos aspectos que interagem de maneira entrelaçada, o que é essencial ao explorar a experiência subjetiva de uma pessoa que enfrenta a doença.

Cognitiva e Perceptiva

A primeira reação do cliente 7 ao diagnóstico de câncer é o medo e a insegurança. Ele menciona que ficou “*meio assustado*”, o que reflete a resposta comum ao receber notícias inesperadas e ameaçadoras. Esse medo inicial, no entanto, vai se transformando à medida que ele recebe o tratamento e observa os resultados positivos, como o fato de seu PSA (um indicador da presença de câncer de próstata) ter zerado. O diagnóstico e o tratamento, segundo ele, trazem alívio e permitem que ele reconstrua sua confiança.

Essa mudança de percepção ilustra a dinâmica entre o desconhecido e o conhecido que Morin (2001) explora. A incerteza e o medo causados pela falta de informações claras sobre a doença são aliviados quando o paciente recebe mais conhecimento e evidências positivas sobre sua recuperação. Morin (2001) sugere que o saber desempenha um papel crucial na forma como o indivíduo organiza seu pensamento e suas emoções diante de uma situação complexa e assustadora.

Emocional

O relato do cliente 7 expressa uma dimensão emocional que vai além do medo inicial. Ele descreve a sensação de baixo astral ao se deparar com a doença, mas esse estado emocional negativo é progressivamente substituído por um sentimento de esperança conforme ele vê melhorias em sua saúde. Sua fala sugere que, embora o câncer seja uma ameaça à vida, o tratamento eficaz pode transformar essa experiência emocional de forma significativa, trazendo confiança e alívio.

Morin (2001) coloca a emoção no centro da existência humana, e o caso do cliente 7 reflete essa perspectiva. O câncer evoca uma oscilação emocional entre medo, esperança e, finalmente, um certo otimismo. No entanto, há também um reconhecimento da fragilidade inerente à condição de estar doente, algo que permanece, mesmo com os bons resultados. Isso demonstra a complexidade emocional de lidar com uma doença crônica e potencialmente letal.

Existencial

Ao refletir sobre o que é ter câncer, o cliente 7 menciona o temor da morte, que surge ao ver “*pessoas morrendo*”. Essa é uma reação típica diante de um diagnóstico de câncer, que carrega uma carga existencial de mortalidade. Segundo Morin, a vida é permeada pela consciência da finitude, e o câncer é uma doença que evoca essa realidade de forma direta (MORIN, 2001)

Entretanto, o relato do cliente 7 também mostra como essa dimensão existencial pode ser reconfigurada. Ele fala sobre a possibilidade de cura, mencionando que o tratamento precoce oferece chances de superação. Isso sugere que, mesmo diante da ameaça da morte, o ser humano é capaz de encontrar esperança e resiliência, reorganizando sua percepção da vida e da morte. O cliente 7 demonstra que a vida com câncer não é apenas sobre o confronto com a morte, mas também sobre a redefinição do significado de viver, à medida que ele se engaja no tratamento e mantém sua esperança.

Social e Cultural

Um dos aspectos mais interessantes do relato do cliente 7 é seu desejo de compartilhar informações sobre o câncer de próstata com outros homens. Ele reconhece que há pouca divulgação sobre o tema e menciona a dificuldade que muitos homens têm em falar abertamente sobre a doença, afirmando que *“os homens são meio fechados”*. Nesse sentido, o cliente 7 se posiciona como alguém que tenta quebrar esse silêncio cultural ao ser mais aberto e ao buscar conscientizar outras pessoas sobre a importância do diagnóstico e do tratamento precoce.

A dimensão social é fundamental para Morin (2001), que vê o ser humano como um ser relacional e inserido em contextos culturais. A experiência do cliente 7 revela como o câncer de próstata é muitas vezes visto como um tabu entre os homens, algo que pode afetar tanto a saúde física quanto emocional dos pacientes. Ao tentar romper com essa barreira, o cliente 7 atua como um agente de mudança em sua comunidade, mostrando que a troca de informações e o apoio mútuo são essenciais na luta contra a doença.

Corpórea e Intimidade

O cliente 7 menciona que, apesar do câncer, ele leva uma vida normal. Isso sugere que a doença, embora presente, não impediu que ele mantivesse grande parte de sua rotina, incluindo atividades como torcer para seu time de futebol. Essa atitude reflete a importância de preservar a normalidade na medida do possível, algo que Morin (2001) associa à busca por equilíbrio diante da incerteza e da vulnerabilidade.

Embora o cliente 7 não entre em detalhes sobre as mudanças físicas ou íntimas decorrentes do câncer de próstata, ele expressa sua confiança no tratamento, o que indica que ele se sente fisicamente bem o suficiente para continuar com suas atividades

cotidianas. Morin (2001) destacaria a importância de reconhecer que o corpo é um sistema complexo e que, mesmo em situações de doença, há sempre uma interação entre o físico, o emocional e o social. O bem-estar físico do cliente 7, portanto, está intimamente ligado ao seu estado emocional e à sua rede de apoio social.

Profissional e Lúdica

O cliente 7 se descreve como aposentado, o que indica que ele não está mais ativo no mercado de trabalho. No entanto, ele menciona com entusiasmo sua paixão por assistir jogos de futebol, especialmente do Vasco, o que demonstra que o lazer e o prazer lúdico ainda desempenham um papel importante em sua vida. Segundo Morin (2001), o ser humano busca não apenas sobreviver, mas também viver plenamente, e isso inclui o prazer e as atividades que trazem significado e alegria.

Além disso, o cliente 7 equilibra sua vida entre o tratamento da doença e os momentos de lazer, o que reflete uma resiliência e uma capacidade de encontrar sentido na vida, mesmo diante das adversidades. A aposentadoria, nesse caso, não é vista como um fim, mas como uma oportunidade para se engajar em atividades prazerosas que mantêm seu espírito elevado.

Com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 14), podemos ver que o relato do cliente 7 exemplifica a complexidade da experiência humana ao lidar com o câncer de próstata. Sua jornada envolve múltiplas dimensões — cognitiva, emocional, existencial, social, corpórea e lúdica — que se entrelaçam e se influenciam mutuamente.

O seu medo inicial é substituído por esperança e confiança à medida que ele recebe tratamento e vê melhorias em sua saúde. Sua experiência mostra como o câncer, embora uma ameaça à vida, pode ser enfrentado de forma resiliente quando há apoio social, informação adequada e uma atitude positiva em relação à cura.

Além disso, ao tentar romper o silêncio cultural em torno do câncer de próstata, o cliente 7 assume um papel importante na conscientização social, mostrando que a troca de informações é crucial para que outros homens busquem tratamento precoce. Seu relato ilustra como a vida com câncer pode ser vivida de forma plena e significativa, mesmo diante das incertezas que a doença traz.

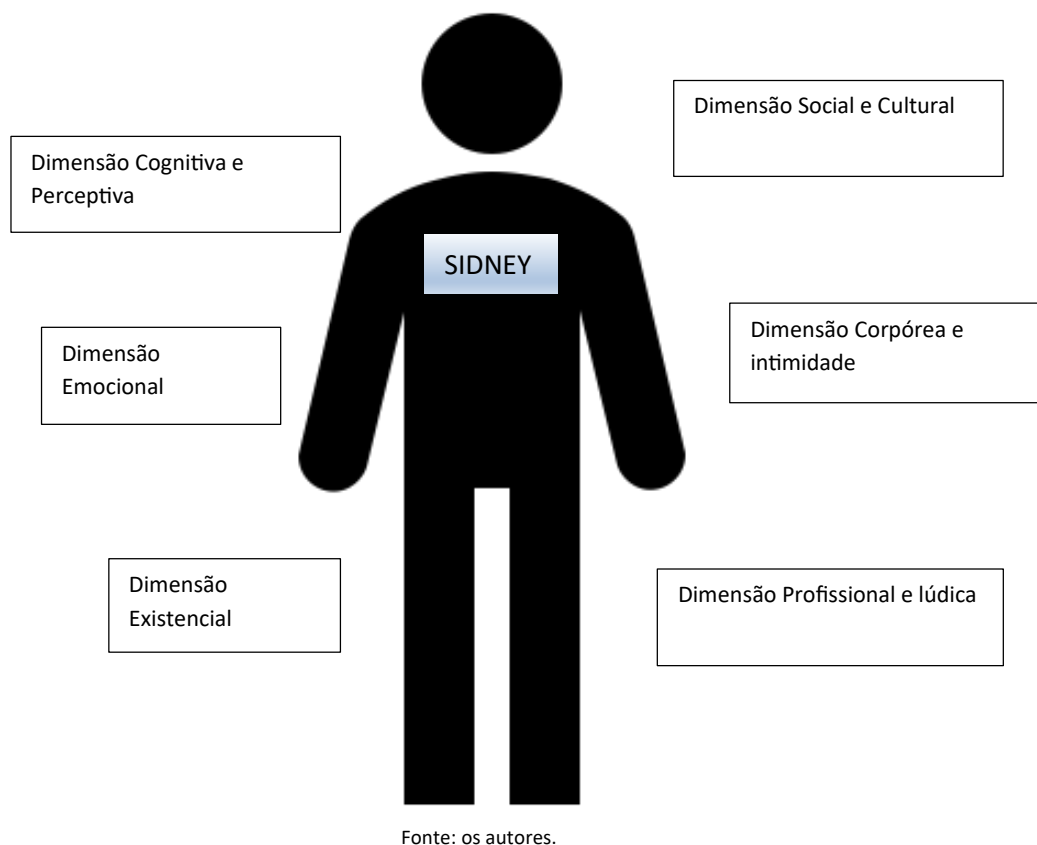
Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 7 os seguintes temas:

Quadro 7: temas redecodificados da gaveta 7

1-Medo	2-Assustado	3-Inseguro	4-Alívio	5-Reconstruir	6-Confiança
7-Desconhecido	8-Conhecido	9-Incerteza	10-Falta	11-Informação	12-Baixo astral
13-Negativo	14-Esperança	15-Possibilidade de cura	16-Ameaças	17-Conforto	18-Medida
19-Fechado	20-Silêncio	21-Afetar	22-Troca	23-Rotina	24-Ameaça
25-Vida	26-Confiança	27-Fragilidade	28-Complexidade	29-Reconhecimento	30-Emocional
31-Letal	32-Termos	33-Morte	34-Resiliência	35-Redefinição	36-Desejo
37-Aberto	38-Ver e ser	39-Tabu	40-Apoio	41-Confiança	42-Atitude
43-Existencial	44-Mortalidade	45-Reconfiguração	46-Vida	47-Viver	48-Falar
49-Quebrar	50-Relacionar	51-Romper	52-luta, torcer	53-Ativo	54-Lazer
55-Prazer	56-Lúdico	57-Sentido	58-Espírito		

Fonte: os autores.

Figura 12: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



4.4.8 GAVETA 8- decodificada

Para analisar o relato do cliente 8, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 15), é importante reconhecer a complexidade da experiência humana ao lidar com a doença, especialmente o câncer de próstata, e como essa experiência afeta as dimensões cognitivas, emocionais, existenciais, sociais e corporais de sua vida.

Cognitiva e Perceptiva

O cliente 8 inicia sua narrativa lembrando-se de um passado em que se sentia extremamente saudável, praticando esportes e levando uma vida ativa. Essa imagem de

sua antiga saúde, que ele descreve como “*monstra*”, contrasta fortemente com sua percepção atual de fragilidade, após o câncer de próstata e os efeitos de uma série de problemas de saúde.

O declínio de sua saúde após o diagnóstico do câncer é percebido como uma quebra brusca de sua identidade como alguém forte e saudável, o que é evidenciado pela sua afirmação de que “*a doença me quebrou*”. A percepção do cliente 8 em relação ao câncer é intensamente negativa, associando a doença a algo devastador e que “*destrói e mata*”. Essa visão reflete uma compreensão do câncer como algo irreversível e extremamente perigoso, criando uma forte sensação de impotência.

De acordo com Morin (2001), o ser humano é constantemente desafiado a lidar com o imprevisto e a incerteza, e no caso do cliente 8, o diagnóstico da doença quebra o equilíbrio que ele tinha em relação à sua saúde e autopercepção, levando a uma visão mais pessimista e temerosa de seu estado atual.

Emocional

O cliente 8 expressa claramente o impacto emocional profundo que o câncer de próstata teve sobre ele. O sentimento de medo surge ao falar sobre a gravidade da doença e a deterioração física que ele observa em si mesmo e nos outros, como em um amigo que está passando por quimioterapia. Esse medo é reforçado pela sua percepção de que o câncer está destruindo sua vida e de que ele já não é o homem saudável e ativo que era antes.

A tristeza também é evidente, especialmente quando ele menciona que “*deu uma decaída*” ao descobrir o diagnóstico. A emoção de perda permeia seu relato, não apenas pela saúde física, mas pela vida ativa e produtiva que ele antes tinha. Ele vê a doença como um fator que o afastou das atividades e da política, que eram significativas em sua vida. A expressão de tristeza e desânimo reforça a complexidade emocional que Morin enfatiza como parte fundamental da experiência humana. A doença, portanto, não afeta apenas o corpo, mas também o psicológico e emocional, criando um abismo entre o “*eu*” de antes e o “*eu*” de agora. (MORIN, 2001)

Existencial

A reflexão existencial do cliente 8 surge quando ele menciona como o câncer de próstata o “*quebrou*” e está “*destruindo sua vida*”. Essa percepção está ligada a uma crise existencial, em que ele se vê confrontado com a mortalidade e a fragilidade do corpo, temas centrais em muitas das discussões de Morin sobre a condição humana.

O câncer, para ele, é uma ameaça direta à sua existência, e essa consciência o coloca em um estado de vulnerabilidade extrema. Ele menciona que foi alguém “*sadio, forte*” e que agora está limitado a ficar em casa, deitado a maior parte do tempo. Esse contraste entre o passado e o presente revela uma percepção de perda de autonomia e identidade, pois ele já não consegue fazer as atividades que antes davam significado à sua vida.

Morin (2001) sugere que as crises existenciais, como as causadas por doenças graves, levam a uma reavaliação do sentido da vida e do lugar do indivíduo no mundo. Ele parece estar vivendo esse processo de questionamento, observando o declínio de sua saúde com um sentimento de derrota e impotência.

Social e Cultural

No plano social, o cliente 8 faz uma conexão importante entre sua vida pessoal e sua comunidade, especialmente ao mencionar seu envolvimento anterior com a política. Isso sugere que ele tinha uma vida ativa, provavelmente com um círculo social maior, e que a doença o afastou desses relacionamentos e atividades.

A aposentadoria, mencionada no final do relato, também marca uma transição significativa na sua vida social. A combinação de aposentadoria com a doença o coloca em uma posição de isolamento, onde sua interação com o mundo externo é limitada. A doença o forçou a retirar-se de atividades que o mantinham envolvido socialmente e que lhe davam uma sensação de propósito e relevância.

A dimensão cultural, especificamente em relação à forma como o câncer é percebido, também é evidente quando ele fala de seu medo e da maneira como o câncer é visto como uma “*doença monstra*”. Essa visão cultural do câncer como algo que inevitavelmente leva à morte reflete a maneira como certas doenças são estigmatizadas e associadas ao fim da vida, o que reforça ainda mais a sensação de medo e derrota que ele experimenta.

Corpórea e Intimidade

O relato do cliente 8 reflete uma forte ligação entre o corpo físico e sua percepção de saúde e bem-estar. No passado, ele era fisicamente ativo, e sua identidade estava profundamente conectada à sua capacidade de praticar esportes e trabalhar. O câncer de próstata, no entanto, alterou essa relação com seu corpo, levando a uma deterioração visível, como a perda de peso, que ele menciona explicitamente.

A fragilidade do corpo se torna uma fonte de angústia, especialmente à medida que ele observa que seu corpo, que antes era forte, agora está “destruído” pela doença. Morin sugere que o corpo humano é um sistema complexo que se relaciona com a mente, e no caso dele, a deterioração física claramente afeta sua identidade e autoestima.

A perda de força e a dependência de medicamentos e tratamentos médicos também são indicativos de como a doença afeta a autonomia do indivíduo, algo que, para Morin (2001), está no cerne da dignidade humana. Ele agora se vê como alguém dependente, enfraquecido e incapaz de realizar as atividades físicas e profissionais que antes definiam sua vida.

Temporal e Lúdica

No que diz respeito ao tempo, a percepção do cliente 8 sobre sua vida mudou. Ele olha para o passado com nostalgia, recordando sua saúde e sua vida ativa, mas seu presente é marcado pela inatividade e pela preocupação com a progressão da doença. Ele menciona que está *“deitado a maior parte do tempo”*, o que sugere que sua relação com o tempo se transformou de uma experiência ativa para uma de espera e passividade.

No plano lúdico, não há menção de atividades prazerosas ou de lazer em sua vida atual. O que uma vez foi uma parte central de sua vida — esportes, política e trabalho — agora foi substituído pela preocupação constante com a saúde e pela luta para manter algum controle sobre sua condição física.

Com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995), podemos perceber que o relato do cliente 8 revela a complexidade de se viver com o câncer de próstata, afetando todas as dimensões de sua vida: cognitiva, emocional, existencial, social, corpórea e temporal. Sua experiência mostra uma queda brusca de um

estado de saúde e força para um estado de fragilidade e dependência, o que gerou uma forte crise existencial e emocional.

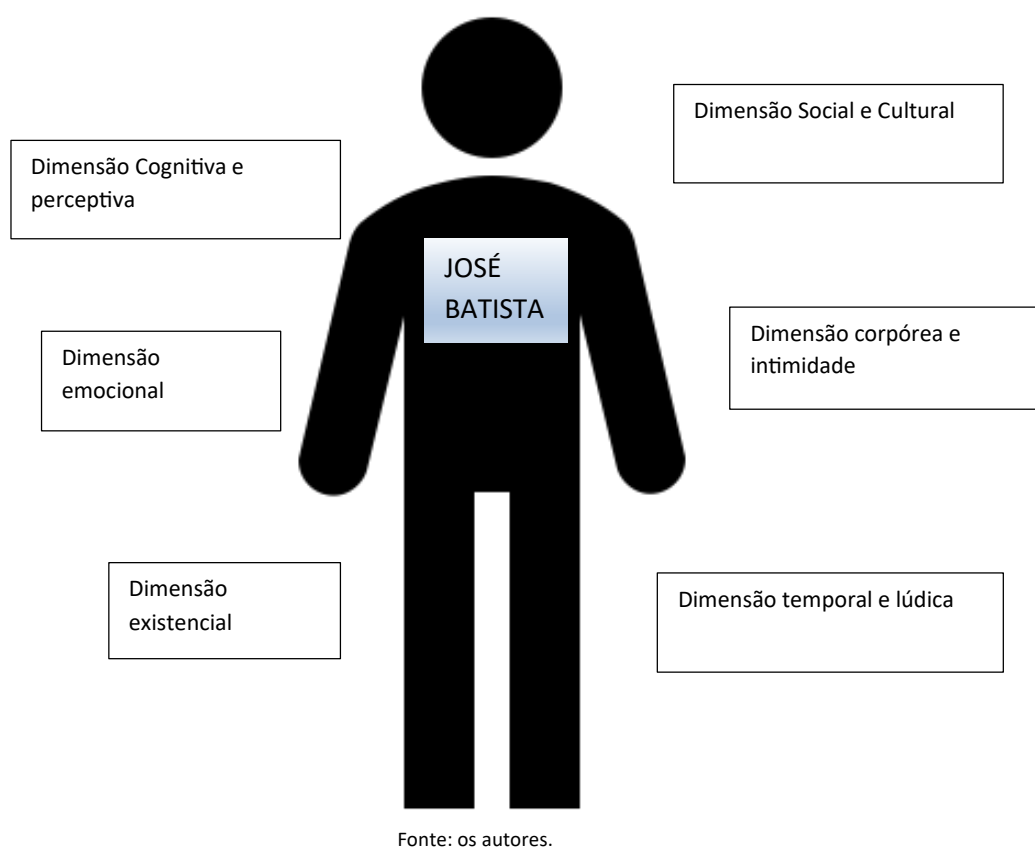
A doença não apenas alterou seu corpo, mas também seu sentido de identidade e sua posição no mundo, levando-o a sentir que sua vida está “*sendo destruída*” pela doença. No entanto, ao expressar sua experiência, José Batista também exemplifica a luta interna para encontrar sentido e lidar com as mudanças trazidas pelo câncer, em consonância com a visão de Morin (2001) de que a vida é um processo dinâmico e complexo de adaptação e enfrentamento das incertezas.

Quadro 8: temas redecodificados da gaveta 8

1-Saudável	2-Encontra	3-Controla	4-Fragilidade	5-Câncer	6-Próstata
7-Problema	8-Delírio	9-Percebido	10-Quebra	11-Barco	12-Forte
13-Saudável	14-Negativa	15-Devastado	16-Destrói	17-Perigo	18-Sensação
19-Impotência	20-Incerteza	21-Pessimista	22-Temerosa	23-Impacto	24-Medo
25-Deteriorização	26-Destruido	27-Bem-estar	28-Câncer	29-Próstata	30-Deteriorização
31-Angústia	32-Era forte	33-Mente	34-Perda	35-Força	36-Despedida
37-Mudou	38-Inatividade	39-Lazer	40-Controle	41-Luta	42-Preocupação
43-Saudável	44-Ativo	45-Triste	46-Emoção	47-Tristeza	48-Quebrar
49-Destruir	50-crise	51-Existencial	52-Imortalidade	53-Fragilidade	54-Ameaça
55-Sadio	56-Forte	57-Limitado	58-Conexão	59-Pesado	60-Social
61-Doença	62-Propósito	63-Relevância	64-Cultural	65-Estigma	66-Derrota

Fonte: os autores

Figura 13: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



4.4.9 GAVETA 9- decodificada

A análise do relato do cliente 9, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 14), nos convida a mapear as diversas dimensões de sua experiência com o câncer de próstata, explorando a complexidade de suas percepções e sentimentos diante da doença.

Dimensão Existencial

Para o cliente 9, o medo da morte é a emoção predominante associada ao diagnóstico de câncer. Essa emoção está profundamente enraizada na experiência de encarar uma condição que coloca sua vida em risco. Morin (2001) aborda a questão do medo da morte como algo inerente à existência humana, especialmente em situações que ameaçam a continuidade da vida. O câncer, como uma doença potencialmente fatal, desperta esse temor em Antônio, que menciona explicitamente a preocupação com a morte.

No entanto, ele revela também uma tentativa de manter a normalidade no dia a dia. Tenta levar uma vida “*normal*” e continuar trabalhando como taxista, sugerindo um esforço para lidar com a doença de maneira prática, sem deixar que o medo o paralise completamente. O trabalho, nesse sentido, pode ser visto como um mecanismo de enfrentamento, uma forma de sustentar sua identidade e evitar se deixar consumir pela incerteza que a doença traz.

Emocional e Cognitiva

O relato do cliente 9 expõe um paradoxo emocional. Embora ele sinta medo da morte e tenha ficado “*com a cabeça atordoada*” após o diagnóstico, ele também afirma que, após a cirurgia, não percebe nenhuma diferença significativa em sua vida emocional. Ao dizer “*não tenho diferença nenhuma*”, ele parece minimizar o impacto emocional da doença. Essa negação pode indicar um mecanismo de defesa contra o medo e a ansiedade provocados pelo câncer, uma forma de se proteger emocionalmente de um cenário mais devastador.

Segundo Morin (2001), os seres humanos tentam simplificar as complexidades da vida para torná-las mais suportáveis, o que pode ser observado aqui. O cliente 9 reconhece o impacto inicial do diagnóstico, mas depois tenta retomar sua rotina, evitando confrontar a gravidade da situação de forma contínua. Esse comportamento reflete a dualidade entre reconhecimento e negação que muitas vezes surge em situações de crise.

Corpórea

A percepção do corpo na experiência do cliente 9 também é relevante. Antes da cirurgia, ele relata uma preocupação com a progressão rápida da doença, mas após o procedimento, não menciona mudanças físicas significativas. O câncer de próstata, que muitas vezes afeta a qualidade de vida física dos homens, especialmente em termos de

função sexual e mobilidade, não é um tema abordado por Antônio, o que sugere uma possível negação ou evitamento de discussões sobre essas mudanças corporais.

Para Morin (2001), o corpo é um dos aspectos mais importantes da existência humana, especialmente em situações de doença, quando ele se torna um foco de atenção e cuidados. No entanto, o cliente 9 parece focar-se mais em manter sua rotina e evitar pensar nas potenciais implicações físicas do câncer.

Temporal

A relação do cliente 9 com o tempo é marcada pela imediatividade. Ele menciona o diagnóstico recente (janeiro de 2023), mas sua narrativa está focada no presente, em como ele tenta manter sua vida normal após a cirurgia. Não há muita reflexão sobre o passado ou sobre o futuro, o que pode ser uma estratégia para evitar o sofrimento emocional associado à antecipação de possíveis complicações.

Para Morin (2001), a consciência do tempo é uma parte essencial da vida humana, especialmente em situações que ameaçam a continuidade dessa vida. A doença muitas vezes reestrutura a percepção do tempo, e no caso do cliente 9, ele parece tentar bloquear uma visão de longo prazo ao se concentrar nas atividades cotidianas, como o trabalho de taxista.

Social

A profissão do cliente 9, como taxista, é uma ocupação que envolve contato social constante. Continuar trabalhando pode ser visto como uma forma de preservar sua identidade social e manter-se integrado à sociedade, ao invés de se isolar devido à doença. O trabalho como taxista pode simbolizar uma resistência contra a redução de sua identidade ao rótulo de *“paciente com câncer”*.

Esse aspecto social da vida deste cliente é relevante porque reflete uma das ideias centrais de Morin (2001): o ser humano é um ser complexo, que não pode ser reduzido a apenas uma dimensão (como a doença). Ao continuar com seu trabalho, o cliente 9 resiste à ideia de que sua vida é definida pelo câncer, insistindo em manter outras partes de sua identidade.

Cultural

Culturalmente, o câncer é muitas vezes visto como uma sentença de morte, o que é refletido no medo que o cliente 9 expressa. O diagnóstico de câncer desperta nele um medo existencial, que pode estar relacionado às representações culturais da doença como algo terminal e irreversível. No entanto, ele também demonstra confiança nos tratamentos médicos e parece acreditar que, após a cirurgia, sua vida pode voltar ao normal, pelo menos em parte. Isso sugere que, embora o câncer ainda carregue um forte estigma de fatalidade, as experiências individuais podem variar de acordo com a percepção de cura ou controle da doença.

O relato do cliente 9, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 15), revela um processo complexo de lidar com a doença que envolve medo, negação e esforços para manter a normalidade. A doença aparece como um evento desestabilizador que provoca medo da morte, mas, ao mesmo tempo, Antônio demonstra uma forte tendência a minimizar o impacto emocional e físico da doença, focando em sua vida prática e no trabalho.

Morin (2001) argumenta que a vida humana é permeada por incertezas e contradições, e isso é evidente no relato do cliente 9, que tenta equilibrar a preocupação com a progressão da doença e o desejo de manter uma vida normal. A sua experiência com o câncer de próstata pode ser vista como uma tentativa de resistir à fragilidade da condição humana, buscando maneiras de manter a autonomia e a normalidade, mesmo diante de uma ameaça tão significativa.

Essa cartografia revela um mapa emocional e existencial marcado por medo, negação e resistência, aspectos fundamentais na compreensão da experiência humana com o câncer, conforme discutido por Edgar Morin (Morin, 2001).

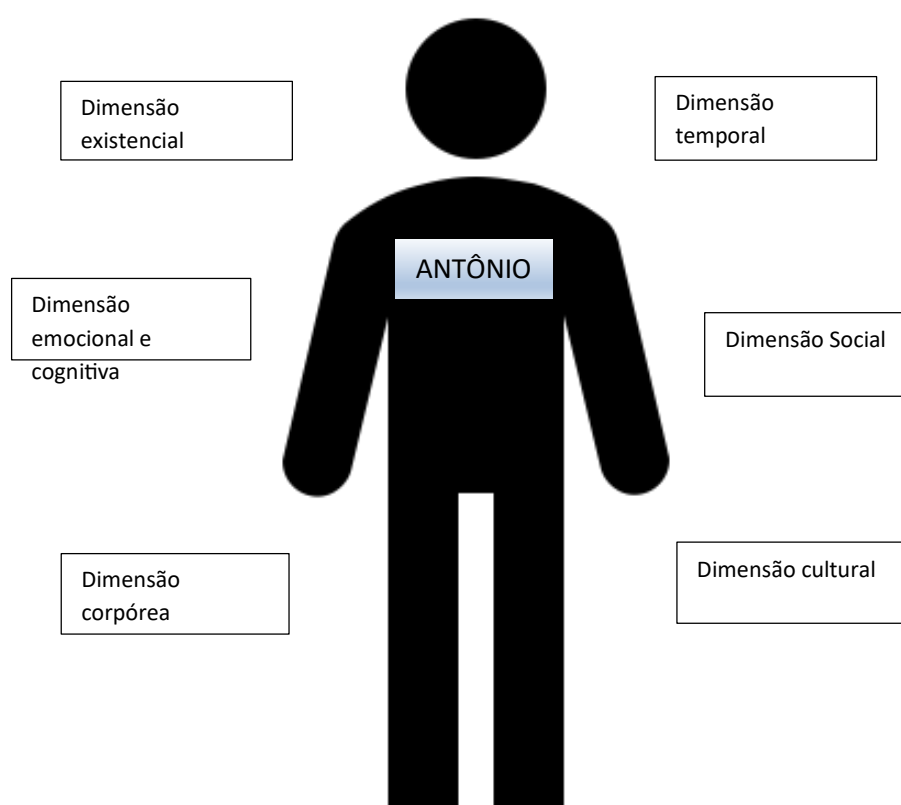
Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 9, os seguintes temas:

Quadro 9: temas redecodificados da gaveta 9

1-Medo	2-Morte	3-Emoção	4-Enraizada	5-Experiência	6-Existência
7-Humana	8-Tentar manter a normalidade	9-Levar a vida normal	10-Continuar trabalhando	11-Sustenta	12-Evitar
13-Incertezas	14-Cabeça atordoada	15-Impacto	16-Ansiedade	17-Defesa	18-Câncer devastador
19-Corpo na experiência	20-Afeta	21-Negação	22-Função sexual	23-Mudanças	24-Corporais

Fonte: os autores.

Figura 14: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



Fonte: os autores.

4.4.10 GAVETA 10- decodificada

A análise do relato do cliente 10, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 15), revela as dimensões complexas e interconectadas de

sua experiência com o câncer de próstata. O método de Morin enfatiza a necessidade de compreender os múltiplos fatores que compõem a experiência humana, indo além de uma visão fragmentada da realidade, para reconhecer a interdependência entre aspectos emocionais, cognitivos, sociais, culturais e espirituais.

Existencial

Para o cliente 10, estar doente é uma interrupção na rotina e nos planos de vida, uma quebra na continuidade de suas atividades normais. Ele vê a doença como um desafio a ser superado, uma interrupção que exige ajustes, mas também como uma oportunidade de crescimento pessoal. O câncer é entendido como parte de uma jornada de vida, um obstáculo que precisa ser enfrentado com fé e determinação. Essa visão reflete a complexidade da existência humana discutida por Morin (2001), onde o ser humano é constantemente desafiado por crises que exigem resiliência e adaptação.

A fé em Deus é central para este cliente, funcionando como um pilar de sustentação emocional. A espiritualidade lhe oferece força para enfrentar a incerteza e o medo associados à doença. Morin (2001) reconhece que o ser humano é um ser multidimensional, e a espiritualidade é um dos elementos que podem ajudar a lidar com as crises existenciais provocadas pela doença.

Emocional e Cognitiva

O relato do cliente 10 é marcado por uma alternância entre medo, esperança e aceitação. Inicialmente, ele menciona o impacto emocional do câncer como algo devastador: *“não é uma coisa boa”*. O medo de morrer, a agonia e a incerteza fazem parte do processo de enfrentamento. Entretanto, à medida que o tratamento avança, ele demonstra uma capacidade de mentalizar uma perspectiva otimista e confiante. Ao *“trazer no coração que o amanhã pertence a Deus”*, ele busca manter a mente forte e resiliente, alinhando-se ao conceito de Morin (2001) de que a mente humana pode encontrar caminhos para lidar com a incerteza e o caos.

Além disso, o cliente faz questão de destacar que, ao perceber pessoas em condições mais graves, ele passou a valorizar sua própria situação, o que sugere um processo de reavaliação cognitiva, onde ele encontra alívio e gratidão ao comparar seu estado com o de outros. Essa mudança de perspectiva é essencial para reduzir a carga emocional negativa que o câncer traz.

Corpórea

O corpo, como o campo onde a doença se manifesta, está no centro da experiência do cliente 10. Ele menciona a utilização de uma bolsa de urina e descreve o processo de recuperação após a cirurgia, ressaltando que a operação foi um *“sucesso absoluto”*. Morin (2001) nos lembra que o corpo, ao adoecer, exige nossa atenção e reorganiza nossa relação com o mundo. No caso do cliente, embora ele reconheça as limitações físicas que surgiram com o tratamento, sua narrativa enfatiza a superação progressiva dessas barreiras, com passos pequenos, como a retirada da sonda e os preparativos para a fisioterapia.

A atenção do cliente 10 está no progresso gradual, no enfrentamento das consequências corporais do tratamento de forma metódica e com confiança. Ele se concentra no processo de cura, em cada pequeno passo como um indicador de vitória, evitando a ansiedade pelo que pode vir a acontecer.

Temporal

A relação do cliente 10 com o tempo é significativa. Ele fala sobre viver um dia de cada vez, sem se preocupar excessivamente com o futuro. Essa abordagem revela um esforço consciente para não se deixar dominar pela incerteza que a doença traz. A ideia de *“dar um passo de cada vez”* sugere uma estratégia para lidar com a ansiedade temporal, uma forma de evitar a sobrecarga emocional que pensar no futuro distante poderia causar.

Para Morin (2001), o ser humano vive em uma tensão constante entre o passado, o presente e o futuro, e as doenças graves podem intensificar essa tensão. No caso do cliente, ele tenta minimizar o impacto da incerteza sobre o futuro ao focar no presente, naquilo que ele pode controlar e acompanhar diariamente.

Social

A experiência do cliente 10 com a doença está também marcada por sua relação com o ambiente social. Ele destaca o papel dos médicos, da medicina e do tratamento, o que reflete uma confiança na rede de apoio que o cerca. Ele menciona a gratidão ao ser bem atendido e enfatiza a importância de confiar tanto na ciência quanto em Deus. Além disso, o cliente parece se reconectar com uma dimensão social mais ampla ao reconhecer

o sofrimento de outros pacientes, o que o leva a refletir sobre sua própria condição com mais serenidade.

Morin (2001) argumenta que a rede de interdependências humanas é fundamental para a vida em sociedade, e no caso do cliente 10, os médicos e a equipe de saúde desempenham um papel crucial no processo de recuperação. Ele confia no apoio externo, mas também reconhece sua responsabilidade individual em manter a mente forte e focada na cura.

Dimensão Cultural

Culturalmente, o câncer é visto como uma doença que causa medo e muitas vezes é associada à morte. O cliente 10 menciona explicitamente o medo que sentiu ao receber o diagnóstico, mas também reflete sobre como o câncer é uma realidade que ele precisa enfrentar, assim como outros desafios da vida. A abordagem dele de equilibrar fé, ciência e esperança é uma estratégia culturalmente válida em muitas sociedades que lidam com doenças graves por meio de uma combinação de espiritualidade e confiança na medicina.

Morin (2001) argumenta que o ser humano é moldado por sua cultura, e Ulisses reflete esse princípio ao recorrer à sua fé religiosa e ao sistema médico como principais pilares de enfrentamento. Ele também sugere uma visão culturalmente enraizada de que o câncer, embora seja um *“baque”*, pode ser superado com força de vontade, fé e apoio médico.

O relato do cliente 10, analisado segundo a cartografia de Edgar Morin, revela uma experiência multidimensional do câncer de próstata, marcada por medo, esperança, fé e um forte desejo de superação. A doença representa uma ruptura na rotina, mas também se torna um processo de ressignificação da vida e da própria identidade. Ulisses busca equilibrar sua espiritualidade com a confiança na medicina, mantendo uma mentalidade positiva e focada no presente, enquanto enfrenta as incertezas e os desafios da doença (Morin, 2001).

A cartografia nos permite compreender essa complexidade, ao mostrar que o cliente citado não é apenas um paciente com câncer, mas um indivíduo que, ao enfrentar a doença, transita por diferentes esferas de sua vida social, espiritual, emocional e temporal. A força de sua fé e sua determinação em *“dar um passo de cada vez”* são

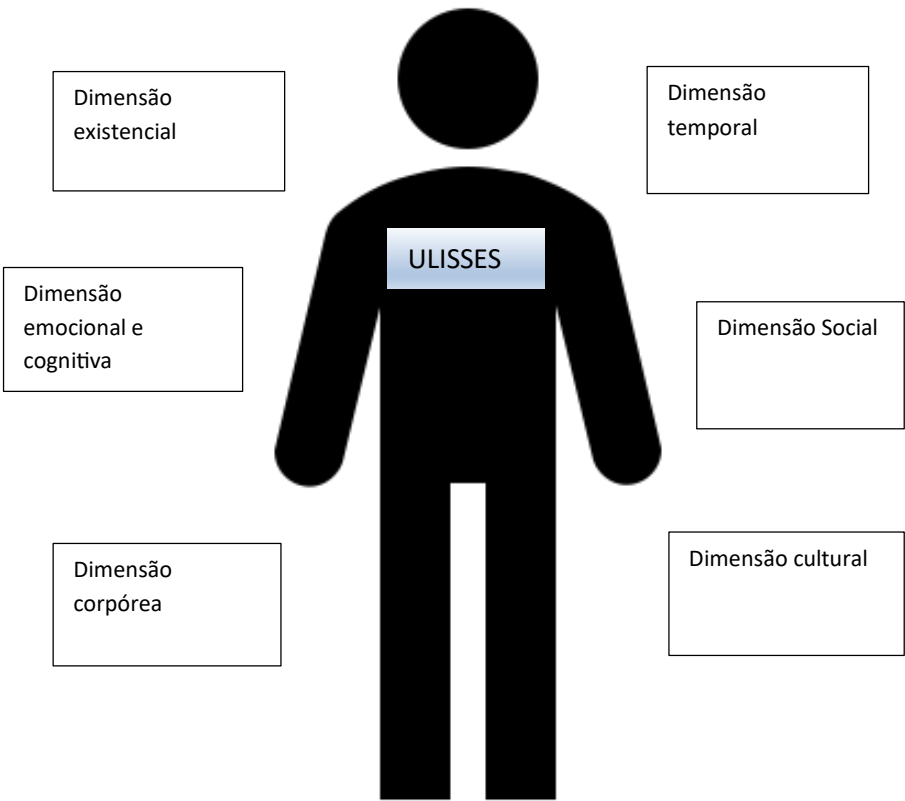
reflexos da complexidade humana, onde o ser resiste às adversidades, procurando sentido e força para seguir em frente.

Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 10, os seguintes temas:
Quadro 10: temas redecodificados da gaveta 10

1-Interrupção da vida	2-Planos	3-Quebra	4-Desafio	5-Crescimento	6-Jornada de vida
7-a ser enfrentado	8-Fé/Deus/o medo	9-Complexidade em morrer	10-Existência humana	11-Pilar	12-Sustentar
13-Espiritualidade	14-Incerteza	15-Medo	16-Ajuda	17-Impacto	18-Devastado
19-Não é coisa boa	20-Incerteza	21-Caminho	22-Caos	23-Valoriza sua situação	24-Corpo
25-Campo da doença	26-Sucesso Absoluto	27-passos pequenos			

Fonte: os autores.

Figura 15: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



Fonte: os autores.

4.4.11 GAVETA 11- decodificada

Para realizar a análise do relato do cliente 11, com base na metodologia da atenção proposta por Deleuzi e Guatarri (1995, p. 15), devemos observar como ele vivencia a experiência da doença, levando em consideração os múltiplos aspectos de sua realidade (biológicos, sociais, emocionais e culturais). A metodologia de Morin enfatiza também a complexidade da vida humana, destacando como diferentes fatores interagem para compor o entendimento da doença (Morin, 2001).

Existencial

O cliente 11 expressa de maneira simples e direta o impacto da doença em sua vida. Ele descreve o câncer de próstata como uma doença “*muito ruim*”, o que reflete um sentimento de sofrimento, mas também menciona que está melhorando, revelando uma certa resiliência e esperança na recuperação. Morin (2001) nos lembra que a doença é uma experiência que afeta a existência humana de forma integral, levando o indivíduo a rever sua relação com o corpo, o tempo e a vida cotidiana. No caso do cliente 11, a percepção inicial de gravidade é compensada pelo progresso do tratamento e pela sua crença em estar melhorando.

Corpórea

O corpo do cliente 11 é o centro da experiência de adoecimento, não apenas pelo câncer de próstata, mas também por outros problemas de saúde que ele menciona, como a hérnia e o fato de sua esposa também estar doente. Ele está, de certa forma, imobilizado pela doença, o que resulta na sua inatividade profissional e maior tempo em casa, o que denota um impacto direto na sua autonomia física. Para Morin (2001), o corpo é um elemento vital da existência humana, e a doença força o indivíduo a reorganizar suas prioridades e ações em relação a ele. Para o cliente, o cuidado com o corpo se estende não apenas a ele, mas também à sua esposa, revelando uma sobreposição de papéis.

Social

O cliente 11 menciona que está “*parado*”, ou seja, sem trabalhar, o que sugere um impacto social da doença. O trabalho, muitas vezes, define a identidade e o lugar de uma pessoa na sociedade, e para ele, estar sem trabalho altera sua interação com o mundo externo. No entanto, o cuidado com sua esposa coloca-o em um papel ativo em casa, apesar de estar afastado do mercado de trabalho. Aqui, a rede de apoio familiar se mostra

essencial, com o cliente assumindo a responsabilidade de cuidar de sua esposa doente, o que, por sua vez, reflete a interdependência que Morin destaca nas relações humanas.

Além disso, sua dependência do sistema de saúde para resolver seu problema de hérnia e sua experiência com o tratamento médico ilustram como ele se insere em um contexto social maior, onde a medicina e o cuidado com a saúde são fundamentais para sua recuperação e bem-estar. Morin (2001) sugere que o ser humano está inserido em redes sociais e institucionais que influenciam diretamente sua experiência com a doença.

Temporal

A doença do cliente 11 interrompe sua relação com o tempo, tanto no aspecto profissional quanto no pessoal. Ele parece estar em um momento de espera — “*parado*” — enquanto cuida da esposa e aguarda a resolução de sua hérnia. Essa percepção de tempo suspenso é comum entre pacientes com doenças crônicas, onde o presente se torna um espaço de manutenção e espera por intervenções futuras (cirurgia de hérnia, cuidados médicos).

O tempo também aparece na melhoria gradual que ele menciona. Embora o câncer de próstata seja descrito como algo “*ruim*”, ele também destaca que está “*melhorando*”. Isso revela um processo temporal de recuperação e esperança, um elemento fundamental da visão de Morin, que vê o tempo como um fator dinâmico na vida humana, onde crises e dificuldades são temporárias e podem ser superadas (MORIN, 2001).

Emocional

Emocionalmente, o cliente 11 expressa uma visão de aceitação e fé na sua melhora, apesar do reconhecimento do sofrimento causado pela doença. O uso da frase “*graças a Deus eu melhorei*” sugere que a espiritualidade ou fé desempenha um papel importante no enfrentamento emocional da doença. Morin (2001) destaca que as dimensões emocionais e espirituais são cruciais na forma como as pessoas enfrentam adversidades, e no caso de Sebastião, a confiança no tratamento médico é complementada por sua fé religiosa, que o ajuda a lidar com o sofrimento e a incerteza.

Cultural

O cliente 11 menciona que, mesmo estando doente, seu foco é cuidar de sua esposa, que também está em uma situação delicada de saúde. Essa atitude pode estar enraizada em uma cultura de cuidado familiar e no papel tradicional de gênero, onde ele sente a responsabilidade de cuidar do outro, mesmo em meio ao seu próprio sofrimento. A doença, nesse sentido, não anula sua percepção de dever dentro da estrutura familiar, reforçando a noção de que as relações culturais e sociais moldam a forma como os indivíduos lidam com a doença.

Além disso, o fato de ele se referir à doença como algo “ *muito ruim* ” pode refletir o estigma cultural em torno de condições graves como o câncer, visto muitas vezes como uma sentença definitiva. O uso de expressões como “ *graças a Deus* ” também reforça uma dimensão cultural mais ampla de como a religião e a fé desempenham um papel importante no enfrentamento de crises de saúde.

Sob a perspectiva de Edgar Morin, o relato do cliente 11 revela uma experiência de adoecimento marcada pela complexidade. Sua condição física e social está interligada com a espiritualidade, o cuidado familiar e o impacto emocional do câncer. A doença o coloca em uma posição de vulnerabilidade, mas também revela sua capacidade de adaptação e resiliência diante dos desafios, especialmente na forma como ele lida com as limitações físicas e o papel de cuidador de sua esposa (MORIN, 2001).

A complexidade da vida deste cliente, tal como Morin (2001) sugere, envolve uma teia de interações entre o indivíduo, o corpo, o tempo, as relações sociais e as dimensões emocionais e culturais. Para ele, o câncer de próstata não é apenas uma experiência isolada de sofrimento físico, mas um evento que altera a totalidade de sua existência, exigindo dele uma nova forma de se relacionar consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

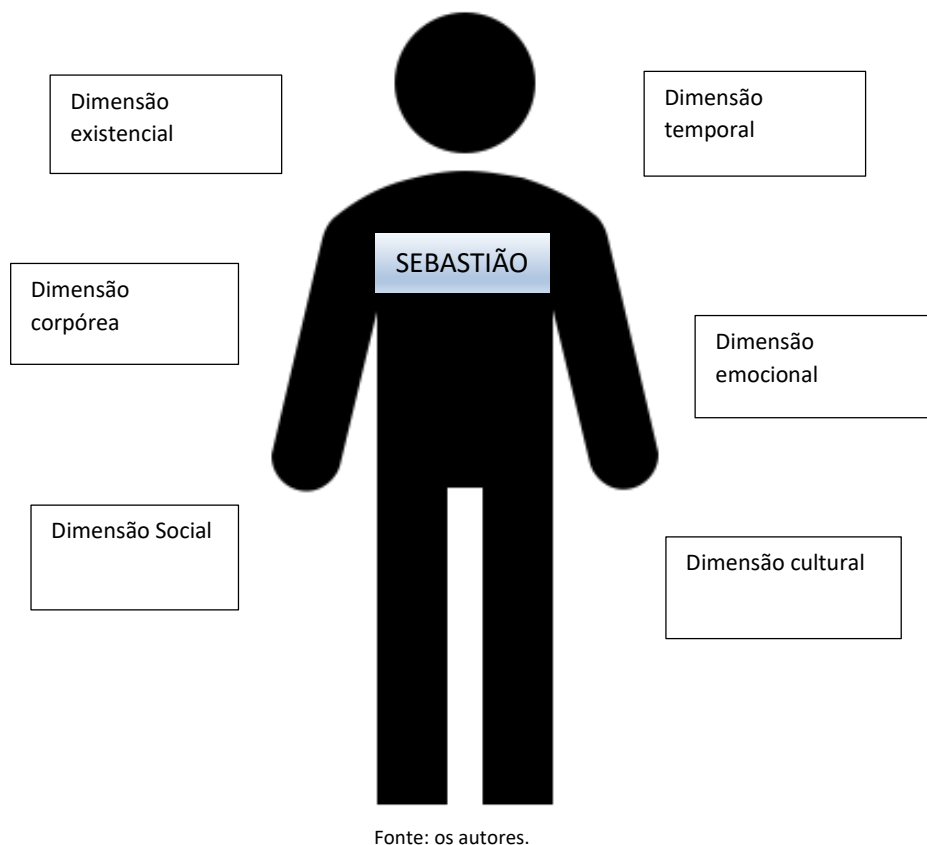
Com isso, conseguimos mapear, nas narrativas do cliente 11, os seguintes temas:

Quadro 11: temas redecodificados da gaveta 11

1-Impacto	2-Câncer	3-Sofrimento	4-Melhora	5-Resiliência	6-Esperança
7-Recuperação	8-Corpo	9-Experiência de adoecer	10-Próstata	11-Esposa doente	12-Cuidar do outro
13-Impacto	14-Inatividade profissional	15-Cuidado com o corpo	16-Sobreposição de papéis	17-Parado	18-Sem trabalhar
19-Social	20-identidade	21-Altera interação	22-Responsabilidade	23-Sofrimento	24-Deus melhora
25-Graças a Deus	26-Possível cirurgia	27-Hérnia	28-Melhoria	29-Algo ruim	30-tempo
31-Fé	32-Interdependência	33-Rede de apoio	34-Papel ativo	35-Cuidado fundamental	36-Bem estar
37-Tempo	38-parado	39-Suspenso	40-Espera	41-Intervenção	42-Situação delicada

Fonte: os autores.

Figura 16: respostas do corpo físico emocional nas narrativas produzidas.



4.5. Resultados e discussão

Os 11 clientes produziram 364 temas comuns e indicadores de reforço significativos para os resultados:

Quadro 12. Quantitativo dos temas dentro das narrativas

Gaveta 1: 37	Gaveta 2: 32	Gaveta3: 32	Gaveta 4:22
Gaveta5: 27	Gaveta 6: 30	Gaveta 7: 58	Gaveta 8: 66
Gaveta 9: 24	Gaveta 10: 27	Gaveta 11: 42	TOTAL: 397 TEMAS

Fonte: os autores

Decodificamos esses temas em palavras plenas, portadoras de significado, de acordo com a legenda:

*Sobre o que é estar doente = 816

** Sobre as emoções decorrentes da doença= 83

*** Implicações sentidas= 24

****Posições gerais das consequências= 53

Total: 976 temas

Quadro 13: Diagrama das palavras plenas, das narrativas.

	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	816
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	83
80	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
90	3	3									24
100	4	4	4	4	4						53

Fonte: os autores

Diagrama *imagem* aqui colocado é tradução visual e quantificada dos temas quantitativamente produzidos e identificado com o diagrama das palavras plenas (BARDIN, 2016)

Redenominando o material (11 gavetas), retomando ao objeto de estudo, o medo produzido pela doença-câncer de próstata, produzindo agravos e fragilidades, e a necessidade de sua desmistificação, e assim pensar em intervenções específicas de uma clínica de cuidar de enfermagem, para o alívio do sofrimento, a escolha de usar Edgar Morin (2001), *O método n° 5*, para discussão e análise (O Método n° 5) dos 11 textos produzidos nas narrativas foi um caminho extremamente difícil e desanimador, além de um trabalho que merece atenção dobrada, na tentativa de construir um conhecimento sobre eles, que seja rigoroso e ético.

No meio do caminho nos demos conta da escolha das dimensões propostas por Morin (2001) para colocar os conteúdos/discursos dos homens dentro das dimensões propostas:

1-Dimensão cognitiva e perceptiva;

2-Dimensão Emocional e cognitiva;

3-Dimensão existencial;

4-Dimensão Social e profissional;

5-Dimensão corpórea e intimidade;

6-Dimensão profissional e lúdico;

7-Dimensão temporal; e

8-Dimensão cultural.

Sendo assim, foi acertado, porém complexo, no processo de inclusão do que os homens disseram sobre dois temas difíceis de trabalhar: a doença câncer e o medo, a ser desmistificado.

No entanto, fomos surpreendidos a medida que íamos tocando as narrativas, quando fomos rastreando novos temas, que reforçam nossa situação problema e respondem as questões norteadoras dentro de cada dimensão na qual alocamos suas posições. É uma afirmativa que ousamos reconhecer a partir dos conteúdos das narrativas, que nos induz dizer que:

“o medo é desencadeado pela doença, provocando todo tipo de sofrimento, sentimentos e emoções”, categoria fundante para identificação das categorias definidas neste estudo.

Além disso, nos temas surgidos, em nenhum momento surgiu o mito de masculinidade (do homem que pode tudo, que é alfa, que é hetero, que tem poder, que não se emociona, que tudo resiste), mas não esquecem a importância da sexualidade, do sexo, da próstata, entre outros.

Talvez, tudo isso possa ser explicado nos tempos de hoje, quando o mundo está em plena mudança, de todos os aspectos da vida. E, no que diz respeito a sexualidade, já não é tão importante agora, como o exercício e as escolhas, mas para o homem se tornar impotente é morrer e falar de sua finitude. O importante é saber enfrentar os desafios e superar o que parece impossível. Também, todos reconhecem a banalização do câncer, do estrago que ele faz na vida pessoal, familiar e no trabalho.

As 11 narrativas, após análise e decodificação, nos indicaram vincular uma categoria afirmativa, e está de acordo com estudos e literatura, quando é possível

reconhecer que a desmistificação do medo já não é mais contestada, no que diz respeito a sexualidade, e o homem pode ser tudo o que ele quiser.

O importante a se considerar é que ele é um ser humano, de dimensões biológicas, linguísticas, cognitivas, emocionais e espirituais. Precisamos nos deter em 3 categorias que estão postas, a partir do trabalho de organização dos resultados:

- 1-O corpo doente que sofre: como aliviar o sofrimento;
- 2-A desmistificação do medo e os dispositivos indicados por eles; e
- 3- A realidade, viver o câncer é preciso: alívio através de ações sensíveis, estéticas e solidárias.

O que ousamos dizer é que o homem de hoje, e com câncer de próstata, tem modelado o corpo com outro tipo de mito (coragem, enfrentamento, desejo, sonho, possibilidade, resiliência, espiritualidade) que envolvem fé, fortaleza, esperança de assumir seu próprio destino. É um mito humano existencial, e não apenas sexual.

4.5.1. O corpo doente que sofre: como aliviar o sofrimento

O corpo é um lugar de sofrimento e identidade. Reis e Pereira destacam que o corpo masculino, especialmente em contextos de adoecimento, é muitas vezes visto como um espaço de resistência e desempenho. Entretanto, o adoecimento provoca uma ruptura nessa lógica, expondo vulnerabilidades que desafiam as noções tradicionais de masculinidade. Para aliviar o sofrimento do corpo doente, é fundamental reconhecer essa dimensão identitária do corpo masculino, muitas vezes negligenciada nos cuidados em saúde. (REIS E PEREIRA, 2017, p. 80)

O sofrimento não apenas é uma palavra ligada a dor, perda ou maleficências. Pode estar ligada simplesmente a temas que o homem sofre em detrimento da doença câncer de próstata, como dúvida, falta de informações, orientações nas consultas e valorização de sua situação atual. Como vimos durante a coleta de dados nas narrativas, este sofrimento pode ocorrer pela simples ausência de informação dos processos pelos quais este homem passa.

A primeira estratégia para lidar com o sofrimento envolve criar um espaço de escuta ativa, onde o homem possa expressar livremente suas dores físicas e emocionais sem o peso do julgamento. Esse espaço permite ressignificar o corpo doente, não mais apenas como um “instrumento funcional”, mas como um lugar de experiência humana. O cuidado centrado na pessoa, como ressaltam os autores, é essencial para promover um alívio não apenas físico, mas também psicológico.

Estratégias Clínicas e de Promoção da Saúde

Os autores enfatizam que o alívio do sofrimento exige uma abordagem multidisciplinar, que articule intervenções clínicas com práticas de promoção da saúde. No caso de doenças crônicas, como câncer de próstata ou doenças cardiovasculares, é essencial adotar estratégias que combinem tratamento médico eficaz e apoio psicológico. Isso inclui:

1. **Atenção Integral à Saúde:** O tratamento clínico deve ser acompanhado de ações que promovam o bem-estar geral do paciente, como orientações sobre alimentação, atividade física adaptada e práticas integrativas e complementares. Essas práticas, como a meditação e a fisioterapia, têm mostrado eficácia em aliviar dores e melhorar a qualidade de vida.
2. **Controle da Dor:** A dor é um dos aspectos mais marcantes do sofrimento físico e emocional. Reis e Pereira (2017, p. 90) ressaltam a importância de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o controle da dor, considerando sempre as particularidades de cada paciente. Técnicas como a acupuntura, massagens terapêuticas e o uso de analgesia são fundamentais nesse processo.
3. **Prevenção de Comorbidades:** A saúde do corpo doente não pode ser tratada isoladamente. O manejo das comorbidades associadas ao adoecimento é crucial para reduzir o sofrimento global do paciente. Isso exige uma abordagem preventiva e educativa, onde o paciente seja um participante ativo no cuidado.

Dimensões Psicológicas e Sociais do Sofrimento

Para além das estratégias clínicas, Reis e Pereira (2017, p. 100) enfatizam a necessidade de reconhecer e abordar as dimensões psicológicas e sociais do sofrimento.

O adoecimento não afeta apenas o corpo físico, mas também o “corpo social” e a identidade do indivíduo. Muitos homens enfrentam dificuldade em lidar com a dependência de cuidados ou em expressar vulnerabilidade, o que pode aumentar a sensação de isolamento.

Durante a análise das narrativas, observamos em vários momentos temas como *impactos socioculturais, conexão a estilos de vidas anteriores, manter-se produtivo*, o que demonstra que os indivíduos homens acometidos pelo câncer de próstata sofrem também pelos anseios sociais, em serem conectados às informações e de se manterem ativos durante toda sua vida.

Nesse contexto, o alívio desse sofrimento passa por:

1. **Reconstrução da Rede de Apoio:** Incentivar o fortalecimento dos laços familiares, comunitários e sociais é essencial. A presença de uma rede de apoio acolhedora pode reduzir significativamente o impacto emocional do adoecimento.
2. **Enfrentamento da Estigmatização:** Reis e Pereira (2017, p. 110) apontam que o estigma em torno de determinadas doenças masculinas, como o câncer de próstata, ainda é uma barreira importante para o cuidado. Promover campanhas de conscientização e normalização do diálogo sobre essas condições é uma maneira eficaz de reduzir o peso social do adoecimento.
3. **Incorporação de Práticas Espirituais e Culturais:** Muitos homens encontram conforto em práticas espirituais ou culturais que ajudam a ressignificar sua relação com o corpo e a doença. Respeitar e integrar essas práticas no plano de cuidado pode trazer benefícios importantes para o alívio do sofrimento. Como vimos nas narrativas, a questão espiritual é um laço bastante forte deste homem, para suportar as queixas emanadas pela doença, câncer de próstata.

A Importância do Olhar Singular

Reis e Pereira (2017, p. 120) destacam que cada homem experimenta o adoecimento de maneira singular. Assim, o alívio do sofrimento deve ser pensado a partir de uma abordagem individualizada, que respeite as necessidades, valores e expectativas

de cada paciente. Isso exige dos profissionais de saúde uma postura empática e aberta, capaz de acolher o homem em sua totalidade.

A singularidade do cuidado passa pela humanização das relações entre pacientes e profissionais. O homem doente, muitas vezes tratado como um número ou um diagnóstico, precisa ser visto como um sujeito integral, com uma história de vida que influencia sua maneira de enfrentar o sofrimento.

O alívio do sofrimento, nesse contexto, não se restringe à redução de sintomas, mas inclui a ressignificação da experiência de adoecimento, a reconstrução de vínculos sociais e o fortalecimento de estratégias de enfrentamento que permitam ao homem viver com mais dignidade e qualidade de vida. Essa abordagem multidimensional e humanizada é essencial para promover um cuidado mais efetivo e transformador na saúde dos homens.

Assim como Reis e Pereira (2017, p. 121) afirmam que para uma abordagem satisfatória e êxito em resultados voltados a estes pacientes, a criação de um espaço é importante, tanto para a implementação de ações como para as questões que os cercam. Sendo assim, é pertinente citar como teoria de enfermagem a enfermeira Florence Nightingale, para trabalhar com este homem com câncer de próstata com todas as suas dúvidas e indagações, e para o alívio do sofrimento, vemos em sua teoria uma abordagem holística para o cuidado ao paciente. Sua teoria de enfermagem, enfatiza a importância do ambiente no processo de cura e no alívio do sofrimento. Para Nightingale, o cuidado não deve se limitar ao tratamento da doença, mas também considerar o bem-estar físico, mental e espiritual do indivíduo.

Nightingale (in Riegel, 2021, p. 03) defendia que o ambiente exerce um papel crucial no processo de recuperação. Para aliviar o sofrimento do corpo, é essencial que o espaço em que o paciente está inserido seja propício à saúde. Isso inclui:

- Garantir um ambiente com ar fresco e circulação constante é fundamental para prevenir infecções e melhorar a qualidade do sono do paciente. O ar viciado pode agravar o sofrimento físico, enquanto a ventilação adequada contribui para o conforto e a recuperação.

- A luz natural é vista como uma aliada no processo de cura. Nightingale enfatizava que a exposição à luz pode elevar o ânimo e contribuir para a regeneração celular. Quando a luz natural não está disponível, a iluminação artificial deve ser ajustada para criar um ambiente acolhedor e calmo.

-Um ambiente limpo é essencial para prevenir infecções e reduzir o sofrimento causado por complicações secundárias. O cuidado com a limpeza do quarto, roupas de cama e objetos pessoais do paciente é indispensável.

O cuidado centrado no cliente

Os pacientes portadores de câncer de próstata, assim como todos os demais precisam de atenção às necessidades individuais, que é outro aspecto essencial da teoria de Nightingale (in RIEGEL, 2021, p. 04). Ela acreditava que cada indivíduo possui características únicas que devem ser respeitadas. Assim, para aliviar o sofrimento:

-Reconhecer e tratar a dor de forma imediata e adequada é uma prioridade. Isso pode ser feito por meio de medicamentos prescritos, mudanças na posição do corpo e técnicas complementares, como massagens ou aplicação de compressas.

-Nightingale (in RIEGEL, 2021, p. 05) destacava a importância de uma alimentação adequada e personalizada para promover a recuperação. Oferecer refeições equilibradas e ajustadas às preferências e condições do paciente contribui significativamente para aliviar o sofrimento físico.

-Proporcionar conforto físico, como uma cama ajustada, travesseiros adequados e roupas confortáveis, ajuda a minimizar o desconforto causado por doenças.

Em muitas das narrativas analisadas, vimos que os pacientes com câncer de próstata trouxeram em suas falas temáticas como medo, incertezas, espiritualidade, emocional, entre outras. Nightingale também reconhecia a conexão entre mente e corpo no alívio do sofrimento. Assim, a enfermagem deve incluir ações voltadas ao bem-estar emocional e espiritual do paciente:

-Estar presente para ouvir as preocupações e medos do paciente é uma forma de oferecer suporte emocional. Um cuidador empático e compreensivo contribui para a redução do estresse e da ansiedade.

-Sempre que possível, estimular o paciente a interagir, mesmo que de forma limitada, com familiares ou atividades simples pode reduzir o impacto psicológico da enfermidade.

-Respeitar e incentivar práticas espirituais, se desejado pelo paciente, pode oferecer conforto e esperança durante o processo de recuperação.

De Becker (2024, p. 30) define o medo como um mecanismo biológico sofisticado, que evoluiu ao longo de milênios para proteger os seres humanos contra ameaças iminentes. Segundo ele, o medo legítimo, aquele que surge em situações de perigo real, é um alerta valioso que ajuda na tomada de decisões rápidas e eficazes. Contudo, o autor distingue esse medo funcional do “medo fabricado” — um estado emocional exacerbado ou infundado, alimentado pela ansiedade, pela mídia sensacionalista ou por traumas passados.

O autor ainda argumenta que a habilidade de discernir entre esses dois tipos de medo é crucial. O medo genuíno não paralisa; ele impulsiona ações assertivas. Já o medo irracional tem o efeito contrário: drena energia, mina a confiança e perpetua ciclos de insegurança. O desafio está, portanto, em transformar a relação com o medo, aprendendo a escutá-lo de maneira consciente e seletiva.

Na obra, De Becker (2024, p. 33) descreve diversas situações em que o medo desempenhou um papel vital na sobrevivência de indivíduos em circunstâncias perigosas. Ele detalha, por exemplo, como as vítimas de crimes conseguem captar sinais sutis de perigo antes que o perigo se concretize. Esse “pressentimento”, muitas vezes ignorado ou racionalizado, é, na verdade, uma manifestação da intuição guiada pelo medo.

Nas narrativas coletadas neste estudo, podemos identificar medos que podem desempenhar papéis cruciais no desenvolvimento dos indivíduos acometidos pelo câncer de próstata, como o medo da perda identidade social, narrado por alguns dos indivíduos pesquisados, assim como medo da morte e o medo da impotência, afetando sua masculinidade.

Nesse contexto, o autor enfatiza a importância de confiar na intuição como parte do processo de transformação do medo. Para ele, o medo legítimo é um aliado poderoso que ajuda a prever e evitar situações de risco. Essa percepção, quando desenvolvida, permite que as pessoas utilizem o medo como uma ferramenta prática, e não como uma prisão emocional. Neste caso, podemos trabalhar com este medo, promovendo uma melhora no cuidado destes homens com câncer de próstata.

O autor vai além, ao propor que o medo pode ser transformado em uma fonte de autonomia e fortalecimento pessoal. Ele sugere que, ao invés de se render ao medo, é possível aprender a dialogar com ele, compreendendo suas origens e utilidades. Essa

abordagem requer autoconhecimento e a capacidade de distinguir entre medos legítimos e medos construídos socialmente (De Becker, 2024, p. 40).

Por meio de exercícios de autopercepção e da prática da atenção plena, o autor incentiva a usar o medo como uma bússola interna. O medo deixa de ser visto como um sintoma de fraqueza e passa a ser reconhecido como um recurso inato, um guia para escolhas mais conscientes e seguras. Essa pode ser uma ação que pode ser colocada em prática em intervenções de enfermagem com clientes com câncer de próstata.

Outro aspecto relevante explorado por De Becker (2024, p. 41) é a dimensão social do medo. De Becker ressalta como instituições e grupos frequentemente manipulam o medo para controlar e influenciar comportamentos. A mídia, por exemplo, amplifica perigos específicos para gerar audiências, criando uma percepção distorcida da realidade. Os pacientes, em suas narrativas, relatavam que as informações que adquiriam através de mídias sociais (instagram, youtube, facebook), em vários momentos se distorciam daquelas adquiridas nos centros de atendimento oncológico especializados. Isso passa a ser um problema na questão do acompanhamento e melhora da saúde de vida dos pacientes.

Nesse sentido, a transformação do medo envolve não apenas uma mudança individual, mas também uma conscientização coletiva. Para o autor, reconhecer essas dinâmicas permite que os indivíduos assumam uma postura mais crítica e resistam à exploração emocional promovida por narrativas externas. Essa resistência é, em si, um ato de coragem e emancipação.

4.5.3. A realidade, viver o câncer é preciso: alívio através de ações sensíveis, estéticas e solidárias.

A criação e a expansão de grupos de apoio entre pacientes permitem um espaço seguro para compartilhar experiências, reduzindo o isolamento e permitindo a troca de estratégias de enfrentamento. A educação por pares é uma alternativa para a melhor compreensão dos processos, principalmente os que envolvem a evolução da doença.

A educação em saúde não atua somente nas criações e participações de grupos, mas também no treinamento e capacitação dos profissionais que estão à frente desta atividade. Formação contínua para profissionais de saúde em competências emocionais e comunicativas garante que pacientes recebam apoio empático, ajudando a mitigar ansiedades e medos. A criação de campanhas educativas pode colaborar para a

desmistificação do câncer de próstata, abordando estigmas e tabus associados à masculinidade e à doença.

Incorporação de pesquisas contínuas sobre os impactos psicológicos a longo prazo do câncer de próstata também são elementos importantes para o fornecimento de dados para intervenções baseadas em evidências, que podem ser associadas a incentivos públicos e privados, com o objetivo de desenvolvimento de novas técnicas e soluções de suporte para este público.

A realidade de cada paciente pode ser diferente, como foi abordado neste estudo. Todos eles possuem um ponto em comum, que é aliviar ou minimizar o medo relacionado ao diagnóstico de câncer de próstata, recebendo suporte emocional, psicológico e informativo, durante todo o seu acompanhamento.

Como plano de plano de intervenção clínica de enfermagem para aliviar ou minimizar o medo proveniente do diagnóstico, através de ações que estejam ao alcance dos profissionais da unidade, temos a possibilidade, juntamente com auxílio das chefias de ambulatorios, de criar um espaço de acompanhamento de pacientes com diagnóstico de câncer de próstata, que possa lidar com as informações e anseios destes pacientes que passam por todo este processo de saúde e doença.

Estes novos ambulatorios podem receber um nome pré modelado de ***“Ambulatório do cuidar para aliviar”*** Estes ambulatorios podem estar localizados em ambiente estratégico e concentrar equipes multiprofissionais, para abordagem de diversas situações, tais como:

Avaliação Inicial

1. Identificar os principais fatores desencadeantes do medo:

- Ansiedade relacionada ao tratamento, dor, morte ou impacto na qualidade de vida.
- Medo de mudanças na imagem corporal ou função sexual.
- Preocupação com o impacto na família.

2. Avaliar a intensidade do medo utilizando escalas como a Escala Visual Analógica de Ansiedade (EVA) ou questionários padronizados.

3. Analisar a compreensão do paciente sobre o diagnóstico e tratamento:

Identificar lacunas de conhecimento que possam estar contribuindo para o medo.

Intervenções de Enfermagem

Com relação as intervenções de enfermagem, estas podem estar direcionadas ao apoio emocional, estabelecendo uma relação de confiança, promovendo um ambiente seguro para o cliente expressar suas emoções. Além disso, validar sentimentos do paciente, normalizando o medo como uma resposta natural ao diagnóstico. Estes ambulatorios também podem estimular a verbalização das preocupações específicas destes clientes, sem julgamentos.

Educação em Saúde

Algumas ações voltadas para educação em saúde podem ser realizadas nestes ambulatorios. O fornecimento de informações claras e individualizadas sobre o diagnóstico, opções de tratamento e prognóstico, utilizando linguagem simples e adaptada às necessidades do paciente, muitas das vezes são o que faltam nos ambulatorios gerais. Neste estudo vimos nas narrativas que os pacientes ainda possuem dúvidas e inseguranças, estas que podem ser sanadas nos ambulatorios ***Cuidar para aliviar***.

Também observamos nas narrativas que os pacientes anseiam muito por informações. Sendo assim, a confecção de materiais educativos visuais, como panfletos ou vídeos, pode reforçar a compreensão e elucidar muitas informações. Além disso, as explicações das etapas dos tratamentos e os cuidados necessários, de forma prévia, podem auxiliar no preparo do que estará por vir, na vida destes clientes.

Promoção do Envolvimento Familiar

A doença câncer de próstata sempre foi um tabu para muitos clientes. Os clientes que procuraram atendimento, em grande parte estavam acompanhados de seus familiares. Sendo assim os ambulatorios de ***Cuidar para aliviar*** podem encorajar a participação de familiares nas consultas e até em momentos de discussão, fornecendo apoio conjunto para estes homens. Além disso, a família pode também ser orientada de como oferecer suporte emocional e prático a estes clientes.

Técnicas de Redução de Ansiedade

Os ambulatórios podem possuir equipes treinadas, tanto em terapias regulares mas também em práticas alternativas. O ensino de técnicas de relaxamento, como respiração profunda ou mindfulness, podem ser praticadas durante momentos de estresse, para alívio de tensão proveniente do diagnóstico e dos problemas que o cercam. Outras terapias podem ser implementadas nestes espaços, como a musicoterapia, aromaterapia, yoga, sempre quando apropriado.

Encaminhamento a Recursos Especializados

Estes pacientes portadores de câncer de próstata passam por diversas situações no decorrer de seu tratamento. É bastante compreensivo que estes apresentem medo intenso ou desadaptativo, e que necessitem ser encaminhados a ambulatórios especializados dos serviços de Psicologia. Além destes serviços, o encaminhamento também pode ser realizado para grupos de apoio específicos, que podem auxiliar na promoção de troca de saberes e conhecimento entre pares.

As consultas médicas continuam regulares e sem alterações, assim como as consultas de enfermagem e seus procedimentos. Os ambulatórios de ***Cuidar para aliviar*** são uma forma dos pacientes com a doença câncer de próstata estarem ao alcance de ações sensíveis, estéticas e solidárias, para promoção e manutenção de sua saúde biológica, psicológica e social.

Não somente a criação dos ambulatórios ***Cuidar para aliviar*** são voltadas para os pacientes com câncer de próstata. Estes espaços podem ser usados para treinamento e capacitação de pessoal, qualificando os profissionais para que possam atuar não somente com pacientes com câncer de próstata, mas também com outros pacientes com doenças crônicas diversa.

Este plano deve ser adaptado à individualidade de cada paciente, respeitando suas necessidades, crenças e valores. A intervenção precoce e contínua pela equipe de enfermagem é essencial para garantir o bem-estar emocional e a adesão ao tratamento. Como podemos observar também, na construção da categoria anterior, Florence Nitghingale buscava por respeito à humanidade e justiça social, defendendo os direitos

dos pacientes em todas as suas 3 esferas. Estes ambulatorios são a intervenção eficaz para aperfeiçoar os detalhes para um melhor atendimento a clientela (Riegel, 2021, p. 05)

Outra idéia que ainda precisa ser aperfeiçoada, mas que facilitará a interação dos pacientes de qualquer ponto do país e do mundo, é a criação de um programa digital de intervenção clínica de enfermagem baseado nas teorias Nightingalianas, para o alívio do sofrimento relacionado ao diagnóstico de câncer de próstata, e pode ser fundamentada nos seguintes pilares: **ambiente terapêutico, cuidado integral, e promoção do bem-estar físico e emocional** (Riegel, 2021, p. 05).

Abaixo está uma estrutura para o programa:

Nome do Programa: *“Cuidar para Aliviar digital”*

Objetivo Geral

Promover o alívio do sofrimento físico, emocional e social de clientes diagnosticados com câncer de próstata por meio de intervenções baseadas na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

Estrutura do Programa

1. Ambiente Virtual Terapêutico

- **Interface Digital:** Um aplicativo ou site amigável com design simples e calmante (ex.: cores neutras e imagens de natureza, conforme a Teoria Ambientalista), de fácil acesso aos pacientes e profissionais.
- **Áreas do Ambiente:**
 - **Educação:** Sessões educativas sobre câncer de próstata (tratamentos, sintomas, prevenção de complicações).
 - **Autocuidado:** Orientações para o autocuidado diário baseadas no controle ambiental (ventilação, higiene e nutrição adequadas).

- **Apoio Emocional:** Espaço para relatos e reflexões, com acesso a grupos de apoio virtuais e vídeos de motivação.

2. Módulos de Intervenção Clínica

Baseado nas ideias de Nightingale (in Riegel, 2021, p. 05), o programa terá módulos interativos que orientam práticas específicas:

- **Módulo 1: Ambiente Físico Saudável**
 - Recomendações sobre iluminação, ventilação e controle de ruídos em casa.
 - Checklist diário para avaliação do ambiente do paciente.
- **Módulo 2: Higiene e Conforto**
 - Dicas de cuidados pessoais que melhoram o bem-estar físico.
 - Vídeos de demonstração de práticas de relaxamento, como banhos terapêuticos e massagens.
- **Módulo 3: Nutrição Adequada**
 - Planejamento alimentar que fortaleça o sistema imunológico e minimize desconfortos do tratamento.
 - Receitas balanceadas e monitoramento de ingestão calórica.
- **Módulo 4: Apoio Psicoemocional**
 - Exercícios de atenção plena (mindfulness) e técnicas de respiração para controle de ansiedade.
 - Agendamento de teleconsultas com enfermeiros ou psicólogos especializados.

3. Monitoramento e Registro

- Diário digital para que o paciente registre:
 - Níveis de dor.
 - Emoções diárias.

- Rotina alimentar e de autocuidado.
- Relatórios automáticos para a equipe de enfermagem analisar tendências e ajustar os cuidados.

Diferenciais do Programa

1. **Baseado na Teoria Ambientalista:** Cada intervenção considera os princípios de Florence Nightingale, como a importância de um ambiente limpo, organizado e saudável para o bem-estar do paciente. (Riegel, 2021, p. 05)
2. **Humanização do Cuidado:** Promove a conexão entre o cliente e sua equipe de saúde.
3. **Foco Multidimensional:** Integra aspectos físicos, emocionais e sociais.

Para desenvolvimento do programa, alguns pontos específicos precisam ainda serem definidos. A construção do aplicativo deve auxiliar tanto pacientes como profissionais da saúde que trabalhem com pacientes com câncer de próstata. Sendo assim, algumas construções iniciais precisam ser alinhadas para que o aplicativo rode sem problemas:

1. **Objetivo Específico:** Criação de um aplicativo/ site/ conteúdo digital;
2. **Público-Alvo:** Avaliar a adesão não somente para pacientes com câncer de próstata, mas para outras clínicas. Quais profissionais podem ter acesso a este sistema?
3. **Recursos Disponíveis:**
 - Necessário uma equipe técnica para desenvolvimento de software.
 - Orientação para construção em plataformas prontas ou aplicativos customizáveis.
4. **Detalhamento:**
 - Inserção de **conteúdo clínico**, como protocolos de cuidado e materiais de apoio, além de foco na parte técnica, para acesso de outros profissionais de saúde.

Com essas informações, podemos deixar pré estruturado a futura criação de protótipos de wireframes, redação de conteúdo específico e intervenções baseados nas teorias Nightingelianas.

CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos foram atingidos, uma vez que conseguimos captar nas narrativas dos homens com câncer de próstata, o que eram fragilidades/fortalezas, que contribuíram com nossas ações de cuidar. Além disso, conseguimos identificar nas narrativas, o que pode ser organizado como fortalezas, fraquezas, medos e/ou emoções, que contribuíram para estes estudo e futuramente para a enfermagem, em suas propostas de cuidar.

Além disso, foram organizados dados produzidos sobre o que é estar com câncer de próstata, onde houve intervenção a partir dos termos surgidos nas narrativas. Também foi apresentado um plano de intervenção clínica de enfermagem para aliviar ou minimizar o medo proveniente do diagnóstico. Este plano recebeu o nome fictício de ***“Cuidar para aliviar”***, ambulatorios que podem estar localizados em ambiente estratégico e concentrar equipes multiprofissionais, para abordagem de diversas situações, como apoio psicológico, terapêutico, escuta ativa e para realização de práticas alternativas.

Juntamente com o ambulatório ***Cuidar para aliviar***, também foi introduzida a proposta do aplicativo digital ***“Cuidar para Aliviar digital”***, com o objetivo de promover o alívio do sofrimento físico, emocional e social de pacientes diagnosticados com câncer de próstata por meio de intervenções baseadas na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, de modo totalmente digital, através de aplicativo ou plataforma. Esta intervenção ainda é um projeto piloto, que pode ser aplicado no Pós doutorado.

Foi uma tese sem dúvida difícil devido a estarmos em um mundo cheio de estigmas e preconceitos, além da estrutura física da unidade, que prejudicou um pouco a captação das narrativas, mas que profissionalmente estiveram sempre prontos a auxiliar no que puderam. Esta pesquisa nos leva a refletir que o medo é desencadeado pela doença, provocando todo tipo de sentimentos e emoções.

Pode-se perceber que esta tese prorroga a estes pesquisadores uma continuidade de estudos, para que não somente clientes com câncer de próstata possam ser beneficiados destas ações, mas outros públicos-alvo. De fato, podemos afirmar que este trabalho abre diversas portas para um ensino e pesquisa de qualidade, com os beneficiários principais, os clientes, tendo seu bem-estar biopsicossocial sempre atualizados e acompanhados.

Um estudo bastante relevante, e que requer mais tempo para aprofundamento tecnológico e implementação do aplicativo digital, que abrirá portas para outras equipes atuarem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. 5ª edição. São Paulo. Editora Martins Fontes, 2007.
- ALBUQUERQUE, G. A., LEITE, M. F., BELÉM, J. M., NUNES, J. F. C., OLIVEIRA, M.A., ADAMI, F. *O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde*. Esc Anna Nery Rev. Enferm. 2014 [citado 25 Set 2015];18(4):607-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0607.pdf>
- ASTUDILLO, M. N. M., et al. *Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa Rosa de Cabal, 2010*. Hacia La Promoción de La salud. Vol 16. N. 2. Julio-diciembre, 2011.
- ARAÚJO, J. S. et al. *As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata*. Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental online. Vol. 5. N.2. Abril-Junho. 2013
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70. 2015.
- BELINELO, R. G. S. et al. *Screening examination for prostate cancer: men's experience*. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, [s.l.], v. 18, n. 4, p.697-704, 2014.
- BEZERRA JUNIOR, B. C.; AMARANTE, P.; ADLER, E.; COSTA, J. F. Algumas reflexões sobre um projeto alternativo em psicoterapia. Cadernos de Psiquiatria Social (impresso), Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 11-14, 2001
- BEZERRA JUNIOR, B. C. Corpo, metáfora e construção da experiência subjetiva. Cadernos de Subjetividade (PUCSP) (impresso), São Paulo, v. 5, n.2 p. 285 a 296, 1997.
- CUNHA, A. G., Dicionário etimológico da língua portuguesa. Rio de Janeiro. Editora Lexikon. 2012. 744 p.
- DE BECKER, G. A virtude do medo. Ed. Sextante, Rio de Janeiro. Tradução: Débora Landsberg. 2024. 352 p.
- BRANDÃO, C. R. *O que é educação popular*. São Paulo: Brasiliense, 2012.
- 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- Sistemas de informações ambulatoriais*. 21 edição. 135p. Setembro de 2015.
- COSTA, T. B. MOURA, V. F. *O significado do toque da próstata para o homem: enfermeiro na promoção da saúde*. Journal of Research Fundamental Care online. v. 5, n. 4, Rio de Janeiro, 2013.

- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol.I. São Paulo: Ed.34, 1995.

- DELUMEAU, J. A história do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada. São Paulo. Companhia das letras, 1989.

- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

- FREUD, S. inibição, sintoma e medo-Ensaio bibliográfico de Paulo Endo e Edson Sousa. Porto Alegre, RS. Editora L&PM. 2020. 176 p.

- _____. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

- GOMES, R. et al. *Corpos masculinos no campo da saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 1, p.165-172, jan. 2014.

- GREEN, M. A. Os mitos celtas- um guia para deuses e lendas antigas. Ed. Vozes. Petrópolis, RJ. 2022. 208 p.

- INCA. Instituto Nacional do Câncer. Informativo Vigilância do Câncer no Brasil n.7: Perfil de assistência oncológica no Brasil entre 2012 e 2016. Disponível em http://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/informativo-vigilancia-do-cancer-n7-2020_0.pdf. Acesso em 20/06/2023

- LIMA, B. et al. Os meios alternativos de comunicação como ferramenta para prevenção do câncer de próstata. Revista Enfermagem UERJ. Vol. 22. N. 5. Rio de Janeiro, 2014.

- LOWEN, A. Medo da vida: caminhos da realização pessoal pela vitória sobre o medo. São Paulo. Sumus, 1986.

- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

- MACHIN, R. et al. *Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária*. Ciência & Saúde Coletiva. V. 16. Nº. 11. Recife, 2011.

- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. *Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.
- Caminhos do Pensamento: epistemologia e método [livro eletrônico]. / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MIRA Y LOPES, Emilio- Quatro gigantes da alma- o medo, a ira, o amor, o dever. Editora: Edijur. 2021, São Paulo. 320 p.
- MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya ; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. – 2. ed. – São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2000.
- MORIN, E. O método 1: a natureza da natureza. Porto Alegre. Editora Sulina. 2001. 477 p.
- MORIN, E. O método 2: a vida da vida. Porto Alegre. Editora Sulina. 2001. 527 p.
- MORIN, E. O método 3: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre. Editora Sulina. 2001. 286 p.
- MORIN, E. O método 4: as ideias: habitat, vida, costumes e organização. Porto Alegre. Editora Sulina. 2001. 319 p.
- MORIN, E. O método 5: a humanidade da humanidade- A identidade humana. Porto Alegre. Editora Sulina. 2001. 309 p.
- MORIN, E. O método 6: a ética. Porto Alegre. Editora Sulina. 2001. 224 p.
- MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. 5ed. Tradução de Elaine Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- MOSCHETA, M. S. SANTOS, M. A. *Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa de literatura*. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 17, N. 5. Março, 2012.
- OLIVEIRA, P. M. P. et al. *Conhecimento dos trabalhadores sobre o câncer de próstata: estudo descritivo-exploratória*. Online Brazilian Journal of Nursing. Vol. 11. N. 1. Rio de Janeiro. Abril, 2012.
- PAIVA, E. P.; Motta M. C. S., GRIEP, R. H. *Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata*. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19:1. [citado em 02 nov 2012] Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- PEIXOTO, L. S.; T, Cláudia Mara de Melo. *A Teoria da dialogicidade de Paulo Freire na perspectiva da preceptoria em enfermagem: uma reflexão teórica*. In:

SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17, 2013, Natal.

- PINHEIRO, Thiago Félix. A Abordagem à sexualidade masculina na atenção primária a saúde: possibilidades e limites. 2010. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Cap. 1.
- RAMOS, L. G. A. Consulta de Enfermagem com homens que vivem com câncer de próstata: autocuidado na perspectiva da dialogicidade. 2018. 103 f. Dissertação-Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde-PACCS. Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.
- REIS, A. S.; PEREIRA, A. Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados. Rio de Janeiro: Ed. Águia Dourada. 2017.
- RIEGEL, Fernando *et al.* Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 74, n. 2, p. 1-5, 2021. Mensal. FapUNIFESP (SciELO). Acesso em 16 de Novembro de 2024.
- SOUZA, L. M., SILVA, M. P., PINHEIRO, I. S. *Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas*. Revista Gaúcha de enfermagem. Vol. 32. N. 1. Porto Alegre, Março 2011.
- SOLOMON, R. C. The cross-cultural comparison of emotion. In: _____. Emotions in sian Thought. Albany: State of University of New York Press, 1995.
- TEIXEIRA, D. B. S., CRUZ, S. P. L. *Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde*. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 32, n. 4, dec. 2016. ISSN 1561-2961. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985/209>>. Acesso em: 01 Jan. 2018.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 7ª edição. Editora São Paulo: Cortez; 1996.
- THIOLLENT, M.; *et al.* *What is Participatory Health Research?* Internacional Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR). Berlim: International Collaboration for Collaboration for Participatory Health Research, 2013.
- KASTRUP, V., PASSOS, E., ESCÓSSIA, L. *Pistas do modo da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*- Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 p.
- Araujo LF, Terra AT Jr, Sares CTG, Sobreira CFR, Faria EF, Machado RD, Rodrigues AA Jr, Muglia VF, Silva WA Jr, Reis RB. Mitochondrial genome

analysis in penile carcinoma. Mol Biol Rep. 2018 Aug;45(4):591-600. doi: 10.1007/s11033-018-4197-5. Epub 2018 Jun 12. PMID: 29948632.

ANEXOS

ANEXO A- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CRONOGRAMA	1º semestr e de 2022	2º semestr e de 2022	1º semestr e de 2023	2º semestr e de 2023	1º semestr e 2024	2º semestr e de 2024	1º semestr e 2025
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	
Envio ao Comitê de Ética em Pesquisa			X	X	X		
Seleção dos participantes					X	X	
Construção de artigos científicos	X	X	X	X	X	X	X
Envio dos artigos para publicação		X	X	X	X	X	X
Coleta de dados					X	X	
Análise dos dados					X	X	
Qualificação				X			
Confecção de ajustes da Tese					X	X	X
Defesa da Tese							X

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo para participante adulto)

A SAÚDE DO HOMEM DESMISTIFICADA-DESCONSTRUINDO MEDOS SURGIDOS NO CÂNCER DE PRÓSTATA: COMPREENDENDO FRAGILIDADES E REAFIRMANDO FORTALEZAS

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição e teve diagnóstico ou suspeita de um tipo de câncer chamado câncer de próstata. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta pesquisa investiga a fragilidade masculina diante do comprometimento causado pelas sequelas oriundas do câncer de próstata, compreendendo as necessidades do indivíduo homem perante o seu papel na sociedade e criando mecanismos que os ajude a lidar com suas fraquezas. Serão realizadas perguntas abertas, para que você, participante da pesquisa, possa nos responder sobre seus medos diante desta doença e ao longo de seu tratamento. Durante as entrevistas, você poderá nos falar dos principais medos que lhe afligem ao longo de seu tratamento nesta unidade. As informações coletadas serão

analisadas, e será construído um trabalho que vise auxiliar os homens a entenderem melhor estes problemas, auxiliando assim pacientes de diversas áreas, em diversos atendimentos. As entrevistas terão um tempo de 20 a 30 minutos, sem atrapalhar a rotina de consultas dos pacientes. Estas serão realizadas dentro dos consultórios do próprio serviço, garantindo assim a descrição na coleta, além do ambiente reservado.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa. O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e o tratamento para esse tipo de câncer beneficiem outros pacientes.

RISCOS

Não existem riscos físicos adicionais a você pela sua participação nesta pesquisa. É importante que você entenda que nenhum procedimento médico será realizado e nenhuma amostra de sangue ou de tumor será coletada. Você apenas responderá a uma entrevista sobre as fragilidades masculinas diante do comprometimento causado pelo câncer de próstata. Caso você se sinta desconfortável durante a entrevista, constrangido com alguma pergunta realizada, eu como pesquisador, me comprometo a encerrar a entrevista e seus dados não serão compartilhados em nenhum momento. Os dados coletados durante a pesquisa serão guardados com senhas e somente eu, o pesquisador, terei acesso. Caso, durante a coleta de dados, você tenha algum desconforto físico, psíquico, moral, intelectual, ou espiritual, encaminharemos você ao serviço de atendimento de psicologia do HC1 ofertado no Instituto Nacional do Câncer-HC1, que ocorre na própria unidade e que presta apoio ao paciente, durante toda a sua permanência, diariamente.

CUSTOS

Se você concordar com o uso das informações do seu prontuário como descrito acima, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa. Você não pagará por qualquer procedimento, medicação em estudo ou teste exigido como parte desta pesquisa. Não haverá gastos financeiros por parte do participante da pesquisa, uma vez que a coleta dos dados será realizada na própria unidade onde são realizadas as consultas de acompanhamento clínico, durante o período em que o paciente/participante aguarda o chamado da referida consulta. Além disso, com o consentimento do participante, este pesquisador exime-o de gastos com locomoção, em situações que, para complementação de dados para o estudo, o deslocamento será realizado pelo pesquisador até o domicílio do participante, ou por contato telefônico/vídeo chamada.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento desta pesquisa, e que necessite de atendimento médico, de enfermagem ou psicológico ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação nesta pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu

consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AO RESULTADOS DA PESQUISA

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o(a) Luciano Godinho Almuinha Ramos no telefone (21) **987921533** de 07 ÀS 15hs. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende Nº128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

GARANTIAS DE INDENIZAÇÃO

O participante terá garantido o direito de solicitar indenização por meio das vias judiciais, de acordo com o Código civil, Lei 10.406 de 2002, artigos 927 a 954; resolução CNS nº 466, de 2012, inciso IV.3.h; e Resolução CNS nº 510, de 2016, artigo 9º, inciso VI.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico durante o atendimento nesse hospital. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ Nome e Assinatura do participante	_____ Data
_____ Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	_____ Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

/ /

LUCIANO GODINHO ALMUINHA RAMOS

Data

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A SAÚDE DO HOMEM DESMISTIFICADA-DESCONSTRUINDO MEDOS SURTIDOS NO Câncer de Próstata: Compreendendo Fragilidades e Reafirmando Fortalezas.

Pesquisador: LUCIANO GODINHO ALMUNHA RAMOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71250123.3.0000.5285

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Biociências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.329.209

Apresentação do Projeto:

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

"Estudo realizado através de uma pesquisa para o Doutorado, realizada no Instituto Nacional do Câncer, com homens que realizam as consultas no ambulatório de próstata, da mesma instituição. Com essas considerações que envolvem tema e problemas, entendemos que o objeto de estudo é o homem com câncer de próstata e a necessidade de compreender seus medos e desafios durante o tratamento, para desmistificar as questões de pesquisa da seguinte forma: Como captar nas normativas dos homens seus medos e desafios, sinalizados como problemas de seu viver? E como desmistificar signos e significados relativos a sua saúde, diante do câncer de próstata?"

"Metodologia Proposta:

O método qualitativo ancorado na Cartografia, que é uma pesquisa-intervenção, e produção de subjetividade.

Critério de Inclusão:

Homens, acima de 18 anos, diagnosticados com câncer de próstata, frequentadores do ambulatório do Instituto.

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 6.329.209

Critério de Exclusão:

Homens, com outras patologias urológicas, com idade inferior a 40 anos."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Destacar em suas normativas sobre ser homem doente as fragilidades e fortalezas de seus corpos, considerando o que é subjetivo, objetivo e cultural;

Objetivo Secundário:

- Identificar como eles convivem com o câncer de próstata e que elementos destacam como de interesse para eles e para a enfermagem, quando do atendimento; - Organizar nos dados, com a produção de temas que envolvem o que é objetivo e subjetivo, expressados por eles como problemas de saúde; - Repensar a educação em saúde, propondo uma nova ordem que reconstrua o que está dito com atenção para a tridimensionalidade- corpo físico, emocional e espiritual."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o diagnóstico e o tratamento para esse tipo de câncer beneficiem outros pacientes.

RISCOS

Não existem riscos físicos adicionais a você pela sua participação nesta pesquisa. É importante que você entenda que nenhum procedimento médico será realizado e nenhuma amostra de sangue ou de tumor será coletada. Você apenas responderá a uma entrevista sobre as fragilidades masculinas diante do comprometimento causado pelo câncer de próstata. Caso você se sinta desconfortável durante a entrevista, constrangido com alguma pergunta realizada, eu como pesquisador, me comprometo a encerrar a entrevista e seus dados não serão compartilhados em nenhum momento. Os dados coletados durante a pesquisa serão guardados com senhas e somente eu, o pesquisador, terei acesso. Caso, durante a coleta de dados, você tenha algum desconforto físico, psíquico, moral, intelectual, ou espiritual, encaminharemos você aos serviços ofertados no Instituto Nacional

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 6.329.209

do Câncer-HC1, serviços estes que ocorrem na própria unidade e que prestam apoio ao paciente, durante toda a sua permanência, diariamente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da apreciação da segunda versão do protocolo de pesquisa. As pendências apontadas em parecer consubstanciado anterior foram plenamente atendidas pelos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados na segunda versão: Projeto detalhado com ajustes, Novo TCLE, Cronograma atualizado, Carta de atendimento às pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2133074.pdf	07/09/2023 14:43:29		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_atendimento_a_pendencia.docx	07/09/2023 14:39:40	LUCIANO GODINHO ALMUIHA RAMOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	07/09/2023 14:35:18	LUCIANO GODINHO ALMUIHA RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.doc	07/09/2023 14:34:14	LUCIANO GODINHO ALMUIHA RAMOS	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.329.209

Ausência	TCLE.doc	07/09/2023 14:34:14	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	06/07/2023 10:22:59	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Outros	Compromissopesquisadorfinal.pdf	06/07/2023 10:20:24	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INCA.pdf	06/07/2023 10:18:45	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5.pdf	06/07/2023 10:15:29	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4.pdf	06/07/2023 10:15:03	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	3.pdf	06/07/2023 10:14:12	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2.pdf	06/07/2023 10:13:39	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Declaração de concordância	1.pdf	06/07/2023 10:12:39	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetodoutoradoLuciano.docx	06/07/2023 10:04:52	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoLucianoGodinho.pdf	06/07/2023 10:03:29	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Setembro de 2023

Assinado por:
ANDRESSA TEOLI NUNCIARONI FERNANDES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A SAÚDE DO HOMEM DESMISTIFICADA-DESCONSTRUINDO MEDOS SURTIDOS NO CÂNCER DE PRÓSTATA: COMPREENDENDO FRAGILIDADES E REAFIRMANDO FORTALEZAS.

Pesquisador: LUCIANO GODINHO ALMUIHA RAMOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71250123.3.3001.5274

Instituição Proponente: Instituto Nacional do Câncer

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.606.141

Apresentação do Projeto:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.553.402, de 04/12/2023.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.553.402, de 04/12/2023.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.553.402, de 04/12/2023.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.553.402, de 04/12/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Recomendações:

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.553.402, de 04/12/2023 (arquivo <RespostaparecerINCA.docx>):

1- Corrigidos os preenchimentos ausentes do formulário de submissão (inseridos a finalidade da pesquisa, natureza da pesquisa, nome e assinatura do orientador, e Assinatura do

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.606.141

serviço de psicologia, que se encontra ao final da folha número 2, assinado pela psicóloga Alessandra Gonçalves de Sousa;

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2- Atualizado o cronograma de atividades;

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3- Foi atualizado o texto, conforme solicitado pelas adequações do TCLE, suprimido “serviços” e inserido “pelo serviço de psicologia do HC1”. Além disso, atendido o item 3.2, explicando o tempo estimado para entrevistas(entre 20 e 30 minutos, sem atrapalhar a rotina dos pacientes, além da realização das entrevistas nos próprios consultórios do serviço.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram respondidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2221764.pdf	02/01/2024 18:22:13		Aceito
Outros	RespostaparecerINCA.docx	02/01/2024 18:21:44	LUCIANO GODINHO ALMUIHA RAMOS	Aceito
Outros	Novoformulariosubmissaoinca.pdf	02/01/2024 18:20:48	LUCIANO GODINHO ALMUIHA RAMOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAalterado.docx	02/01/2024 18:16:18	LUCIANO GODINHO ALMUIHA RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEmodificado.doc	02/01/2024 18:15:16	LUCIANO GODINHO ALMUIHA RAMOS	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 6.606.141

Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.doc	02/01/2024 18:15:16	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	07/09/2023 14:34:14	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.docx	06/07/2023 10:22:59	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Outros	Compromissopesquisadorfinal.pdf	06/07/2023 10:20:24	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetodoutoradoLuciano.docx	06/07/2023 10:04:52	LUCIANO GODINHO ALMUIINHA RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Janeiro de 2024

Assinado por:

Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa
(Coordenador(a))

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br

ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE PERGUNTAS PARA NARRATIVAS DO
ESTUDO

1-O QUE É ESTAR DOENTE PARA VOCÊ?

2- O QUE É TER CÂNCER PARA VOCÊ?

3- COMO VOCÊ VIVE COM O CÂNCER DE PRÓSTATA?

4-VOCÊ TEM ALGUM SENTIMENTO SOBRE SUA DOENÇA?