UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JEFERSON SANTOS ARAÚJO

A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades

RIBEIRÃO PRETO

2016

JEFERSON SANTOS ARAÚJO

A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades

Tese apresenta à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Fontão Zago.

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Araújo, Jeferson Santos

A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades. Ribeirão Preto, 2016.

192 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Márcia Maria Fontão Zago

1. Antropologia Médica. 2. Neoplasias da Próstata. 3. Masculinidade.
4. Enfermagem Oncológica. 5. Pesquisa Qualitativa.

ARAÚJO, Jeferson Santos

A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades

Tese apresenta à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto
com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Fontão
Zago.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Dedico esta pesquisa aos
meus amores, **Lais, Raul e Dilamar**,
pela paciência, carinho e dedicação que
tanto me incentivaram nos momentos difíceis.

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro do Conselho
Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)
por meio do Projeto 161735/2012-6.

Agradecimentos

Aprendi ao longo de minha estória que a tese de doutorado é um processo de formação que se apresenta longe de coroar a maturidade intelectual do seu portador, vivo em uma geração em que está é uma condição primária para engatinhar os primeiros passos na área acadêmica. Portanto, ao rememorar minha trajetória até aqui, como aprendiz de etnógrafo, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me auxiliaram tecer sentidos das minhas experiências e a chegar nos significados de muitos momentos de minha existência.

Em primeiro lugar **ao filho de Deus e toda sua família**, que desde o meu discernimento do certo e do errado me permitiram interpretar os seus ensinamentos e a compreender os seus passos no qual devo seguir. Em seguida, aos **meus queridos pais**, que me deram o bem mais precioso da vida, o amor. Sem eles jamais teria me transformado na pessoa que me tornei. Para completar o quarteto dos Araújo, agradeço **ao meu irmão** pelo apoio e incentivo à realização deste sonho.

Tecendo um olhar generoso ao montó histórico de minha formação, ofereço esta tese também em agradecimento aos ensinamentos que recebi e aos muitos que encontrei neste caminho. Aos professores **Silvio Eder e Mary Elizabeth** pela amizade, ensino e palavras incentivadoras. A **todos os amigos**, mais diretamente aqueles que estiveram presentes nesta última etapa da minha formação como os prezados **Vander, Rafaela e Anna Cláudia** que em tantos momentos dividimos sorrisos e angústias de pós-graduandos. Ao **CNPQ** pelo estímulo material que possibilitou com que eu me dedicasse exclusivamente a este trabalho ao longo dos anos.

Em especial, sou mais que grato a **Márcia Maria Fontão Zago** que soube generosamente, por meio de suas orientações, observar minhas limitações e me ajudar a transforma-las em potencialidades. Soube me conduzir com maestria entre os redemoinhos da pesquisa qualitativa, dando sempre um grande exemplo profissional. Com a Zago, aprendi a ser um aprendiz da antropologia, a buscar os sentidos e a interpretar os seus significados, a ter alteridade, reflexividade e a saber ouvir, ver e registrar, habilidades que me fizeram compreender que o mundo social é tão vasto e interessante, justamente por ser cultural. Esta tese é pouca para lhe agradecer devidamente, acredito que minhas ações futuras enquanto

reprodutor dos seus ensinamentos sejam a maior prova de agradecimento que posso lhe dar ao seu esforço, carinho, incentivo e confiança.

As doutoras **Lucila Castanheira Nascimento e Regina Lima** pela leitura do material e contribuições pontuadas durante o exame de qualificação, as quais contribuíram significativamente para o formato final desta tese. Em particular agradeço a doutora **Lucila** pelo fraterno acolhimento tutorial e ensinamentos durante minha vivência como aluno do PAE. Aos **amigos do grupo de estudo em antropologia**, pelas experiências compartilhadas, que muito contribuíram para minha formação e reflexão neste estudo.

Ao Doutor **Rodolfo Borges dos Reis** pelo apoio e incentivo inicial para a realização deste estudo. Também a todos os **funcionários do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto e da EERP-USP** pela disponibilidade e colaboração dedicados durante meu doutoramento.

Por fim, não poderia deixar de agradecer aos **personagens deste estudo** que para além do seu anonimato me disseram “sim” frente ao seus medos e incertezas em expor suas experiências. Agradeço imensamente a todos estes contadores de histórias que me permitiram refletir como pesquisador e a eles como homens adoecidos, seus sentimentos e suas identidades. Sem esses homens esse trabalho não seria possível. Por meio deste texto expresso um grande desejo de dias melhores em suas vidas.

Ninguém é só homem. Sempre tem algo mais: negro, norueguês, falante de francês, cadeirante, árabe, ateu, proletariado, esquerdista, morador de uma tribo, etc. E tudo isso influi como nos percebemos e somos percebidos enquanto homens. As masculinidades podem ser emancipadoras ou opressoras. A emancipadora promove as diferenças, pois não devemos delegar a representação de nossas masculinidades a terceiros, principalmente aqueles que não nos representam. Definir masculinidade é pegar um homem como modelo e desprezar todos os outros. E ser homem não é só um conceito abstrato, mas é minha identidade como indivíduo.

André Vinícius
(Comentário sobre o texto “A masculinidade não é algo a se definir”)

RESUMO

ARAÚJO, J.S.A. **A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades**. 2016. 192f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

O câncer de próstata (CP) é a neoplasia maligna mais incidente entre os homens brasileiros, principalmente na região sudeste do país, depois do câncer de pele não melanoma. Os sinais, sintomas e tratamentos da doença afetam o adoecido gerando momentos de sofrimentos, medos e incertezas diante do seu prognóstico. Esta pesquisa teve como objetivo interpretar os significados atribuídos à experiência dos homens adoecidos com o CP, seus tratamentos e complicações com base na concepção antropológica de masculinidades. Para atingir este propósito um estudo qualitativo foi realizado e adotado o método da etnografia narrativa e o referencial teórico da Antropologia Médica e das Masculinidades. Participaram do estudo 17 homens diagnosticados com CP em seguimento terapêutico em um hospital universitário localizado no interior do estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada de forma individualizada com cada participante por meio de entrevistas em profundidade e observação do contexto de pesquisa, sendo estas registradas em diário de campo, realizada nas dependências do complexo hospitalar e nos lugares em que os participantes julgavam propícios para conversar sobre sua experiência. A captação dos dados ocorreu entre o período de março de 2013 a março de 2016. Foram construídas sínteses narrativas individuais e em seguida sínteses narrativas coletivas para melhor compreender as experiências narradas. Em seguida, os enredos foram submetidos a análise temática indutiva e os aspectos semelhantes e particulares das narrativas foram integrados e apresentados sob forma de duas sínteses narrativas temáticas, denominadas: **Enredos corporificados do câncer de próstata: normas, conflitos e descobertas**, onde são apresentadas crenças, costumes e valores atribuídos ao corpo do homem na sociedade e em sua cultura, as normas hegemônicas que regem à sua forma de lidar com o seu itinerário terapêutico, transformando o seu corpo um lócus de agência e objeto de sentidos durante o adoecimento, os quais nos permitiram atribuir a esta síntese o significado de corporeidade; e **Masculinidades resignadas em tempos de crise: como nos vemos, enfrentamos e seguimos no nosso mundo social** que aborda as transformações ocorridas sob o corpo social e biológico apresentados pelo homem por meio da perda da identidade masculina hegemônica e adoção de outras masculinas, onde o homem que era forte, potente e viril deu lugar para o homem dependente, fraco e isolado que lida com

as adversidades da doença e com o seu agenciamento por meio da resignação do seu corpo e de suas práticas. Assim, esta síntese narrativa temática teve por significado a transição de identidade. Os sentidos destas experiências foram discutidos com o auxílio de conceitos da antropologia e suas interpretações que nos permitiram explicar compreensivamente que a cultura influencia diretamente na forma como o homem lida com o CP e suas masculinidades durante o adoecimento. Destacamos a importância do enfermeiro apreender a experiência do adoecido, numa perspectiva ampla que relaciona o homem, suas masculinidades, sua cultura e seus significados.

Descritores: Antropologia Médica; Neoplasias da Próstata; Masculinidade; Enfermagem Oncológica; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

ARAÚJO, J.S.A. **The experience of men with prostate cancer from the perspective of the anthropology of masculinities.** 2016. 192p. Thesis (Doctoral) –Ribeirão Preto Nursing School, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2016.

After non-melanoma skin cancer, prostate cancer (PC) is the most malignant neoplasms incident among Brazilian men, mainly in the South-East region of Brazil. The signs, symptoms and disease treatment affect the patients generating moments of suffering, fear and doubt about his prognosis. The aim of this research was to interpret the meaning attributed to experience of the patients (men) with PC, their treatments and complications based on anthropological perspective of masculinities. To achieve research objectives it was used qualitative study supported by method of the ethnographic narrative and Medical Anthropology and Masculinities Theories. This study had the participation of 17 men diagnosed with PC under therapeutic follow-up in the university hospital located on the countryside of São Paulo state. The data collection was individual with each participant through deep interviews and observations of the research context. The information was registered in a field diary in the hospital and others appropriate locals suggested by participants to talk about their experience. The data were obtained in the period from March 2013 to March 2016. Both individual narratives syntheses and in the sequence collective narratives syntheses were built to achieve the best comprehension of the experience told by patients. After this step the stories were analyzed under inductive thematic and similar and specific aspects were integrated and presented by two thematic narrative syntheses denominated: **Embodied narrative of the prostate cancer: rules, conflicts and discovery** which present beliefs, custom and values attributed to man's body in the society and his culture as well as hegemonic rules that guide his way to handle with therapeutic itinerary, turning his body into a locus of agency and object of sense during the process of the disease that allowed us to attribute to this synthesis the meaning of embodiment; **Masculinities resigned in the crisis period: how see ourselves, how to face and act in our social world** that approaches the transformation occurred in the body in social and biological terms presented by man through of his loss of the hegemonic masculinity identity and adoption of others masculinities; the change from strong, potent and virile man to dependent, weak and alone one that deals with disease adversity and its agency through his resignation with the body and practices. Thus, this thematic narrative synthesis had as meaning the transition of

identity. The senses of these experiences were discussed under concepts of the anthropology and its interpretations that allowed us to explain comprehensively that the culture influences directly the manner that the man handles with PC and his masculinity during the process of disease. We underline the importance of the nurses apprehend experience of the patients under wide perspective that include the man, his masculinities, culture and its meanings.

Descriptors: Medical Anthropology; Prostate Neoplasms; Masculinity; Oncology Nursing; Qualitative Research.

RESUMEN

ARAÚJO, J.S.A. **La experiencia de los hombres con cáncer de próstata desde la perspectiva de la antropología de las masculinidades**. 2016. 192h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Después del cáncer de piel no melanoma, el cáncer de próstata (CP) es la neoplasia maligna más incidente entre los hombres brasileños, principalmente en la región sureste del país. Los signos, síntomas y tratamientos de la enfermedad afectan al paciente produciendo momentos de sufrimiento, miedo e incertidumbre de su pronóstico. El objetivo de esta pesquisa fue interpretar los significados atribuidos a la experiencia de los hombres enfermos con CP, sus tratamientos y complicaciones basado en la concepción antropológica de las masculinidades. Para lograr la propuesta se llevó a cabo el estudio cualitativo apoyado en el método de la etnografía narrativa y del referencial teórico de la Antropología Médica y de la Masculinidad. El estudio contó con la participación de 17 hombres que presentaron el diagnóstico con CP en seguimiento terapéutico, en el hospital universitario ubicado en el interior del Estado de São Paulo. La coleta de datos se realizó de una manera individual con cada participante por medio de las entrevistas con profundidad y observación del contexto de la pesquisa que fue registrado en el diario del campo y realizado en el hospital y en los locales apropiados sugeridos por los pacientes para compartir sus experiencias. Las informaciones fueron obtenidas en el periodo de marzo 2013 hasta marzo 2016. Las síntesis narrativas individuales fueron construidas, así como en la secuencia, las síntesis narrativas colectivas para mejor comprensión de las experiencias narradas. Enseguida los enredos fueron enviados para análisis temático inductivo y los aspectos similares y particulares de las narrativas fueron integrados y presentados a través de dos síntesis narrativas temáticas: **Enredos corporeizados del cáncer de próstata: normas, conflictos y descubiertas** en los cuales son presentados las creencias, costumbres y valores atribuidos al cuerpo del hombre en la sociedad y en su cultura, las normas hegemónicas que conducen su manera de manejar con el itinerario terapéutico, transmutando su cuerpo en locus de agencia y objeto de sentidos durante la enfermedad, los cuales permitieron a nosotros atribuir a la síntesis el significado de corporeidad; **Masculinidades rechazadas en el período de crisis: cómo miramos a nosotros, enfrentamos y seguimos adelante en nuestro mundo social**. Esta síntesis aborda las transformaciones ocurridas en el cuerpo social y biológico presentado por el hombre debido a su pérdida de identidad masculina hegemónica y adopción de otras formas

masculinas; el hombre que fue fuerte, potente y viril pasa a ser un hombre dependiente, frágil y aislado que gestiona con las adversidades de la enfermedad con su agencia por medio de la resignación de su cuerpo y de sus prácticas. Delante de eso, esta síntesis narrativa temática tuvo como significado la transición de identidad. Los sentidos de esta experiencia fueron discutidos con base en el concepto de la antropología y sus interpretaciones que nos permitieron aclarar de manera comprensiva que la cultura influencia directamente en el modo como el hombre maneja el CP y sus masculinidades durante la enfermedad. Destacamos la importancia de los enfermeros entender la experiencia del enfermo en una perspectiva amplia que incluye el hombre, sus masculinidades, su cultura y sus significados.

Descriptores: Antropología Medica; Neoplasia de la Próstata; Masculinidad; Enfermería Oncológica; Pesquisa Cualitativa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estadiamento do CP segundo o sistema de classificação TNM.....	32
Tabela 2 -	Caracterização dos participantes com base nos atributos sociais e de pesquisa. Ribeirão Preto – SP, 2016.....	100
Tabela 3 -	Caracterização dos participantes com base nos atributos clínicos. Ribeirão Preto – SP, 2016.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Escore internacional de sintomas prostáticos.....	29
Quadro 2 -	Principais prescrições de enfermagem para CP na fase ambulatorial, pré-operatória e pós-operatória.....	38
Quadro 3 -	Descrição dos estudos analisados, período de 2008 à 2014. Ribeirão Preto, SP, 2015.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Localização da próstata segundo Salvajoli, Souhami e Faria (2013).....	27
Figura 2 -	Fluxograma da operacionalização da meta-síntese segundo os sete passos propostos pela <i>Cochrane Handbook</i> . Ribeirão Preto, SP, 2015.....	45
Figura 3 -	Fluxo – Síntese do processo metodológico adotado.....	73

LISTA DE SIGLAS

AN	Anorgasmia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERPA	Cervejaria Paraense
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
CP	Câncer de Próstata
DE	Disfunção Erétil
EC	Ervas caseiras
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GERPCO	Grupo de Estudo da Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos e Oncológicos
HCFMRP	Hospital de Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IC	Informante Chave
IDS	Inibição do Desejo Sexual
IG	Informante Geral
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
IU	Incontinência Urinária
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line</i>
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNCCP	Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata
PR	Prostatectomia Radical
PSA	Antígeno Prostático Específico
RAD	Radioterapia
RTU	Ressecção Transuretral da Próstata
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SPTCP	Seguimento Pós-tratamento de Câncer Prostático
TNM	Tumor, Linfonodo e Metástase
USTR	Ultrassonografia Transretal

SUMÁRIO

1 Introdução	25
1.1 Aspectos gerais do câncer de próstata	26
1.2 O homem com câncer de próstata e seu direito à saúde: itinerário de cuidados do enfermeiro	35
1.3 Síntese do conhecimento produzido sobre o homem com câncer de próstata e sua associação com as masculinidades	43
2 Justificativa	54
3 Objetivo	56
3.1 Geral	57
3.2 Específicos	57
4 Referencial teórico e metodológico	58
4.1 Teorizando a antropologia médica e das masculinidades no âmbito da cultura	59
4.2 Referenciando a abordagem metodológica no âmbito da etnografia narrativa	67
5 Operacionalização da pesquisa	74
5.1 Considerações éticas	75
6 Resultados e discussão	80
6.1 Da instituição hospitalar aos cenários masculinos: o processo da pesquisa e os contornos etnográficos	81
6.2 Os participantes e suas características sociais e clínicas	98
6.3 Sínteses Narrativas Temáticas	104
6.3.1 Síntese Narrativa Temática 1 - Enredos corporificados do câncer de próstata: normas, conflitos e descobertas	111
6.3.2 Síntese Narrativa Temática 2 – Masculinidades resignadas em tempos de crise: como nos vemos, enfrentamos e seguimos no nosso mundo social	128
7 Considerações finais	159
8 Referências	164
Apêndices	186
Anexos	190

*Depois que tive essa
doença, comecei a
refletir sobre várias
coisas da vida e acabei
percebendo que o
homem quando está
doente fica parecido
com a mulher nas coisas
que faz, a diferença é
que o homem tem saco e
a mulher tem ovário, o
resto é tudo igual. A
sociedade no final exige
do homem doente a
mesma coisa que exige
da mulher normal, nesse
momento eles se
igualam.*

*Eu acho que você pode
ser homem e fazer tudo
que uma mulher faz. Sou
contra esse machismo,
pois quando o cara está
doente não tem
machismo nenhum que
salve a vida dele, ele
aprende que tudo muda,
não tem jeito!*

*Gostaria muito de ter
um futuro para poder
ficar melhor, mas acho
que não tem mais nada
pra mim no futuro não!
Só quero mesmo estar
como eu estou e não
mudar mais em nada.*

Tony

Apresentação

Como discente do curso de graduação de Enfermagem, ainda no primeiro ano letivo, tive a oportunidade de participar como bolsista de iniciação científica do projeto intitulado “A qualidade da saúde do idoso portador de câncer de cabeça e pescoço, segundo a satisfação do usuário da rede básica em Belém do Pará”. Tratava-se de um estudo que investigava como os idosos adoecidos pelo câncer de cabeça e pescoço percebiam o processo saúde e doença em suas vidas. Este trabalho permitiu que eu realizasse visitas domiciliares a essa população e gerasse uma publicação (CONCEIÇÃO *et al.*, 2012a). Identifiquei que os idosos reconheciam o câncer como um passo para o fim de suas vidas, pois se tratava de uma doença que tinha uma evolução muito rápida e extremamente debilitante. Comecei então, a nutrir interesse pela oncologia. Inicialmente, chamou-me atenção as crenças que os idosos atribuíam ao câncer, bem como as dificuldades que enfrentavam para estabelecer práticas de saúde. Frente a esta experiência, comecei a indagar: já que o câncer é uma doença construída através de crenças pelos idosos, quais as ações que eles empregam, dentro de suas crenças para lidar com os tratamentos e as complicações da doença?

Participei também como bolsista de outra iniciação científica, por meio do projeto “Estudo retrospectivo sobre câncer gástrico no hospital Ophir Loyola no período de 1989 a 2009”. Inicialmente, este projeto visava investigar os fatores de risco descritos em prontuários médicos que estivessem relacionados ao surgimento e desenvolvimento do câncer gástrico e, posteriormente, com esses dados realizava visitas domiciliares aos adoecidos para tentar examinar a fundo as informações contidas nos prontuários, levando em consideração as crenças, hábitos e padrões de consumo relacionados ao estilo de vida dos sujeitos. Observei que as crenças e hábitos que os adoecidos reproduziam nos seus dia a dia, ingerindo alimentos ricos em sódio, gorduras, e também a não adesão ao tratamento médico e o uso de ervas e chás, típicos de algumas comunidades amazônicas, apontavam como alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer gástrico. Neste contexto, compreendi que a cultura exerce uma forte influência na maneira como o adoecido pelo câncer pensa e age sobre os cuidados com a sua saúde. Com esta experiência, reuni informações na tentativa de responder ao questionamento levantado anteriormente, entretanto, o que consegui foi somente agregar conhecimento e gerar uma nova indagação: já que o câncer é uma doença que recebe forte influência cultural, como a cultura influencia nas ações que os adoecidos empregam para lidar com os tratamentos e as complicações do câncer?

Ao término de minha graduação, as oportunidades, a princípio, guiaram-me por outro caminho que me distanciaram da busca por resposta aos meus questionamentos. Realizei o Curso de Enfermagem do Trabalho e adquiri o título de Enfermeiro do trabalho; logo em

seguida fui convidado a atuar como Enfermeiro do trabalho em uma fábrica de Cervejaria Paraense (CERPA). A empresa destinava-se à produção de bebidas alcoólicas e tinha mais de 350 funcionários, todos do sexo masculino, os quais eram atendidos com frequência no ambulatório de medicina do trabalho, que ali funcionava sobre minha tutela. Durante algumas consultas, percebi que a maioria dos funcionários não apresentava exames anuais de saúde, item indispensável a todos os celetistas daquele local de trabalho. Comecei então, uma pesquisa informal, interna, em busca dos motivos que afastavam os homens dos cuidados médicos. As respostas foram bem diversas, como “falta de tempo, não ser necessário, estar vendendo saúde, não sentir nada e não ser obrigado a fazer exames”, são as que mais se destacaram. Essas respostas instigaram vários questionamentos: 1) Por que os homens negligenciam as práticas de saúde?; 2) O que os leva a reprodução de crenças de que são seres invulneráveis?; 3) Por que esse homem que trabalha, age de forma diferente quanto às suas práticas de saúde em relação aos homens idosos adoecidos com câncer que acompanhei durante minha iniciação científica?.

As respostas a esses questionamentos careceriam de tempo e dedicação, algo que não tinha naquele momento; enquanto isso, não desarticulei meu foco de estudo a priori e continuei investigando sobre o câncer. Colaborei com os estudos que envolviam o adoecido em contextos, como no câncer ginecológico, de mama feminina, de pênis, cuidados paliativos em adulto, cuidados paliativos na criança e também sobre o tratamento de quimioterapia, o que resultaram as seguintes publicações: SILVA *et al.*, 2014; VASCONCELOS *et al.*, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2012a e CONCEIÇÃO *et al.*, 2012b. Todavia, o estudo que me auxiliou a aproximar de uma das vertentes de investigação da minha tese foi “As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata” (ARAÚJO *et al.*, 2013), do qual participei no processo de coleta, análise e redação do texto.

A pesquisa proporcionou a junção de dois polos de conhecimento do meu interesse, a oncologia e a saúde do homem. Fiquei então instigado a conhecer como a cultura influenciava nas ações que os homens adoecidos empregavam para lidar com os tratamentos e as complicações do câncer de próstata.

Para um melhor entendimento sobre os motivos que me impulsionaram a buscar respostas a esse questionamento em um estudo antropológico, acredito ser fundamental tecer um breve comentário. A maioria das vertentes da oncologia anteriormente citadas e que tive oportunidade de desenvolver, foram produzidas sobre a lente da teoria das representações sociais, uma teoria reproduzida no foco da psicologia social. Na minha perspectiva, esta lente restringia o meu olhar a outros sistemas que estavam relacionados ao fenômeno estudado e,

assim, não me possibilitava conhecer a realidade dos meus participantes sobre uma outra vertente que levasse em consideração suas crenças, seus símbolos e suas práticas. Logo, não era possível fazer uma fusão de horizontes, entre meus valores na qualidade de enfermeiro com estudos sobre o câncer com as experiências dos pacientes. As representações sociais me forneciam o posicionamento dos entrevistados em um dado momento; era como se tirasse uma fotografia do fato e indagasse a opinião do sujeito sobre aquilo. Isso me deixou insatisfeito em relação ao conhecimento produzido pelo estudo, pois queria entender não somente **o que** estava acontecendo, mas sim o **como** e **porquê** as coisas aconteciam, algo que as representações sociais não me possibilitavam responder naquele momento com as objetivações e ancoragens, pois focavam as ideias sobre um dado acontecimento e não na **experiência**. Com um pouco mais de amadurecimento e com o auxílio de várias leituras sobre a pesquisa antropológica, percebi que o que eu buscava era o **sentido** que aqueles adoecidos atribuíam a aquela experiência dentro do seu contexto cultural e não a opinião, pois somente através desse sentido eu poderia interpretá-los em **significados**, os quais levassem em conta o ser homem adoecido dentro do seu contexto cultural.

Por conseguinte, decidi então continuar com a minha formação acadêmica e buscar respostas aos meus questionamentos. Em 2012 mudei-me para Ribeirão Preto e fui aprovado no Curso de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental - nível Doutorado Direto; realizei o curso de especialização em Enfermagem em Oncologia e somei conhecimentos sobre o câncer; inseri-me no Grupo de Estudo da Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos e Oncológicos (GERPCO), onde participei de discussões sobre o câncer, saúde do homem, método etnográfico, narrativas, antropologia médica e das masculinidades, que foram fundamentais para a construção desta tese.

Tendo em vista o caráter epidemiológico do câncer de próstata (descrito nos tópicos seguintes do estudo), os questionamentos que tenho levantado em relação à saúde do homem e seus significados, justifico o desenvolvimento deste estudo na busca de subsídios/meios/dados para tentar compreender a experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades e, por tratar de uma tese de doutorado as evidências, a experiência compartilhada junto aos participantes e as reflexividades serão apresentadas ao longo deste trabalho. Demonstraremos que a cultura influencia no modo de pensar e agir do homem em relação à sua masculinidade frente à sua experiência com câncer de próstata.

*Em pouco tempo ela
condena a pessoa e gera
muito sofrimento e
sequela. O sofrimento
muitas vezes é de quem
cuida também, porque a
gente vira um inútil
dependendo dos outros.*

*O câncer deixa a gente
incapacitado de levar
uma vida normal, de ser
homem, pai,
companheiro e marido.
Se eu pudesse escolher
preferiria mil vezes
continuar cego do que
ter câncer de próstata.*

*Gostaria muito que
minha próstata
funcionasse para que eu
voltasse a ter uma vida
normal, isso aumentaria
minha felicidade e
também minha macheza.*

*Um dia alguém vai
encontrar a cura pra
esse mal que dá no
homem. Mas, enquanto
isso não ocorre, só resta
aceitar o que a vida faz
com a gente.*

Alexandre

1 Introdução

1.1 Aspectos gerais do câncer de próstata

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula é transformada por mutação genética. Esta célula forma um clone e se prolifera e de maneira anormal pelo corpo do indivíduo, adquirindo características invasivas, podendo se infiltrar em tecidos circunvizinhos e ganhar acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, e atingir outras regiões do corpo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014).

Milhares de homens são acometidos por esse processo todos os anos em todo mundo e, devido à sua alta incidência e aos sinais e sintomas serem muitas vezes ambíguos, o que dificulta o tratamento precoce, o câncer apresenta-se como uma das patologias de maiores desafios para a medicina atual; configurando-se como um dos responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os homens, superando até as doenças cardiovasculares em muitos países (WENGER; OLIFFE, 2013).

Segundo dados da *American Cancer Society*, estimou-se que em 2014, nos Estados Unidos ocorreram um total de 1.665.540 casos novos de câncer e 585.720 mortes pela doença. Para os homens foram previstos 855.220 casos novos e 310.010 mortes. O câncer de próstata (CP) possivelmente foi responsável por 233.000 adoecidos e levou à morte 29.480 homens (SIEGEL *et al.*, 2015).

Estimativas do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) apontam que, para o ano de 2016 e 2017, os cânceres masculinos de maior incidência no Brasil serão os da próstata, com risco estimado de 61.200 (28,6%) casos novos para cada 100 mil habitantes, seguido do de traqueia, brônquio e pulmão, com cerca de 17.330 (8,1%) casos. A taxa de incidência do CP é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (BRASIL, 2016).

Entre as regiões brasileiras, em ordem decrescente, as regiões com maiores perspectivas de casos novos encontram-se a sudeste com 25.800/100.000 habitantes, nordeste com cerca 14.290/100.000 habitantes, região sul com 13.590/100.000 habitantes, centro oeste com 5.050/100.000 habitantes, acompanhada da região norte com 2.470/100.000 habitantes. Dentre os casos da região sudeste, o estado de São Paulo apresenta a maior estimativa de incidência da doença com 12.730 casos novos e destes, 5.120 só na capital (BRASIL, 2016).

Quanto à próstata, trata-se de uma glândula endócrina e exclusiva do sistema reprodutor masculino que produz, acumula e secreta uma substância clara, levemente alcalina (pH 7,29), e que é química e fisiologicamente necessária para o bom desenvolvimento dos

espermatozoides; o citrato (principal nutriente produzido pela próstata para alimentar os espermatozoides) relaciona-se diretamente com a formação do fluido seminal, que devido à sua alcalinidade ajuda a neutralizar a acidez do trato vaginal, prolongando o tempo de vida dos espermatozoides (TONON; SCHOFFEN, 2009).

Na definição de Salvajoli, Souhami e Faria (2013), a próstata localiza-se abaixo do colo da bexiga, circunda a uretra e atravessa o ducto ejaculatório; tem a forma de um cone invertido, com base superior, adjacente ao assoalho vesical, e ápice póstero-inferior à sínfise púbica. Tem aproximadamente o tamanho de uma ameixa, é um órgão sólido e pesa aproximadamente 20 gramas no indivíduo adulto. Anatomicamente é subdividida em ápice, base, face anterior e duas bases ínfero-laterais (**Figura 1**).

Fonte: Adaptado do Google Imagens

Figura 1: Localização da próstata segundo Salvajoli, Souhami e Faria (2013).

A próstata cresce durante toda a vida do homem, mas é na adolescência que ela ganha maior destaque devido ao aumento da produção dos hormônios. A velocidade de crescimento pode variar de uma pessoa para outra e em muitos casos, por fatores não bem esclarecidos, a próstata cresce mais rapidamente; em outros, o aumento é mais lento e após os 40 anos, esse crescimento torna-se mais acelerado (JÚNIOR; FILHO; REIS, 2010; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2013). As principais doenças que atingem a próstata e alteram seu crescimento são a hiperplasia prostática benigna, a prostatite e o CP.

O CP tem seu aparecimento quando as células passam a se dividir e multiplicar de forma desordenada, transformando-se assim em um tumor que pode se desenvolver e se disseminar para outros órgãos do corpo através do processo de metástase. Para uma grande parcela dos adoecidos, o tumor cresce de forma lenta, que não apresenta uma ameaça imediata

à saúde do homem, podendo levar por volta de 15 anos ou mais para atingir 1 cm³, sendo este crescimento devido à proliferação das células no epitélio glandular (PEATE, 2007; NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2014).

Hoff (2013) esclarece que o crescimento e manutenção deste epitélio é regulado pelas dosagens de vitamina D e testosterona. A vitamina D inibe a proliferação celular enquanto que a testosterona a estimula, dessa forma, a testosterona difunde-se nas células do epitélio e ativa os elementos de resposta de genes alvos do DNA, que por consequência, promovem a proliferação celular e devido a alterações genéticas inicia-se a neoplasia prostática.

Quando a massa tumoral cresce desordenadamente e atinge um volume entre 60 a 100 gramas, devido à sua localização estratégica, ela acaba estrangulando a uretra pela compressão direta do canal, dificultando a passagem da urina e outros fluídos, podendo gerar alterações no funcionamento do sistema renal (BRASIL, 2002; REIS; FILHO; SIMÕES, 2012).

No Brasil, 60% a 70% dos portadores da doença são diagnosticados quando a mesma já se encontra disseminada. De acordo com o projeto “Diretrizes para o Tratamento do Câncer de Próstata”, publicado pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) (DALL’OGLIO, 2011), o fato do aumento da próstata não provocar dor e os sinais e sintomas não serem exclusivos da neoplasia prostática, dificulta o seu reconhecimento inicial. Os problemas que alteram o fluxo urinário, reconhecidos como sintomas obstrutivos (dificuldade em iniciar a micção, jato mais fino, fraco, curto e, por vezes, interrompido, gotejo terminal e esforço para urinar) ou aos sintomas derivantes de repercussões negativas do fluxo urinário anormal sobre a bexiga que são reconhecidos como sintomas irritativos (necessidade de urinar com mais frequência, levantar-se várias vezes de noite para urinar, sentir urgência em urinar e ter perdas de urina) são os que levam à suspeita da doença.

Outras características clínicas, embora menos frequente, são observadas, como: o sangramento retal decorrente de invasão retal, hemospermia em pacientes acima de 50 anos, dor óssea e fraturas patológicas, comprometimento linfonodal que pode gerar edema da genitália externa e dos membros inferiores nos casos avançados, além de fraqueza, distúrbios esfínterianos urinários e retais podem ser indicativos da neoplasia (RHODEN; AVERBECK, 2010).

A presença dos sinais e sintomas são importantes marcadores que auxiliam os profissionais na tomada de suas decisões terapêuticas. Assim, Heidenreich e colaboradores (2013), autores das Diretrizes Europeias para o CP, referência para a SBU, recomendam a

utilização do escore internacional de sintomas prostáticos (**quadro 1**), a fim de determinar o grau de severidade dos sintomas nos casos de hiperplasias benignas.

Quadro 1: Escore internacional de sintomas prostáticos.

	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos da metade das vezes	Metade das vezes	Mais da metade das vezes	Quase sempre
1. Quantas vezes ficou a sensação de não esvaziar totalmente a bexiga?	0	1	2	3	4	5
2. Quantas vezes teve de urinar novamente menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
3. Quantas vezes observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
4. Quantas vezes observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
5. Quantas vezes observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
6. Quantas vezes teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
7. Quantas vezes, em média, teve de se levantar à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5
Escore total dos sintomas						
Escore total						

Fonte: PEATE (2007)

A interpretação do escore leva em conta três categorias: leve: 0 a 7; moderada: 8 a 19 e severa: 20 ou mais. As sete questões refletem a intensidade dos sintomas urinários indicativos de neoplasia presentes no último mês. Porém, somente esta avaliação não se configura como uma ferramenta fidedigna para a promoção do diagnóstico, pois existem diversos fatores que podem alterar o volume prostático e causar a mesma sintomatologia (HEIDENREICH *et al.*, 2013; NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2014).

O enfermeiro deve relacionar esses escores com a história clínica do paciente, como uma forma de avaliação inicial, por apresentar sintomas sugestivos de CP. Se for identificado morbidades agregadas que promovem anormalidades no esvaziamento da bexiga, pode se

descartar possíveis suspeitas, como: hidronefrose e insuficiência renal pós-renal, bem como litíase vesical e infecções urinárias de repetição (PEATE, 2007; SILVA *et al.*, 2012b).

Entre os fatores etiológicos, Leitzmann e Rohrmann (2012) reconhecem que as causas para o CP são desconhecidas e os riscos para o seu desenvolvimento incluem fatores como raça, idade avançada e história familiar, dos quais nenhum se apresenta como fator modificável. Outros fatores também influenciam o aparecimento do CP, como: estilos de vida e comportamentos específicos, dentre estes destacam-se: tabagismo, estilos de vida sedentários, ingestão de alimentos ricos em gorduras, leite, carne vermelha, etilismo e realização de vasectomia (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEAO, 2011).

Para Bostwick e colaboradores (2004), a relação entre a neoplasia prostática e a idade avançada apresenta-se como um importante marcador de risco, pois tanto sua incidência quanto à sua mortalidade aumenta exponencialmente após os 50 anos. O histórico familiar com a presença do pai ou irmão com a doença antes dos 60 anos de idade é outro marcador relevante, podendo aumentar o risco de contração da doença em 3 a 10 vezes em relação à população em geral, e podendo refletir tanto características herdadas quanto estilos de vida compartilhados entre os membros da família (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2013).

Na descrição de Hoff (2013), o CP é representado por relevantes componentes genéticos e familiares e pelas suas características fenotípicas pode ser classificado em esporádico, familiar e hereditário. Os esporádicos representam 85% das ocorrências e se caracterizam por acometer indivíduos com história familiar negativa. Os familiares são definidos assim por seu acometimento de um ou mais familiares afetados pela doença; o hereditário é característico em somente 9% dos adoecidos e para ser classificado como tal necessita da presença de três ou mais familiares acometidos, sendo necessária a constância desta condição em três gerações sucessivas ou, no mínimo, dois familiares diagnosticados antes dos 55 anos.

A maioria dos CP são multifocais e heterogênicos, portanto, a melhor forma de preveni-los é realizar sua detecção precocemente. Segundo as recomendações das Diretrizes Europeias para tratamento do CP (HEIDENREICH *et al.*, 2013), para se determinar o diagnóstico da doença é recomendado a realização da associação dos seguintes exames: digital transretal da próstata (toque), antígeno prostático específico (PSA) e a biópsia por ultrassonografia transretal (USTR), sendo a alteração dos dois primeiros exames indicativos da doença e o terceiro, devido ao seu alto grau de precisão e diferenciação, é confirmatório.

O rastreamento do CP começa na maioria dos países do mundo a partir dos 40 anos de idade, pelo toque retal. Este tipo de exame tem uma sensibilidade de cerca de 60% na

detecção de tumores da próstata; consiste na avaliação de diversos aspectos como tamanho, forma, consistência (rigidez), sensibilidade, dor, incômodo ou tônus do esfíncter anal. Os resultados são comparados com a apresentação da próstata no seu estado normal, que é fibroelástica. Na situação de tumor, a próstata apresenta-se firme ou endurecida. O exame deve ser feito mesmo quando não aparecem sintomas sugestivos (GOMES *et al.*, 2008; JÚNIOR; FILHO; REIS, 2010; HOFF, 2013).

Em caso positivo ou negativo da detecção do CP pelo exame digital transretal, a SBU recomenda a realização do exame de PSA. O PSA é uma glicoproteína que compõe o sêmen produzido pela próstata. Trata-se de um exame de sangue que dosa essa glicoproteína por cada milímetro (ml) sanguíneo (HARTT, 2013). Quando o resultado da amostra apresenta-se acima dos valores de normalidade (2,5 ng/ml para homens entre 40 e 50 anos e 4,0 ng/ml para homens entre 50 e 60 anos), torna-se sugestivo de alterações celulares na glândula. Os valores do PSA, apesar do seu alto grau de sensibilidade (70 a 90%), não são totalmente exatos; em um quarto dos adoecidos que realizam o exame, o valor do PSA é menor do que 4 ng/ml. Entretanto, é um dos exames diagnosticados com maior poder de detecção da doença. Dessa forma, pacientes com toque retal alterado e PSA maior que 4 ng/ml, ou ambos, devem ser submetidos ao exame de biópsia do material prostático a fim de se confirmar o diagnóstico (DALL'OGGIO, 2011; RHODEN; AVERBECK, 2010).

A USTR auxilia no processo de punção para biópsia com agulha. É indicada para a caracterização do tamanho do tumor, sua localização, grau e padrão de crescimento, assimetria prostática e na detecção de irregularidade ou ruptura capsular. A biópsia, por sua vez, caracteriza-se pela retirada de amostra de tecidos de várias partes da próstata para confirmar a presença da neoplasia e saber em que estado ela se encontra. Sua realização é recomendada sempre que for confirmada uma irregularidade, como presença do toque retal com nódulos ou zonas endurecidas e PSA superior a 10 ng/ml (TEMPLETON, 2007; HEIDENREICH, *et al.*, 2013).

Após o diagnóstico de confirmação da neoplasia, dá-se início ao processo de verificação do estadiamento do tumor para averiguar se este já se espalhou para outras regiões do corpo, ou seja, entrou em processo de metástase ou não. O estadiamento é uma classificação do CP baseado principalmente no sistema Tumor, Linfonodo e Metástase (TNM) descrito na **tabela 1**, e no escore de Gleason que tem o papel de correlacionar a extensão da doença. Ambos são obtidos pela análise do material prostático colhido após biópsia ou prostatectomia (procedimento que será apresentado posteriormente) (PEATE, 2007; REIS; FILHO; SIMÕES, 2012).

Tabela 1: Estadiamento do CP segundo o sistema de classificação TNM.**T - Tumor Primário**

TX - O tumor primário não pode ser avaliado

T0 - Não há evidência de tumor primário

T1 - Tumor não diagnosticado clinicamente, não palpável ou visível por meio de exame de imagem

- T1a - Achado histológico incidental em 5% ou menos de tecido ressecado
- T1b - Achado histológico incidental em mais de 5% de tecido ressecado
- T1c - Tumor identificado por biópsia por agulha (p.ex., devido a PSA* elevado)

T2 Tumor confinado à próstata

- T2a Tumor que envolve uma metade de um dos lobos ou menos
- T2b Tumor que envolve mais da metade de um dos lobos, mas não ambos os lobos
- T2c Tumor que envolve ambos os lobos

T3 Tumor que se estende através da cápsula prostática

- T3a Extensão extracapsular (uni ou bilateral)
- T3b Tumor que invade vesícula(s) seminal(ais)

T4 Tumor está fixo ou invade outras estruturas adjacentes, que não as vesículas seminais: colo vesical, esfíncter externo, reto, músculos elevadores do ânus, ou parede pélvica

N - Linfonodos Regionais

NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 Ausência de metástase em linfonodo regional

N1 Metástase em linfonodo regional

M - Metástase à Distância

MX A presença de metástase à distância não pode ser avaliada

M0 Ausência de metástase à distância

M1 Metástase à distância

M1a Linfonodo(s) não regional(ais)

M1b Osso(s)

M1c Outra(s) localização(ões)

Fonte: Reis, Filho e Simões (2012)

A SBU afirma que pelo sistema TNM é possível esclarecer que os cânceres no estágio T1 e T2 são encontrados exclusivamente na próstata, enquanto que os estágios T3 e T4 encontram-se disseminados a outros órgãos. O escore de Gleason varia de 2 a 10, e é classificado da seguinte forma: 2 a 4: tumores bem diferenciados; 5 e 6: tumores moderadamente diferenciados e de 7 a 10: tumores pouco diferenciados ou indiferenciados (DALL'OGGIO, 2011).

Frente à avaliação do estágio do tumor e suas características histológicas pode-se dividir a neoplasia em tumor localizado e tumor disseminado. Heidenreich e colaboradores (2011) afirmam que a escolha do tratamento para qualquer uma das formas do tumor deve ser baseada nos seguintes indicadores: nível de classificação TNM; pontuação de Gleason, definida pelo número adequado de biópsias (pelo menos 12); valores absolutos do PSA; idade do paciente; a expectativa e qualidade de vida do paciente e escore internacional de sintomas prostáticos.

O tratamento para o CP depende do estadiamento da doença e do grau histológico. Ele é raramente curável quando se encontra infiltrado na gordura periprostática, nas vesículas seminais, linfonodos pélvicos ou quando disseminado para outras localidades. Todavia, é bastante efetivo quando é detectado precocemente e encontra-se localizado (MCANINCH; LUE, 2014). Atualmente, as principais modalidades de tratamento para o CP incluem a observação, o ato cirúrgico de retirada do tumor, a radioterapia e a hormonioterapia. Esses procedimentos podem ser aplicados isoladamente ou em conjunto.

A observação ou acompanhamento é a opção de tratamento quando o tumor não se desenvolve de forma agressiva, quando não ocasiona nem um mal estar e não se faz necessária adoção de nenhuma terapia. O profissional acompanha o paciente pelos resultados de exames periódicos de PSA para verificar o desenvolvimento do tumor. É indicado para os adoecidos que apresentam idade avançada e neoplasia com características de crescimento lento (DALL'OGGIO; CRIPPA; SROUGI, 2013).

O procedimento de retirada da próstata, prostatectomia, é indicado para os tumores em fase inicial localizados exclusivamente na próstata e que ainda não apresentam características de migração para outros órgãos, identificados como tumores localizados (JÚNIOR; FILHO; REIS, 2010).

Messaoudi e colaboradores (2011) alertam que as complicações mais comuns da prostatectomia incluem incontinência urinária, possibilidade de impotência e a morbidade associada à anestesia geral e ao procedimento de grande porte. Além disso, também pode causar a incontinência fecal, variando a incidência de acordo com o método cirúrgico.

A radioterapia é indicada nos casos no qual o paciente não apresenta condições clínicas para submeter-se ao procedimento cirúrgico ou tenha negado participar do mesmo; caracteriza-se pela exposição da massa tumoral a fortes raios de radiação e esta radiação acaba modificando o material genético da célula, exterminando as células neoplásicas (PEATE, 2007).

Dall'Oglio, Crippa e Srougi (2013) destacam que este procedimento pode resultar em cistite, proctite e enterite crônica. A morbidade pode ser reduzida com o uso de técnicas radioterápicas mais modernas, como a braquioterapia temporária e permanente, entretanto, efeitos secundários como: contusões localizadas, tumefacção, hemorragia, descarga ou desconforto na região receptora dos raios podem estar presentes em todos os casos.

A opção do bloqueio hormonal, hormonioterapia, é o tipo de tratamento que possibilita bloquear a quantidade de hormônios masculinos que aceleram o crescimento da neoplasia, dessa forma, possibilita a estagnação do tumor (TEMPLETON, 2007). Esta terapêutica é

instituída para os adoecidos em estágio avançado da doença, ou seja, que apresentam metástase linfonodal ou óssea. Suas consequências variam desde o aparecimento de disfunções sexuais até o desequilíbrio de alguns caracteres sexuais masculinos, como pelos faciais, hipertrofia muscular, calvície e espermatogênese (MCANINCH; LUE, 2014).

Ng e colaboradores (2012) destacam que o tumor prostático é um tumor hormônio dependente, assim sendo, a testosterona é o hormônio masculino que estimula o seu crescimento. Neste sentido, quanto maior o índice desse hormônio no homem, maior será o desenvolvimento do tumor; por causa dessa característica, a maioria dos tratamentos indicados para o CP visa reduzir o efeito desse hormônio.

Todavia, por causa da sua localização e função, todos os tratamentos para o CP (com excesso da vigilância) geralmente resultam em efeitos colaterais desagradáveis, como as disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual, declínio no número de ereções, diminuição da eficácia da estimulação sexual para produção de ereção e disfunção erétil (DE)), incontinência urinária, redução do pênis e infertilidade (GANNON *et al.*, 2010).

A disfunção sexual, uma das principais intercorrências do tratamento do CP, é entendida como a falta de capacidade do indivíduo em participar do ato sexual de modo satisfatório para si mesmo; estão relacionadas com uma ou mais fases do ciclo da resposta sexual: desejo, excitação ou orgasmo (CORMIE *et al.*, 2013).

Shaughnessy e colaboradores (2013) apontam que esta disfunção atinge de 33 a 98% dos homens diagnosticados com CP em todo o mundo, e que cerca de 60 a 90% vivenciam a perda de libido, 68% passam pelo encurtamento do pênis e 64 a 87% tem o orgasmo alterado.

Segundo Srougi e Paranhos (2007), as disfunções sexuais são apresentadas sobre quatro vertentes: disfunção por falta, caracterizada pela DE (falta de ereção), pela inibição do desejo sexual (falta de libido sexual) e pela anorgasmia (ausência de orgasmo); disfunção por excesso, exemplificada pelo impulso sexual excessivo; disfunção por desconforto, representada pela ejaculação precoce e; disfunção por dor, ou seja, a presença de dispareunia provocada por algum mecanismo relacionado à função sexual. A principal vertente da disfunção sexual adquirida pelos tratamentos do CP é a disfunção por falta (CORMIE *et al.*, 2013).

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina objetivamente demonstrável que apresente repercussão social, acarretando problemas de saúde adicionais e, por conseguinte, impactando negativamente a qualidade de vida levando a diversos problemas psicossociais, como a perda da autoestima e isolamento social (AVARES *et al.*, 2011; FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2011).

Na ausência do diagnóstico de CP, a IU ocorre normalmente em 10% da população masculina acima dos 60 anos. Porém, este número se multiplica após a cirurgia para o CP quando cerca de 5 a 40% apresentam esta complicações (FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2011).

1.2 O homem com câncer de próstata e seu direito à saúde: itinerário de cuidados do enfermeiro

O homem com CP enfrenta diversas barreiras para manutenção de sua saúde, dentre as quais se destacam a não busca dos serviços de saúde para a identificação precoce da doença (DAZIO, SONOBE, ZAGO, 2009), as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a falta de informações na efetivação dos seus direitos. Dessa forma, causa ônus para a condição física, emocional e social.

O direito aqui discutido faz menção ao direito à saúde, entendido, neste contexto, como um conjunto de normas jurídicas que disciplinam as atividades do poder público, destinadas a ordenar a proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2008a); apresenta-se como um conjunto de leis aplicáveis às atividades cujo objetivo se traduz na restauração e preservação da saúde humana, prevenindo assim sua degradação.

Estudos abordando o direito à saúde do homem com câncer são escassos e concentram-se na discussão do direito à saúde de forma geral, não especificando as particularidades do gênero masculino e nem do homem acometido pelo câncer. Entretanto, o homem com câncer, assim como qualquer outro sujeito acometido por qualquer patologia, também deve gozar de direito à saúde e ter acesso gratuito a um conjunto de ações que promovam a promoção, proteção e recuperação da sua saúde (GOMES *et al.*, 2012; BRASIL, 2008a)

Um dos caminhos para se chegar ao direito à saúde do homem com câncer apresenta-se na reflexão sobre os acontecimentos políticos que culminaram na seguridade legal específica da população masculina brasileira por meio da instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (PNCCP) em 2001 e da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2008 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008b).

A PNCCP estabelece ações que apontam a proteção legal do homem com câncer nos seguintes aspectos: 1) desenvolvimento de campanhas institucionais nos meios de comunicação, com mensagens sobre o que é o câncer de próstata e suas formas de prevenção; 2) firmar parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, colocando-se à disposição da população masculina, acima de quarenta anos, exames para a prevenção ao câncer de próstata e 3) estabelecer parcerias com universidades, sociedades civis organizadas e sindicatos, organizando-se debates e palestras sobre a doença e as formas de combate e prevenção ao câncer (BRASIL, 2001).

Com o lançamento da PNAISH, houve a inserção legal do homem aos serviços de prevenção e promoção à saúde oncológica e outros agravos, estando alinhada à Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) implementada em 2005 (BRASIL, 2005). A PNAISH estabelece ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias que acometem o homem, indo além do câncer de próstata apontado na PNCCP.

Esta política apresenta-se contra a visão dominante do homem, do ser forte, que não cuida de si e não adoece. Dessa forma a PNAISH buscou romper com preceitos do paradigma da masculinidade paternalista (CONNELL, 2005), reconhecendo o homem como um sujeito de direitos, e que assim como os demais, também necessita de acesso a ações e serviços de saúde, porém, mantendo o princípio da equidade.

Juridicamente, os homens acometidos pelo câncer não estão à margem de seus direitos, pois houve um avanço das políticas ao longo dos tempos, as quais trouxeram garantias e possibilitaram sua inclusão nesse cenário. Entretanto, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) defendem que é cada vez mais raro encontrar os homens nas unidades de atenção básica defendendo seus direitos. Pesquisadores como Connell (2005), Gomes e colaboradores (2011) creditam a esta realidade o comportamento de defesa do estereótipo sociocultural de masculinidade que o homem assume.

Durante a construção e reafirmação de sua identidade masculina frente à sociedade, muitos homens assumem comportamentos de riscos à saúde e não procuram pelos serviços de saúde, que interferem na efetivação dos seus direitos. Estes comportamentos vislumbram o lúdico do ser forte, reprodutor, viril e bravo, não cabendo neste leque de possibilidades características consideradas femininas, como o cuidado com a saúde (CONNELL, 2005). É justamente durante esta construção do estereótipo masculino que os homens definem a forma como usam e percebem seus corpos, assumindo um modelo de masculinidade idealizado pelo

meio social e compartilhado entre seus membros, que não dão espaço para a procura dos programas de assistência (BRASIL, 2005; CONNELL, 2005; SILVA *et al.*, 2012c).

Cecil, Caughan e Parahoo (2010) defendem que o CP causa fragilidades ao corpo, a qual os homens não reconhecem como inerentes à sua condição de vida. Por isso, muitos se julgam intocáveis, não sendo passíveis ao adoecimento, expondo-se assim a condições de risco e de vulnerabilidade.

Acreditamos que o sistema de saúde enfrenta barreiras para efetivar os direitos à saúde do homem com câncer, e precisa enfrentá-los, mas para que isso ocorra, a cultura masculina precisa ser compreendida e levada em consideração no entorno das discussões políticas públicas voltadas ao gênero.

O PNCCP e o PNAISH são os únicos programas de saúde voltados especificamente ao homem com câncer, sendo que em ambos há a descrição de atividades recomendadas para estabelecer a inclusão dos homens nesse programa, tais como: parcerias com as universidades, sociedades civis organizadas e sindicatos, organizando-se debates e palestras sobre a doença e as formas de combate e prevenção a ela (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2001).

Estudos mostram que os profissionais de saúde brasileiros têm dificuldades em compreender as especificidades do homem adoecido devido à visão estereotipada de que ele não sofre, não tem emoções e tem preocupações apenas com a sua virilidade. Nos serviços de saúde, a invisibilidade do ser homem é uma consequência da abordagem superficial dos profissionais aos seus problemas, não atentando para as representações que este tem para seu corpo e sua saúde (ARAÚJO *et al.*, 2014; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Nesse contexto, os enfermeiros, como profissionais pautados a estimular o cuidado à saúde, devem reconhecer as particularidades dos sujeitos e orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção, uma vez que as políticas voltadas ao gênero apresentam como princípios a humanização e a qualidade, visando a promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.

Ao defenderem seus direitos acessando os serviços de saúde, o enfermeiro, segundo destaca Medeiros, Menezes e Napoleão (2011), tem o dever de prestar assistência ao adoecido durante todo o processo do tratamento ao CP, que vai desde a hipótese diagnóstica, confirmação diagnóstica, controle dos fatores de risco, manejo dos sinais e sintomas, prestação de cuidados para cada tipo de tratamento e reabilitação.

Dentre os cuidados de enfermagem direcionados ao controle do CP, o INCA (2008) descreve algumas das principais intervenções realizadas durante a fase ambulatorial, pré-operatória e pós-operatória, conforme exemplificados no **quadro 2**.

Quadro 2: Principais prescrições de enfermagem para CP na fase ambulatorial, pré-operatória e pós-operatória.

Fase Ambulatorial	
<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Intervenções</i>
Adaptação prejudicada relacionada a não aceitação da mudança do estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer informações claras, de forma calma e receptiva, sobre o processo da doença atual; • Fornecer apoio à tomada de decisão, com esclarecimento de valores.
Ansiedade relacionada à doença, incerteza em relação ao seu “estado” e possível tratamento e atividade sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrevista em local privado e quieto com palavras de positivismo; • Instruir sobre a doença e seus recursos de tratamento; • Fornecer números de telefone para intervenções ou informações de emergência; • Encaminhamento para o serviço de psicologia.
Risco de intolerância à atividade relacionada à fraqueza (estado de não condicionamento físico)	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar paciente à mobilização possível (preservação da mecânica corporal); • Investigar se o paciente é capaz de deambular confortavelmente e com segurança; • Investigar fator relacionado à dor na realização de atividade física de esforço mínimo.
Conhecimento deficiente do processo patológico	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar utilização de linguagem sem risco de comunicação prejudicada; • Informar paciente sobre cartilha de “direitos do paciente”.
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar fatores relacionados a hábitos alimentares com restrição de ingesta hídrica e alimentos fibrosos; • Orientar paciente a aumentar ingesta hídrica e ingerir alimentos fibrosos, evitando uso de laxantes; • Encaminhamento para Serviço de Nutrição.
Eliminação urinária prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente a fazer diário miccional (anotar volume ingerido e eliminado por micção) diariamente; • Ensinar paciente a monitorar o grau de distensão da bexiga por meio de palpação e sensação miccional; • Orientar paciente a procurar enfermagem da instituição quando em retenção para estabelecimento de urina residual e provável uso de auto cateterismo limpo intermitente.
Fadiga relativa ao cansaço e comprometimento da libido	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer fatores causadores (processo patológico), explicando-os ao paciente, auxiliando-o a identificar seus pontos fortes, suas capacidades e interesses (criar quadro de metas); • Orientação para imagem focalizada em sua reabilitação; • Ratificar importância do plano de maior mobilização para cumprimento do plano terapêutico a ser proposto.
Fase Pré-Operatória	
<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Intervenções</i>
Ansiedade relacionada à incerteza,	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar o nível da ansiedade;

Continua ...

relativa ao processo cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrevista em local privado e quieto, com palavras de positivismo; • Instruir sobre a doença e a programação cirúrgica; • Encorajar paciente a expressar sentimentos e pensamentos sobre o ato cirúrgico.
Conhecimento deficiente do processo cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar utilização de linguagem sem risco de comunicação prejudicada; • Disponibilizar-se para esclarecimentos.
Conhecimento deficiente relacionado à rotina do período de internação	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar, de forma clara e concisa, as rotinas hospitalares; • Orientar sobre preparo pré-operatório (jejum, exames laboratoriais, clister); • Orientar sobre período pós-imediato (possível presença de cateteres, possível sangramento por cateter vesical, controle da dor, restrição no leito a critério médico ou da enfermagem); • Orientar sobre procedimento de irrigação vesical.
Padrão de sexualidade modificado relacionado a alterações fisiopatológicas associadas à doença	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente em relação a possíveis alterações no padrão sexual, devido ao procedimento cirúrgico (dificuldade ou impossibilidade de ereção); • Encaminhamento para o Serviço de Psicologia.
Fase Pós-Operatória	
Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
Déficit no autocuidado para banho/higiene, relacionados à indicação de restrição ao leito nas primeiras 24 horas de pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar banho de leito, de procedimento o mais rápido possível, devido à alteração de temperatura corporal, com artefatos aquecidos e atraumáticos uma vez ao dia, pela manhã; • Auxiliar paciente na higiene oral ao despertar e à noite.
Mobilidade física prejudicada, relacionada ao quadro pós-operatório restritivo para prevenção de sangramento por esforço via uretral	<ul style="list-style-type: none"> • Manter paciente em repouso total no leito nas primeiras 24 horas de pós-operatório; • Manter posicionamento de alinhamento corporal e proteção de estruturas contra possíveis traumas no próprio leito.
Hipotermia relacionada à perda hidroeletrolítica durante processo cirúrgico e pós-imediato	<ul style="list-style-type: none"> • Manter paciente aquecido por cobertor; • Manter cuidados especiais com extremidades, procedendo enfaixamento não-compressivo com algodão ortopédico ou utilização de meias de algodão; • Realizar aquecimento de gases inalatórios.
Incontinência urinária total, relacionada ao processo cirúrgico pélvico com abordagem traumática de	<ul style="list-style-type: none"> • Manter irrigação contínua com solução fisiológica 0,9% de permanência zero, conforme prescrição médica; • Manter monitoramento de débito e aspecto urinário por cateter vesical, com atenção para possível

Continua ...

estrutura vizinha às vias urinárias	obstrução por coágulo e/ou sangramento de volume anormal.
Risco de prejuízo de integridade da pele, relacionado à restrição no leito, hipotermia, presença de proeminências ósseas, idade avançada e déficit de resposta imunológica por doença oncológica	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar pele do paciente durante banho de leito (observar presença de hiperemia em áreas de risco para úlcera de pressão, escoriações por adesivos de fixação); • Proteger proeminências ósseas conforme protocolo para prevenção de úlcera por pressão; • Manter roupas de cama sem rugas; • Manter uso de colchão piramidal.
Risco de infecção, relacionado à ferida operatória em região escrotal, cateterização venosa e urinária invasiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar limpeza com solução fisiológica a 0,9% e renovação de cobertura (oclusão seca) em ferida operatória em região escrotal uma vez ao dia; • Manter permeabilidade de cateter vesical de demora através do monitoramento de irrigação contínua, permanência zero e fixação de sonda vesical, eliminando risco de infecção por volume residual; • Manter cobertura seca e íntegra em acesso venoso; • Proceder troca de acessórios para infusão venosa e inalatória conforme protocolo; • Monitorar sinais de flebite periférica (dor, calor e rubor locais).

Fonte: INCA (2008)

Continua ...

Dentre os cuidados apontados, Mata e Napoleão (2010) comentam que as intervenções de enfermagem devem ser individualizadas e direcionadas a cada problema que o adoecido apresenta. Dessa forma, os cuidados descritos anteriormente devem ser adaptados a cada realidade.

Silva e colaboradores (2012b) afirmam que as intervenções de enfermagem frente ao tratamento do CP não devem ser implementadas somente na fase ambulatorial, pré-operatória e pós-operatória; é certo que elas devem estar presentes em atividades de hospitalização e consulta, mas também em intervenções cirúrgicas, em serviços de urgência, cuidados intensivos e de reabilitação, visto que os adoecidos demandam cuidados em todos esses momentos.

Para os autores supracitados, o enfermeiro deve estar envolvido nas ações de promoção à qualidade de vida e bem-estar do adoecido, identificando os problemas de enfermagem, colaborando na execução de exames de diagnóstico, planejando e executando tratamentos, prestando orientações, avaliando e aconselhando os cuidados de enfermagem. Dessa forma, contribui para definir boas práticas clínicas e as políticas de saúde voltadas para o gênero.

É bastante enfatizado pela literatura que os homens apresentam resistência ao buscar atendimento médico ou o procura quando sua condição de saúde já se encontra em nível sintomático, ou seja, quando já está com a doença instalada. Entendemos que o combate a esta ação exige mudanças no intuito de fortalecer a adoção de comportamentos de cuidados à saúde.

Neste aspecto, programas de prevenção como PNCCP, PNAISH e propagandas publicitárias como o Novembro Azul lançada pelo Ministério da Saúde e outras campanhas lançadas por outros órgãos, frisam que as medidas preventivas ao câncer de próstata incluem a promoção de ações benéficas à saúde como um todo. Todavia a vigilância constante do corpo do homem, a mudança de hábitos alimentares e estilos de vida, bem como a realização de exames periódicos para detecção do tumor, configuram-se como medidas descritas nos programas de prevenção, como fatores possíveis de serem modificados para a prevenção e controle do CP (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2001).

Dessa forma, reconhecemos a importância do envolvimento do enfermeiro na busca de implementação das ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) e PNAISH (BRASIL, 2008b), que trazem a perspectiva de um novo olhar para o homem com câncer, destacando seus conhecimentos, crenças e valores, que possibilitam uma maior aproximação dos profissionais a esse sujeito, no estabelecimento das

ações preventivas citadas anteriormente.

Consideramos que o enfermeiro está numa posição privilegiada para ajudar os homens com CP a lidarem com a doença e o tratamento, assistindo-os para encontrar às suas necessidades e desenvolver estratégias para manter a qualidade de vida. Para isso, o conhecimento das suas experiências é fundamental, principalmente em relação às questões de gênero.

1.3 Síntese do conhecimento produzido sobre o homem com câncer de próstata e sua associação com as masculinidades

Pesquisadores ressaltam que independente do forte avanço nos métodos diagnósticos, o CP ocupa uma fiel posição na vida do homem, sendo os sinais, os sintomas e os tratamentos característicos da doença, responsáveis por proporcionar ao adoecido momentos de sofrimento, medo e incerteza pelo seu prognóstico (KAZER *et al.*, 2011).

Neste sentido, os artigos de Chapple e Ziebland (2002), Wall e Kristjanson (2004), Oliffe e Thorne (2007), Maliski e colaboradores (2008) e Cecil, McCaughan e Parahoo (2010) discutem a importância do desenvolvimento de estudos sobre a experiência do adoecido pelo CP, numa perspectiva ampla que relaciona o homem, sua sexualidade, sua cultura e seus significados, com base no conceito de masculinidade, na abordagem da antropologia das masculinidades, e pela metodologia qualitativa.

Para aprofundar o nosso conhecimento sobre essa temática, realizamos uma meta-síntese baseada na metodologia de Barnett-Page e Thomas (2009) e nos sete passos propostos pela *Cochrane Handbook* (HIGGINS; GREEN, 2011) assim descritos: 1) elaboração do protocolo (roteiro estabelecido para guiar os pesquisadores na etapa de coleta de dados); 2) formulação da pergunta delimitadora da pesquisa; 3 e 4) busca e seleção dos estudos; 5) avaliação da qualidade dos estudos, 6 e 7) coleta e síntese dos artigos selecionados.

O protocolo estabelecido para guiar a extração dos dados foi elaborado pelos próprios pesquisadores, contendo as seguintes variáveis: origem das publicações, ano de publicação, ponto de vista em que aborda as masculinidades (segundo os preceitos das masculinidades apresentadas por Connell (2005)), objetivos dos estudos e principais associações entre CP e masculinidade.

A questão que delineou esta meta-síntese foi: Qual o conhecimento produzido na literatura da saúde sobre a relação estabelecida entre as masculinidades e os sobreviventes do CP? Para responder a pergunta do estudo foram realizadas buscas por dois pesquisadores, de forma dupla, os quais trabalharam de forma independente na seleção dos artigos, a partir da leitura de seus títulos e resumos. Diante de dúvidas sobre a adequação dos estudos, estes foram lidos na íntegra e discordâncias entre os pesquisadores foram discutidas, alcançando um consenso.

Foram realizadas várias buscas durante os meses de junho a setembro de 2015. Consultamos os acervos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) onde utilizamos os descritores científicos do DeCS (masculinidade e neoplasias da próstata) aplicados no banco de dados LILACS, e do MeSH (*masculinity and prostatic neoplasms*) aplicados no banco de dados do MEDLINE e CINAHL, os quais em todas as bases estiveram refinados pelo operador booleano *and*.

Para que as referências fossem inclusas, deveriam se adequar aos seguintes critérios: a) serem artigos originais; b) estar escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol; c) estar disponíveis em textos completos; d) serem estudos qualitativos com foco no câncer de próstata e na masculinidade; e) publicados entre janeiro de 2008 a dezembro de 2014 e f) publicados em qualquer periódico da área da saúde. Foram excluídos estudos capturados no formato de teses e dissertações, além de artigos de revisões, opiniões e teóricos.

Por meio da associação dos descritores na busca eletrônica foram identificadas 48 referências, as quais foram selecionadas primeiramente pelo título, em seguida, pela leitura do resumo e, então, pela leitura do texto na íntegra. Após esta etapa inicial, submetemos as referências aos critérios pré-estabelecidos de inclusão no qual observamos que 27 estudos não se adequavam a meta-síntese pelas seguintes características: serem estudos quantitativos (9 referências), estudos de reflexão (4 referências), estudos mistos (2 referências), estudos de revisão (2 referências), não focarem a temática em questão (8 referências) e por estarem repetidos entre as bases de dados (2 referências). Dessa forma, totalizamos o corpus analítico para esta meta-síntese com a seleção de 21 estudos.

Na avaliação da qualidade dos estudos selecionados foi utilizado o *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007), o qual foi elaborado para aferir o rigor de estudos qualitativos. O COREQ é composto por três domínios de avaliação: 1) Equipe de pesquisa e reflexividade; 2)

Delineamento do estudo e 3) Análise dos resultados. Ponderamos que os estudos selecionados responderam cerca de 85% dos critérios de qualidade pré-estabelecidos no instrumento utilizado. A análise deste resultado nos indica que, apesar dos estudos conterem algumas lacunas, qualitativamente apresentam subsídios suficientes para a realização desta meta-síntese.

A **figura 2** apresenta o fluxograma que ilustra o processo de seleção dos artigos incluídos na meta-síntese.

Fonte: Produzido pelos pesquisadores

Figura 2: Fluxograma da operacionalização da meta-síntese segundo os sete passos propostos pela *Cochrane Handbook*. Ribeirão Preto, SP, 2015.

O **quadro 3** apresenta as informações extraídas dos artigos incluídos na meta-síntese e a síntese dos conhecimentos produzidos sobre a associação estabelecida entre as masculinidades e o CP, bem como a abordagem das masculinidades, ano das publicações e os objetivos abordados nos estudos analisados.

Quadro 3 - Descrição dos estudos analisados, período de 2008 a 2014. Ribeirão Preto, SP, 2015.

Autor/Ano	Abordagem das Masculinidades	Objetivo	Principais associações entre CP e a Masculinidade
SHAUGHNESSY <i>et al.</i> , 2013	Hegemônica	Explorar questões relacionadas com as relações sexuais, por homens e suas companheiras, após o diagnóstico e tratamento do CP.	Os homens defendem que o CP e a alteração na sua função sexual não sofreu impacto em sua masculinidade. Entretanto, suas parceiras, sentiram sua masculinidade modificada após o CP.
GOMES <i>et al.</i> , 2008	Hegemônica	Analisar os sentidos atribuídos ao toque retal, buscando refletir acerca de questões subjacentes as masculinidades.	O exame de toque retal não toca somente na próstata, ele toca em vários aspectos simbólicos do que é ser masculino.
ERVIK; ASPLUND, 2012	Hegemônica	Apresentar as experiências dos homens com CP perante as mudanças corporais e como essas influenciam na sua vida.	O corpo é uma forma de demonstrar a masculinidade. Um enfraquecimento do corpo é interpretado pelos adoecidos como uma ameaça para os valores masculinos.
DIEPERINK <i>et al.</i> , 2013	Hegemônica	Explorar as experiências de tratamento com radioterapia em um programa de reabilitação do CP e abordar o envolvimento do cônjuge no processo de reabilitação.	As mudanças corporais e a falta de práticas sexuais tiveram um impacto importante na forma como os participantes se sentiam como homens frente à radioterapia no tratamento para o CP. Este tratamento ameaça a relação entre os cônjuges por colocar em julgamento a masculinidade do adoecido, o que dificulta na reabilitação.
ROT; OGAH; WASSERSUG, 2012	Hegemônica	Explorar se a linguagem utilizada para o tratamento do CP promove implicações para a tomada de decisões dos pacientes.	A linguagem em torno do CP é eufemizada. Isso leva a um processo de desinformação para o adoecido que passa a seguir tratamentos que os expõem a efeitos na sua autoimagem e saúde física, ameaçando a masculinidade.

Continua ...

Autor/Ano	Abordagem das Masculinidades	Objetivo	Principais associações entre CP e a Masculinidade
EZIEFULA; GRUNFELD; HUNTER, 2013	Hegemônica	Analisar os sintomas como fogachos e ondas de suor noturno desenvolvidos em homens com CP após a terapia da privação andrógena.	A terapia da privação andrógena promove reações semelhantes à menopausa feminina. Estas relações afetam as crenças de comportamentos hegemônicos masculinos relacionados à incapacidade de cumprir suas expectativas em relação a seus papéis de gênero quanto ao trabalho e sexualidade.
KEOGH <i>et al.</i> , 2013	Hegemônica	Analisar as percepções de homens mais velhos com CP em relação à sua qualidade de vida e atividade física após o diagnóstico.	A terapia andrógena reduz o nível da qualidade de vida, proporcionando declínio ou cessação da atividade sexual e maior preocupação com o retorno de suas atividades físicas. Estes efeitos afetam a forma como os homens percebem sua masculinidade.
ZAIDER <i>et al.</i> , 2010	Hegemônica	Descrever a prevalência de preocupações relacionadas com a disfunção erétil e a diminuição da masculinidade entre os homens tratados por CP.	O CP levou os homens à experiência de privação da atividade sexual assim como a desvalorização da autoimagem masculina, pois desenvolviam comportamentos não satisfatórios masculinos como: dificuldade em atingir ereção, não-ejaculação e diminuição do desejo sexual.
MRO'Z <i>et al.</i> , 2010	Hegemônica	Observar o papel da nutrição na prevenção e recuperação do CP.	A masculinidade influencia na escolha de alimentos dos adoecidos. A compreensão dos ideais masculinos contribuem para entender como os homens seguem a mudança de dieta.
MRO'Z <i>et al.</i> , 2011a	Hegemônica	Explorar as práticas alimentares de casais canadenses guiadas pelas relações de gênero, para expor como essas relações interagem para moldar as dietas dos homens com CP.	Homens se tornaram mais interessados e envolvidos em suas dietas após um diagnóstico de CP, prática esta que pode ser interpretada como um projeto desvinculado de um papel hegemônico, induzindo a outras masculinizações no enfrentamento do CP.

Continua ...

Autor/Ano	Abordagem das Masculinidades	Objetivo	Principais associações entre CP e a Masculinidade
MRO'Z <i>et al.</i> , 2011b	Hegemônica	Desenvolver intervenções nutricionais relativas ao CP em homens, para envolvê-los em uma alimentação saudável.	Alguns homens com CP fazem mudanças em suas vidas cotidianas, a alimentação é uma delas. Mudam suas dietas com alimentos pouco saudáveis, tipicamente masculinas e impedem intervenções de nutricionistas.
OLIFFE; MRO'Z; DAVISON, 2013	Hegemônica	Descrever as conexões entre masculinidades e as perspectivas de pacientes sobre a comunicação com médicos do sexo masculino.	Os ideais masculinos defendidos durante as consultas influenciam no que pode ser entendido como comunicação útil e inútil entre pacientes e médicos masculinos, relativo aos impactos do CP. A comunicação dos médicos para com os pacientes foi entendida como uma ameaça aos ideais masculinos por promover hierarquias que quebravam a aliança de confiança criada entre eles.
KLAESON; SANDELL; BARTERO, 2012	Hegemônica	Compreender a experiência de homens diagnosticados com CP com relação à sua sexualidade.	Ter CP é como ter o elixir da vida roubado, pois sua sexualidade acaba e sua masculinidade é ameaçada. Os homens apresentaram-se preocupados com sua intimidade e a manutenção da sua identidade masculina.
CAMPBELL <i>et al.</i> , 2012	Hegemônica	Examinar o funcionamento psicossocial em sobreviventes afro-americanas com CP.	O papel do homem no contexto social está diretamente relacionado às crenças sobre a masculinidade e à sua autosuficiência. Assim, o controle e o domínio emocional sobre fenômenos relacionados ao adoecimento por CP abalam os pilares da manutenção da masculinidade do indivíduo na sociedade.
WINTERICH <i>et al.</i> , 2009	Hegemônica	Analisar como as construções de masculinidades dos homens afetam suas atitudes em direção à realização de exames de rastreio do CP e colo retal.	O toque retal afeta a masculinidade dos homens pela invasão do corpo. Eles sofrem impactos psicológicos do exame relacionando o mesmo à violação do seu corpo, associando o mesmo a um ato sexual gay, algo contrário à sua masculinidade.

Continua ...

Autor/Ano	Abordagem das Masculinidades	Objetivo	Principais associações entre CP e a Masculinidade
GRUNFELD; COATES, 2013	Hegemônica	Explorar o significado do trabalho entre os sobreviventes do CP e descrever as ligações entre masculinidade e trabalho.	O trabalho é destacado como um valor da masculinidade. O CP provoca vulnerabilidades físicas e psicológicas que geram incertezas quanto ao futuro relacionado ao trabalho.
ARAUJO <i>et al.</i> , 2013	Hegemônica	Identificar as representações sociais de homens sobre o CP e suas masculinidades frente à doença, e analisar suas implicações para a saúde.	A capacidade da reprodução e prazer são indispensáveis para a construção de identidades masculinas tradicionais. O CP leva a impotência, que faz com que os homens busquem cuidados de saúde. Esta busca vai contra os ideais de virilidade masculina.
GANNON <i>et al.</i> , 2010	Hegemônica	Investigar como os homens constroem e reconstróem suas masculinidades após a prostatectomia radical para o CP.	A disfunção erétil alimenta a crença de que o câncer é inconsistente com o papel de masculinidade, pois os homens que não podem alcançar a ereção são julgados como detentores de uma masculinidade hegemônica.
WOOTEN <i>et al.</i> , 2014	Hegemônica	Explorar as experiências dos cônjuges de homens diagnosticados para compreender o impacto pessoal do CP no parceiro.	O enfrentamento do CP e a diminuição da masculinidade advinda com os tratamentos exigem uma dedicação não só dos adoecidos, mas também de seus cônjuges.
KLAESON; SANDELL; BERTERP, 2013	Hegemônica	Explorar a forma como alguns homens suecos experimentam e comunicam sua sexualidade.	O CP e seus impactos ameaçam a identidade masculina pela perda da libido e a vulnerabilidade. Essas questões eram difíceis de serem compartilhadas pelo julgamento social quanto ao gênero.
HAMILTON <i>et al.</i> , 2014	Hegemônica	Explorar o impacto da terapia andrógena sobre a sexualidade dos homens com CP e os efeitos do exercício sobre esta experiência.	O tratamento para o CP levou os participantes a experimentarem a disfunção erétil e a ausência de orgasmo. Essas experiências interferiram na representação de suas masculinidades. A prática de exercício ajudou a gerir positivamente essa experiência.

Fonte: produzido pelos pesquisadores.

Continua ...

Possíveis reflexões a partir da análise dos estudos

Dentre as 21 referências inclusas na meta-síntese, duas foram descritas na língua portuguesa e 19 na inglesa. A área de conhecimento dos estudos concentrou-se essencialmente a responder problemas da oncologia (64,7%), psicologia (28,8%), enfermagem (23,7%), medicina (14,2%) e nutrição com 14,2%. Quanto aos artigos publicados por ano, observou-se o crescimento das publicações com o número máximo de 38% no ano de 2013.

Em relação ao local de origem das publicações, concentraram-se principalmente em países norte-americanos 9 (42,9%), seguidos dos países europeus 7 (33,3 %), e em menor número a dos países da Oceania 3 (14,2 %) e América Latina com 2 (9,6%) no período estudado.

Por meio da análise dos estudos selecionados, compreendemos que as pesquisas relacionadas em torno do CP e masculinidade nos últimos anos focaram seus objetivos em temas bastantes distintos, como: a realização de exames de rastreio do CP, descrição de experiências masculinas relacionadas aos sinais e sintomas da andropausa, envolvimento dos cônjuges no processo de reabilitação e no enfrentamento do impacto da alteração da masculinidade hegemônica na vida dos cuidadores, além da exploração e explicação das implicações para a saúde do homem frente à prostatectomia, terapia de privação andrógena e radioterapia, as quais provocaram mudanças corporais e de hábitos culturais apresentados pela presença de disfunções sexuais, readaptação de práticas de atividade física, escolha de certas dietas alimentares e o significado do trabalho.

Estiveram neste corpus também a compreensão da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e sua influência na adesão de tratamentos dos pacientes adoecidos. Todavia, ressaltamos que a temática mais focalizada nos estudos foi a busca pela compreensão de aspectos relacionados à sexualidade e a manutenção da qualidade de vida dos sobreviventes de CP.

No que se refere à visão das masculinidades defendidas nos estudos analisados, a perspectiva hegemônica foi unânime, deixando as múltiplas masculinidades às margens destes discursos. Todavia, como focalizado pela? antropologia das masculinidades (CONNELL, 2005), compreendemos que no fenômeno de envolvimento entre sobreviventes do CP e a construção de masculinidades, coexistem teias de significados que apontam para a existência de outras concepções de ser masculino.

Chamamos a atenção para fato de que, pesquisas sobre as masculinidades marginalizadas, cúmplices, subordinadas, entre outras, envolvendo os homens sobreviventes

de CP, não foram destacados entre os estudos analisados, mas certamente poderiam fornecer subsídios teóricos para a análise de futuras pesquisas.

Durante a análise dos estudos foi possível observar que 23,8% deles destacavam que o adoecimento, o não domínio do corpo e a vulnerabilidade são premissas tomadas como ameaçadoras da manutenção de uma masculinidade hegemônica. A corporeidade é uma temática presente e quase obrigatória de ser observada nos estudos que abordam a associação subjetiva do homem com o seu meio. Para a antropologia das masculinidades o corpo masculino é moldado pela cultura, assim como a cultura é moldada pelo corpo, assim ele influencia e é influenciado pelo homem (CONNELL, 2005).

Outro ponto destacado faz menção ao processo de comunicação sobre a doença, os tratamentos e os valores masculinos entornos do CP, os quais foram ressaltados em 14,3% das publicações. Os estudos evidenciam que esta relação é deficitária e, que em alguns casos, geram hierarquias e desinformações que ameaçam ideais masculinos como força, poder e domínio.

Como ressaltado por Connell e Messerschmidt (2005); Evans e colaboradores (2011) Klaeson e colaboradores (2012) e Connell (2015), a masculinidade hegemônica é sustentada por relações de poder com outras masculinidades subordinadas a ela. Para o homem, isso implica na defesa por uma posição hierárquica de domínio sobre outros homens, mulheres e comportamentos que negam a corporificação do adoecimento, enfraquecimento e vulnerabilidade (CONNELL; MESSERSCHMIDT; 2005; EVANS *et al.*, 2011). Dessa forma, para manter socialmente esta masculinidade, os homens acabam adotando ações que negligenciam os cuidados da saúde e a não relação de informações que possibilitem contribuir para a oferta de cuidados a esta população.

Parte dos estudos analisados (9,5%) abordaram que os exames de rastreio para o CP ameaçam vários símbolos e comportamentos sociais dos homens que se enquadram em uma masculinidade hegemônica local, tais como: a região anal ser uma região sensível e intocável por outros homens, a penetração de algo na região anal ser associado a um ato homossexual e ao fato do homem defender sua intimidade dos órgãos genitais serem invioláveis.

Estudiosos na temática como Klaeson e colaboradores (2012), Stapleton e Pattison (2015) firmam que princípios hegemônicos como os apresentados entre as referências analisadas, reforçam comportamentos que distanciam os homens na busca por cuidados de saúde, pois os enquadram como desertores desses valores.

Salientamos que um ponto que certamente existe na associação das masculinidades e no adoecimento pelo CP, mas que não foi abordado entre as referências analisadas, é o fato de

que no adoecimento, muitos homens são cúmplices em alimentar o status de domínio criado para a masculinidade hegemônica. Como apontado por Mro'z e colaboradores (2011) ao destacar que socialmente a prática de defender a hegemonia masculina é interpretada como um comportamento comum que recebe destaque nas relações de poder estabelecidas entre os homens, mas em sua relação com meio coexistem outras maneiras de ser masculino.

Uma forte tendência destacada entre o material analisado, diz respeito aos efeitos colaterais dos tratamentos do CP, onde 28,57% dos estudos focaram em descrever a experiência dos adoecidos em relação ao fato de que eles modificaram sua autoimagem, seu vigor físico e seus papéis identitários masculinos frente à família, companheiras e trabalho. Quanto a estas evidências, ressaltamos que por mais que a abordagem qualitativa, comum entre as referências analisadas, possibilite aos pesquisadores terem acesso à experiência do outro, ainda existem lacunas de conhecimento a serem investigadas, como os sentidos que o homem dá à sua masculinidade ao lidar com os efeitos colaterais do tratamento do CP.

Outra associação possível de ser interpretada entre os resultados dos estudos é quanto a ligação do adoecimento da próstata relacionado a preceitos da sexualidade masculina. Como evidenciado em 47,61% dos estudos, o CP interfere no desenvolvimento dos atributos ligados ao desejo, libido e ereção, provocando disfunções sexuais que diminuem significativamente a qualidade de vida dos sobreviventes.

Para clarificar a explicação desta relação nesta análise, destacamos que 28,8% dos estudos concentravam seu foco na psicologia e 33,3% das 21 referências selecionadas tinham como autor principal os psicólogos. Reside no senso comum, que a psicologia compreende a sexualidade como um imperativo intrínseco à masculinidade. Logo, as disfunções sexuais ameaçam os preceitos de dominação e colocam o homem em uma posição de dominado, rompendo assim com os ideais hegemônicos (KLAESON; SANDELL; BERTERÖ, 2013; MODENA *et al.*, 2014).

Ancorados nos resultados evidenciados, compreendemos que a associação entre CP e masculinidade é um fato desarmônico, pois os possíveis contextos de coexistência entre os mesmos apontaram diversas implicações à saúde do homem. Os autores das publicações afirmam que a manutenção desta associação estimula a forma como estes sujeitos percebem e cuidam do seu corpo, que em muitos casos para que a sua masculinidade permaneça intocada, acabam negligenciando os cuidados de saúde (WINTERICH *et al.*, 2009; GANNON *et al.*, 2010; MRO'Z *et al.*, 2011a; CAMPBELL *et al.*, 2012; KLAESON; SANDELL; BERTERP, 2013; HAMILTON *et al.*, 2014; STAPLETON; PATTISON, 2015).

As implicações desta relação possibilitam várias intervenções para os profissionais de enfermagem. Dentre elas, consideramos a necessidade do desenvolvimento de maiores ações de prevenção e controle do CP, além da implementação de estratégias que promovam a educação continuada específica às particularidades das masculinidades apresentadas pelos sobreviventes. Por isso, conhecer as masculinidades dos sobreviventes do CP, configura-se como primeiro passo para a articulação de medidas eficazes na busca da qualidade do cuidado integralizado a este gênero na filosofia da enfermagem.

A próstata é uma das coisas mais importantes do mundo para o homem, pois deixa o pênis duro e o cara fica ativo para explorar a vida.

A mulher tem muito dessas coisas de câncer, o homem não fica doente assim com essas bobagens não, só que isso está mudando ultimamente.

Acho que o meu câncer surgiu como um castigo de Deus. Um certo dia, Deus estalou os dedos e acordei com um tumor entre as pernas.

Com essa doença aprendi que eu tinha que saber levar o conceito de ser homem, pois as pessoas querem um homem que dê conta de tudo e eu já não dou conta de nada. Mais isso ninguém precisa saber!

Antônio

2 Justificativa

A meta-síntese apresentada sobre as masculinidades no contexto do CP permitiu traçar algumas considerações sobre os conhecimentos que se operam neste campo. Todavia, destacamos que por mais que estudos envolvendo a temática já tenham sido realizados, ponderamos que existe a necessidade para que futuras pesquisas sejam desenvolvidas abordando outros contextos que não sejam só a descrição de relações dos sobreviventes com a doença, mas também, com a sociedade e com os membros e elementos de sua cultura. Outro ponto que transita nessas abordagens analisadas é que das 21 referências que formaram o corpus do estudo, apenas duas foram realizadas no contexto brasileiro, sendo somente uma dessas realizada por enfermeiros.

Diante dessas evidências e nossas reflexões, ressaltamos a necessidade de articulações de estudos que enfoquem outras perspectivas, pois compreendemos que ainda existe uma escassez de referências que discutam a relação do homem com suas masculinidades sob o enfoque cultural, configurando-se assim, como um campo de pesquisa repleto de símbolos a serem investigados. Por mais que a discussão dos sentidos que os adoecidos empregam ao lidar com a doença seja de suma importância, ao estudar o homem com câncer se faz necessário também compreender seu contexto sociocultural, suas relações com seu grupo e suas experiências.

Nesse contexto, compreendemos que a importância deste estudo é justificada pela escassez de conhecimentos nessas abordagens na literatura nacional e internacional, na busca por respostas às nossas inquietações de como os homens lidam com sua masculinidade no contexto do CP, dos tratamentos e suas consequências, indo além da percepção da sexualidade, com foco na cultura da masculinidade.

Visamos que a condução deste estudo poderá contribuir para ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, acerca desta temática auxiliando-os em sua filosofia de cuidado aos homens adoecidos, podendo aproximar esses sujeitos nos momentos reflexivos de como conduzem seus corpos, defendem a sua saúde e compartilham sua identidade masculina.

Portanto, após essas colocações, pretendemos com este estudo responder às seguintes questões de pesquisa: Como é a experiência do homem em relação ao CP e seus tratamentos? Como ele lida com a sua vulnerabilidade física? Como ele concebe a sua masculinidade atual? Que ações ele emprega para dar coerência a sua vida? O que ele visualiza do futuro?

*Quem é o homem que
gosta que outro cara
fique enfiando o dedo
nele? Acho que não
existe esse macho que
goste disso, só se ele for
veado, aí sim eu
entendo! Isso é anormal,
é coisa de mulher deixar
colocar o dedo no ânus!
Eu fiz o exame mesmo
porque fui obrigado e no
final acabei sendo
sorteado com essa
doença.*

*Depois da cirurgia eu
deixei de ser um homem
normal, hoje tenho
vergonha de me mostrar
pra minha mulher e de
sair na rua, pois a
doença acabou com o
meu corpo e minha
moral.*

*Perdi parte da minha
língua, perdi minha
família, perdi o gosto
pela comida, perdi a
vida.*

Mateus

3 Objetivo

Os objetivos que formularam esta pesquisa foram:

3.1 Geral:

Interpretar os significados atribuídos à experiência com o CP, seus tratamentos e complicações, pelos homens adoecidos, com base na concepção antropológica de masculinidades.

3.2 Específicos:

- Descrever o contexto da pesquisa, as características sociais e clínicas dos participantes e os dados sobre a doença, os tratamentos e as complicações;
- Descrever as concepções sobre a doença, os tratamentos e suas complicações;
- Identificar as ações empregadas para lidar com a doença e as complicações dos tratamentos;
- Analisar os sentidos dados a ser homem após a doença e aos tratamentos;
- Integrar os sentidos elaborados em significados interpretados (temas) com base no conceito antropológico de masculinidades.

*Meu câncer era maligno
e depois de dois anos
que tratei desse encosto,
fiquei sem minhas
pernas, pois o maldito se
espalhou pra elas e hoje
vivo aqui nesta cama.*

*Parece que o
caranguejo parou de
andar no meu corpo,
mas deixou várias
heranças. Hoje sei que o
duro não é só tratar na
hora que está doente,
mas viver como um tudo
que acontece depois da
cirurgia.*

*Às vezes bate um
desespero, uma tristeza,
pois ninguém nasceu pra
ficar sozinho, mas eu
também não queria ser
um encosto pra
ninguém, por isso
preferi me isolar do
mundo. Sou um homem
muito diferente agora e
para não ficar sofrendo
prefiro ficar aqui.*

*Enquanto o milagre não
chega, é o jeito aceitar
viver como Deus quiser.*

Rodrigo

4 Referencial teórico e metodológico

4.1 Teorizando a antropologia médica e das masculinidades no âmbito da cultura

Os aspectos que influenciam o ajustamento dos homens à doença e ao tratamento são seus conhecimentos, normas e valores culturais, ou seja, as maneiras de pensar, sentir e agir baseadas nas normas implícitas do seu meio social, especialmente aquelas que fazem juízo aos roteiros tradicionais de masculidade como ser forte, viril, insensível e sexualmente potente (BURNS; MAHALIK, 2007; DÁZIO; SONOBE; ZAGO, 2009). O adoecido por CP é um forte candidato a privar-se desses atributos durante o tratamento, necessitando de apoio social e emocional contínuo.

Portanto, ao estudar o homem adoecido pelo câncer que se submete a tratamentos agressivos é preciso considerá-lo na singularidade da sua experiência, com uma história de vida específica constituída nas suas relações com outros sujeitos. Essas perspectivas nos levam a empregar o conceito de cultura, no processo saúde e doença, da Antropologia Médica e o de gênero da Antropologia das Masculinidades como bases teóricas para a investigação e a etnografia narrativa como método.

Na busca por compreender a singularidade da experiência do homem adoecido, revisitamos os conceitos citados por Kleinman (1988) que descreve que os distúrbios corporais e seus tratamentos são expressos através das seguintes concepções: *disease* - manifestação patológica em linguagem biomédica; *illness* - percepção subjetiva expressa na linguagem de senso comum, ou seja, do adoecido, e *sickness* - expressa a patologia.

Nossa perspectiva busca valorizar os sentidos do ponto de vista dos adoecidos com CP (*illness*) e da ordem sociocultural dos mesmos, que neste caso, no sentido operacional do estudo, entendemos que são domínios de aspectos simbólicos privilegiados pela antropologia médica, onde reside a singularidade dos indivíduos e de suas culturas que acreditamos serem adequados para esta investigação.

Para a antropologia médica, a doença não é apenas um processo biológico/corporal, mas o resultado da influência do contexto cultural e da experiência subjetiva de que o corpo está com problemas. A cultura é considerada como um sistema simbólico e, assim, é pública e centrada no indivíduo que o emprega para interpretar seu mundo e seu agir. Desse modo, a cultura é aprendida, compartilhada e padronizada, e tem como elementos constituintes: valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON, 2003).

No enfoque interpretativo de cultura, o indivíduo é um ser consciente que percebe e age, e a doença é considerada como uma construção sociocultural subjetiva. A subjetividade

na perspectiva antropológica implica na compreensão que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no pensamento e na ação. As diferenças entre eles se devem ao contexto histórico-social em que vivem. Por isso, as questões relacionadas à saúde e à doença não podem ser analisadas sem considerar as demais dimensões da vida social, que possibilitam dar sentido às experiências (LANGDON; WIIK, 2010).

As discussões do que é ser homem e ser do gênero masculino não determinam apenas os comportamentos interpessoais a serem adotados e esperados socialmente, mas também influenciam no comportamento em saúde e na forma como os homens lidam com seus corpos após o CP (CONNELL, 2005; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2005; EVANS *et al.*, 2011).

Ao analisar os requisitos culturais necessários para que um homem seja considerado masculino, o corpo e os seus cuidados apresentam-se como um significante simbólico de gênero que possibilita a demonstração dos estereótipos de cada indivíduo. Corroborando com esta ideia, Watson (2000) afirma que o corpo torna-se agente e, ao mesmo tempo, objeto da prática social dos homens. Neste sentido, Watson (2000) acredita que para entender o corpo masculino e o processo saúde e doença pelo qual o corpo adoecido está envolvido, é necessário adentrar no universo da masculinidade e compreender as possibilidades de cuidados, as mudanças, as insatisfações e os receios que envolvam esta prática cultural.

Nessa perspectiva, traçar uma interpretação antropológica para a masculinidade é compreender que de alguma maneira a cultura influencia na forma de pensar e agir do homem frente ao seu corpo, na definição de sua identidade, gênero e sexualidade. Segundo Courtenay (2009), é este modo de pensar e agir que se relaciona diretamente com a maneira como os sujeitos observam e cuidam dos seus corpos, na manutenção de suas crenças e comportamentos de saúde.

Wenger (2013) compreende que quando os homens e mulheres estão inseridos em uma cultura, eles aprendem vários significados para a sua forma física e recebem diretivas sociais relacionadas com o funcionamento físico e emocional através de seus corpos, e ao apresentarem esses corpos para a sociedade, indicam sua concordância ou divergência com os padrões de gênero locais. Wenger (2013) afirma que é no cruzamento dinâmico entre físico e o social que o gênero não pode ser analisado separadamente das questões de saúde e doença, pois é aí que está incluso a forma como os homens e mulheres percebem e entendem suas experiências frente à doença.

As crenças e comportamentos relacionados à saúde podem igualmente ser entendidos como uma forma de construção ou de demonstração de gênero. Assim como o crime, o comportamento de saúde pode ser invocado como uma prática através da qual as masculinidades

são diferenciadas umas das outras. Neste sentido, as ações de saúde são atos sociais e podem ser vistas como uma prática que constrói a pessoa, da mesma forma que outras atividades sociais e culturais o fazem (COURTENAY, 2000).

Evans e colaboradores (2011) defendem que o risco associado à adoção da masculinidade e às práticas de saúde estão no fato de que os homens que não atinjam uma masculinidade idealizada, sentem-se estigmatizados ou marginalizados e acabam reagindo e adotando comportamentos ditos como compensatórios que resultam em situações de risco à sua saúde.

Almeida (2000) defende a premissa de que a cultura, para a antropologia das masculinidades, é o fio condutor nos estudos sobre as relações de gênero e saúde, pois a ela estão imbricados os símbolos e significados que operam os discursos e as práticas das relações masculinas.

Rohden (2009), antropóloga brasileira que defende a diferença entre os gêneros em muitos dos seus estudos, estabelece que a diferença percebida entre o masculino e o feminino faz parte do conjunto de temas centrais a partir do qual cada sociedade idealiza a si mesma e propõe suas formas de organização social. Para a autora é nessas relações que estão imbricados vários preceitos indispensáveis para a vida em sociedade e a manutenção de cuidados de saúde, como os papéis e identidades que cada um assume. Entretanto, as concepções a respeito dessa diferença têm variações enormes entre cada sociedade e também com o passar do tempo, influenciando e sendo influenciados pelo meio onde são reproduzidas, pois se fundem ao universo cultural na qual as relações se estabelecem.

Dessa forma, fundamentalmente, interpretar a masculinidade na perspectiva antropológica, é despir-se de discursos que abordem as relações entre os homens dentro de um paradigma fixo, pois ser homem aqui no Brasil não é a mesma coisa de ser homem na China ou em qualquer outro país. Ser homem não é a mesma coisa para quem segue a norma da heterossexualidade ou para quem assume a bi ou a homossexualidade, ou mesmo quando comparamos as classes sociais, níveis de instrução, afiliações étnicas, religiosas ou quaisquer outros níveis de identidade social que se correlacionam com o gênero (ALMEIDA, 2000).

Beynon (2002) compreende que o homem no estabelecimento de suas relações sociais, é produto da cultura, e é a ela que suas ações são direcionadas.. Dessa forma, ao analisarmos as masculinidades assumidas pelos homens adoecidos, dentro do seu sistema cultural, percebemos que a cultura é um produto móvel e que está em constante construção; são como os dados de um estudo, em que dependendo da lente utilizada para sua análise, podem gerar formas diferentes de resultado.

Para Connell (2005), a masculinidade não cai do céu, ela é um processo construído pelos sujeitos sociais e suas estruturas culturais. Concordando com esta assertiva, Beynon (2002) destaca que os homens podem assumir maneiras de ser masculinos, entretanto isso não implica afirmar que eles nasceram com a masculinidade como parte de sua composição genética. Pelo contrário, a masculinidade tornou-se algo que eles adquiriram de suas culturas, é o que lhes foram repassados pelos códigos sociais de comportamento e que eles aprenderam a reproduzir como uma forma culturalmente apropriada.

Cabe ressaltar que, mesmo defendidas como um produto cultural, no dia a dia, as discussões entorno das masculinidades, dentro do senso comum, encontram-se relacionadas a vários preconceitos e inverdades; como no fato de muitas pessoas acreditarem que homens e mulheres têm comportamentos opostos, que os homens são mais inteligentes do que as mulheres, que o homem é naturalmente violento, que não choram, não sentem dor e que as mulheres são “um sexo frágil” ou mesmo que os padrões de gênero nunca mudam. Essas crenças são factualmente inconsistentes (CONNELL, 2005; CONNELL, 2012).

Estudos destacam que muitos pesquisadores correlacionam masculinidade, feminilidade e relações de gênero só em termos do seu próprio sistema de gênero local, ou seja, da sua cultura de gênero, anulando assim a presença da diversidade dos padrões presentes em todas as culturas, como as múltiplas masculinidades (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2005; CONNELL, 2012). Neste contexto, eles mantêm a compreensão de masculinidade de forma singular, onde masculinidade e feminilidade são consideradas como premissas totalmente opostas. O masculino é concebido por estereótipos como poderoso, ativo, firme, forte, autoconfiante, atlético, trabalhador autônomo, uma pessoa pública e contra as atividades domésticas. Os homens que não desenvolvem essas condutas são femininos ou hipomasculinizados, considerados como problema para a manutenção desta categoria de gênero (CONNELL, 2001; SMILER, 2004).

Butler (2004) concorda com a perspectiva de Connell sobre o processo de condutas que os homens são obrigados a assumir para firmar seu gênero. A autora defende a premissa de que o gênero promove e é promovido por regulações sociais que cada sociedade impõe aos seus membros; entretanto, gênero não é exatamente o que alguém é, e nem precisamente o que alguém tem. Gênero configura-se como um aparato pelo qual a normalização do masculino e do feminino se manifestam junto com as características intersticiais, hormonais, cromossômicas, físicas e performativas que o gênero assume. Todavia, tomar como natural a normalização e julgar que gênero sempre corresponde à matriz masculino e feminino acaba nos levando a distanciar da crítica; e o que uma ampla literatura tem salientado é que este tipo

de paradigma é binário. Portanto, na perspectiva de Butler (2004), Courtenay (2009) e Connell (2012) ao analisar os estudos de gênero, deve-se manter o conceito de gênero separado do preceito do masculino e feminino que são expressos pelo binarismo, pois efetuam uma regulação de poder que naturaliza a instância hegemônica e exclui a perspectiva teórica que permite acessar os discursos que sofrem ruptura desta ação.

Assim, para um maior aprofundamento nessa temática, entendemos ser necessário o desdobramento de alguns conceitos como gênero, sexualidade e masculinidade.

Connell (2012) descreve que o gênero é uma dimensão essencial da vida pessoal, das relações sociais e da cultura; trata-se de uma relação que envolvem questões práticas sobre a justiça, identidade e até mesmo sobrevivência em uma sociedade. Para a autora, gênero é uma prática social que se refere aos corpos, mas não necessariamente se reduz a eles. Por ser uma categoria social imposta a um corpo, o gênero acaba se desvinculando do anagrama gênero/corpo/sexo, construindo assim uma categoria heterogênea, pois a biologia não determina o social. Gênero é um elemento construído das relações sociais fundado sobre as diferenças percebidas entre os sexos.

O sexo por sua vez corresponde a algo determinado pelo biológico, algo que é concebido antes do nascimento pelos processos naturais e não através de um código de condutas advindo da construção social como o gênero; ele vai além da condição orgânica que define o macho e a fêmea (RABELO, 2010).

Outro ponto de destaque é o esclarecimento da adoção das questões de masculinidade como sinônimo de sexualidade presentes em algumas literaturas. Cabe aqui definir que masculinidade e sexualidade são premissas divergentes, apesar de ambas dependerem de uma contextualização cultural. Sexualidade trata-se de uma escolha entre gostos e formas de prazer possíveis que sofrem modificações de sentido, função e regulação, ou seja, não se restringe unicamente ao ato sexual, estando assim vinculada a maneira como uma pessoa expressa seu sexo (HEILBORN, 2003; ABOIM, 2011; GOMES, 2012); diferente de masculinidades que são premissas relacionadas a uma disputa de poder regulatório, a um comportamento sociocultural.

Connell (2005) conceitua a masculinidade como a posição de poder que um indivíduo assume nas relações de gênero, ou seja, as práticas pelas quais homens e mulheres se comprometem com o lugar masculino e feminino na sociedade, e os efeitos destas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura. É uma construção sociocultural referente a um tempo histórico específico, à cultura e ao ambiente relacionado a cada indivíduo. Assim, o conceito de uma única masculinidade é falho, porque essencializa o caráter dos homens e

impõe uma falsa unidade em uma realidade fluída e contraditória, pois as masculinidades são múltiplas (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2005).

O conceito de masculinidade no singular é criticado por ser enquadrado dentro de uma concepção heteronormativa de gênero que essencializa a diferença entre o masculino e o feminino numa categoria comportamental referente às dimensões sexuais (biológica) e não de gênero (cultural) (CONNELL, 2005; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2005; RABELO, 2010).

Os estudos mais recentes no campo de gênero sinalizam que a crescente correlação entre as discussões de gêneros, raças e classes têm demonstrado múltiplas maneiras de relacionar a masculinidade no meio cultural, pois existe nas sociedades homens negros que são homossexuais, trabalhadores de fábricas que têm as mãos afeminadas, homens que choram e que se emocionam, que são frágeis e não violentos, homens esses que vão contra a denominação de um único modelo de masculinidade (CONNELL, 2005).

A masculinidade não é uma entidade fixa embutida no corpo ou nos traços de personalidade dos indivíduos. Masculinidades são configurações de práticas em torno da posição dos homens que são realizadas na ação social e, portanto, são múltiplas, podendo variar de acordo com as relações de gênero dentro de um mesmo contexto (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2005).

Nesta definição podemos inferir que Connell (2005), ao conceituar as múltiplas masculinidades, refere-se às configurações de práticas como sendo as ações reais que o homem exerce, e não as que lhe é esperado, imaginado ou estipulado que faça. Quanto à posição que os homens exercem, refere-se às relações sociais e também corporais que assumem, não excluindo a carga simbólica e física na construção do masculino (COURTENAY; 2009). Ao se reportar sobre as relações de gênero, a autora defende seu sentido amplo; para ela essas relações contemplam a economia, o estado, a família, a sexualidade e a política. Assim, não se pode afirmar a existência de masculinidade dentro de um modelo binário macho-fêmea, pois, a masculinidade se multiplica entre os modelos culturais (CONNELL, 2012).

Nessa perspectiva, Connell (2005) define a existência de quatro padrões de masculinidades. Destaca existência de outros que não estão descritos em sua obra, mas que coexistem nas relações sociais dos indivíduos, as quais dependem diretamente do meio cultural no qual estão inseridos. As quatro formas de organização social das masculinidades são: hegemônica, subordinada, cumplicidade e marginalizada, as quais serão apresentadas a seguir.

A masculinidade hegemônica refere-se ao patriarcado, a forma paternalista de se relacionar que se distancia dos comportamentos ditos como femininos, caracteriza-se pela dominação dos homens e a subordinação das mulheres além da exclusão dos homossexuais. Este tipo de masculinidade parte do posicionamento heterossexual em relação ao gênero; neste sentido, nem sempre esses homens são representados por sujeitos mais poderosos como donos de grandes empresas e militares, mas também por atores de filmes, super-heróis, esportistas e qualquer outra figura de destaque em um meio social que demonstra supremacia ou autoridade sobre outros grupos de homens (CONNELL, 2005).

A masculinidade subordinada diz respeito à dominação e subordinação entre grupos de homens, como é o caso da dominação dos homens heterossexuais sobre os homens homossexuais. Connell (2005) relata que os homens gays são subordinados aos homens heterossexuais por uma série de práticas como: política, cultura de exclusão, abusos (nos EUA grupos de homens homossexuais têm se tornado os principais alvos da direita religiosa), violência legal, violência de rua (que varia da intimidação ao assassinato), discriminação econômica e boicotes. Os homossexuais, nesta perspectiva, são considerados a parte inferior da hierarquia masculina. A homossexualidade, em uma ideologia patriarcal, é o modelo de tudo aquilo que é simbolicamente expulso da masculinidade hegemônica, os comportamentos que variam desde a escolha de decorações da casa ao prazer anal receptivo que são ligados facilmente a comportamentos femininos (CONNELL, 2005).

A masculinidade de cumplicidade define-se pela conexão com o projeto de masculinidade hegemônica, mas sem a completa incorporação dos atributos desta última. São entendidas como cúmplices porque percebem e desfrutam de algumas vantagens do patriarcado. É uma versão mais frouxa das masculinidades hegemônicas. Exemplo disso é o que ocorre com homens que são casados e perante a sua comunidade desenvolvem uma relação de coparticipação com sua mulher ao invés de dominá-la ou exibir sua autoridade sobre ela. Um grande número de homens que não incorporam totalmente o patriarcalismo também respeitam suas esposas e mães, não são violentos com as mulheres, fazem suas atividades de costume, ajudam as mulheres nos trabalhos de casa e trabalham para sustentar toda sua família (CONNELL, 2005).

A hegemonia, subordinação e cumplicidade são definições de masculinidades inerentes ao gênero, todavia as relações de gêneros com outras estruturas como classes e raças permitem maiores relações entre as masculinidades, como apresentada a seguir.

As masculinidades marginalizadas fazem referência à interação existente entre os organismos e os processos sociais, ou seja, nas relações entre as masculinidades e classes ou

grupos étnicos dominantes e subordinados, como no caso da supremacia de homens brancos sobre homens negros (esses desempenham papéis simbólicos para a construção de gênero dos brancos), de empregados sobre desempregados ou ricos sobre pobres (CONNELL, 2005).

A marginalização está sempre relacionada à autoridade da masculinidade hegemônica dos grupos dominantes; um exemplo dessa autoridade ocorre particularmente nos EUA onde os atletas negros são exemplos de incorporação da masculinidade hegemônica. Porém, a fama e a riqueza não dão autoridade social para os homens negros em geral, e mesmo que a figura desses esportistas se tornem um exemplo de resistência masculina, a figura do negro continua sendo depreciada (CONNELL, 2005).

Estes tipos de relacionamentos - hegemonia, subordinação/dominação e cumplicidade, por um lado, e a marginalização/autorização do outro, nos fornece um quadro em que podemos analisar as masculinidades de formas mais específicas, que rompem com o modelo singular de masculinidade (ABOIM, 2010). Enfatiza-se que cada termo - masculinidade hegemônica, marginalização das masculinidades, cumplicidade e subordinação, não são nomenclaturas fixas dos tipos de caráter exercidos pelos homens, mas configurações de práticas geradas em situações particulares das mudanças dos seus relacionamentos socioculturais (CONNELL, 2005; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2005).

Dessa forma, por estarem em situações de mudanças, as masculinidades estão constantemente em relação umas com as outras, num processo constante de disputa por poder nas relações de gênero. Dentro de um grupo social de pessoas do sexo masculino, ao mesmo tempo é possível perceber que se estabelecem hierarquias, relações de poder, dominação, subordinação, privilégios e negociações que se organizam para exercer seu lugar hegemônico dentro das relações.

As masculinidades estão em constante disputa, convencimento e modificação de padrões, símbolos e referências entre si para exercer um status de “hegemonia”, sendo as demais masculinidades periféricas às concorrentes ou afirmadoras dessa status. Este fato é que as tornam não apenas múltiplas a cada momento dentro de uma sociedade multicultural, mas também mutáveis ao longo do tempo e frente a diferentes contextos dentro de uma relação de poder homo social. Assim, dependendo da hegemonia masculina exercida, os homens enfrentarão de maneiras diferentes o cuidado com seu corpo e sua doença (CONNELL, 2001; CONNELL, 2005; ABOIM, 2010).

Há diferença entre masculinidades locais, regionais e globalizadas que necessitam ser entendidas para melhor compreender o contexto em que foram analisadas as masculinidades dos homens investigados nesta pesquisa. Connell e Messerschmidt (2005) consideram que as

masculinidades globais são construídas em arenas transnacionais das políticas mundiais, as quais incorporam uma visão neoliberal da masculinidade tradicional e adotam questões de racionalidade e competitividade como papel central, como ocorre no mundo dos negócios globalizados e nos meios militares. As masculinidades regionais são construídas no nível da cultura ou do Estado-nação, como exemplo podem ser encontradas nos estudos discursivos, políticos e demográficos. As masculinidades locais são construídas de forma mais focada que as demais, articulam-se nas arenas de interação entre o indivíduo e as teias sociais, organizações e comunidades a que pertencem. Este tipo de masculinidade é investigado comumente nas pesquisas etnográficas e de história de vida.

Ancorados na fundamentação teórica dos níveis de construção das masculinidades apresentados, defendemos que o foco deste estudo foi desenvolvido nas construções socioculturais locais das masculinidades de um grupo de adoecidos pelo CP, do interior do estado de São Paulo – Brasil; para aprender os significados das masculinidades globalizadas, se faz necessário, inicialmente analisar as locais.

4.2 Referenciando a abordagem metodológica no âmbito da etnografia narrativa

Para melhor compreender os processos de adoecimento dos homens, há a necessidade de se reconhecer a importância da vida cotidiana e dos sentimentos humanos, por metodologias que privilegiem a dimensão subjetiva da masculinidade. É pela subjetividade que analisamos os sentidos específicos da experiência com o adoecimento, sem deixar de relacionar o singular com a perspectiva social mais ampla (CONNEL, 2005; POPE; MAYS, 2009).

Como o foco deste estudo foram as subjetividades da experiência do homem com o CP com atenção às masculinidades, a metodologia qualitativa ou interpretativa é a que possibilitou obter informações sobre as sutilezas e complexidades das respostas humanas atribuídas às suas experiências sobre a doença e aos seus tratamentos, essenciais para a construção de intervenções de enfermagem culturalmente sensíveis e efetivas (POPE; MAYS, 2009).

Denzin e Lincoln (2011) compreendem que a pesquisa qualitativa é um processo que tem por característica ser flexível ajustando-se ao que vai sendo descoberto durante a coleta de dados, envolve múltiplas estratégias de coleta de dados (triangulação), busca a

compreensão de uma experiência dentro de um contexto, exige intenso envolvimento dos pesquisadores no campo por longos períodos, além de uma análise contínua dos dados para formular estratégias subsequentes.

Quanto à experiência que interpretamos, Squire (2012) destaca que é por ela que os sentidos de um fenômeno são vivenciados por um indivíduo. Ela é produto da reflexão pessoal sobre a compreensão de si mesmo e do seu significado na vida. Embora a experiência possa ser comum a vários indivíduos, a experiência de cada um sobre o mesmo episódio é única, dependendo de sua personalidade, biografia e participação na história.

Por isso, optamos pelo emprego do método etnográfico narrativo, que tem a finalidade de organizar os significados de uma experiência para as pessoas. A etnografia utiliza um conjunto de técnicas de coleta de dados, como a observação participante, a entrevista, anotações de campo, análise de documentos, vídeos e outros, compondo um campo estruturado, pressupondo a organização e a hierarquização dos elementos do seu conteúdo. Logo, têm-se técnicas que possibilitam a aproximação com o senso comum sobre um evento, processo ou fenômeno, como as fontes orais, comportamentais e históricas dos participantes (CRANG; COOK, 2007; JONES, WATT, 2010).

A etnografia busca a compreensão e descrição de uma cultura ou de um comportamento cultural que perpassam as etapas de aprender, descrever e explicar e levam ao seu sentido mais amplo, interpretar. Neste estudo aprendemos com os adoecidos de CP, e não os estudamos, pois o que buscávamos era compreender sua visão de mundo, para isso partimos de uma perspectiva êmica que focalizou as experiências dos adoecidos de CP a fim de construir o texto etnográfico.

Seguimos os preceitos de Crang e Cook (2007) que entendem que os indivíduos apresentam múltiplas experiências e comportam-se de diferentes formas de acordo com o tempo e lugar em que vivem. Neste contexto empregamos a etnografia narrativa, pois ela não descreve apenas o que um sujeito pensa e faz, mas rastreia as ligações entre suas ações e suas relações com a sua história, ou seja, seu universo cultural, buscando identificar as dimensões mais amplas que podem influenciar em sua experiência com o CP e seus tratamentos e sobrevivência (CRANG; COOK, 2007; JONES, WATT, 2010).

Para a interpretação das fontes orais, veículo pelo qual os sujeitos narram as suas histórias, utilizamos a narrativa como uma estratégia para ter acesso aos sentidos dos dados coletados da experiência com CP, pela linguagem dos adoecidos e suas interpretações, coerentes com as perspectivas da antropologia médica interpretativa, segundo as colocações de Mattingly e Garro (2000), Squire (2012) e Onocko-Campos *et al.*, (2013).

Para Onocko-Campos e colaboradores (2013), o ato de narrar histórias proporciona aos entrevistados a união de normas, valores, expectativas sociais e coletivas e desenvolvem formas específicas de pensar, explicar e agir nas situações cotidianas. Para Squire (2012), as narrativas centradas na experiência são sequenciais e significativas, e sua reconstituição e expressão revelam transformações ou mudanças ocorridas em suas vidas com a doença.

As narrativas são uma forma de dar sentido ao que se vive, por isso a utilização do método narrativo associado com o etnográfico tem-se tornado frequente nos estudos qualitativos, por possibilitar a compreensão das experiências em diferentes momentos, indo além da construção de histórias. Ela possibilita a inserção de mundos de vida (narrador e ouvinte) como uma característica construtiva da narrativa a qual compreendemos como uma fusão de horizontes que permite ao pesquisador chegar a um conhecimento tácito (informações sobre a cultura que estão enraizadas nas experiências a ponto dos adoecidos nem falarem mais a respeito delas, como os comportamentos hegemônicos masculinos muitas vezes naturalizados pelo sujeito) (SQUIRE, 2012; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

Seguimos a proposta metodológica de Squire (2012) que se refere ao método narrativo centrado na experiência, pois para a autora a narrativa comporta-se como uma representação e reconstrução da realidade vivida, dessa forma ela produz histórias sequenciais, significativas que representam as experiências. Este tipo de narrativa envolve movimento, sucessão, progressão, ou seja, sequências temporais, articulação ou desenvolvimento de sentidos e significados.

As narrativas são dinâmicas, não podem ser exatamente repetidas como ocorreram, pois as palavras multiplicam o universo de significados, e as histórias são apresentadas diferentemente em contextos sociais distintos; desta forma transmitem a experiência por meio da sua reconstituição, resultando em múltiplos e mutáveis enredos (SQUIRE, 2012).

Na pesquisa narrativa centrada na experiência, o agir humano com respeito aos seus valores éticos (agenciamento) é foco de interesse dentro das experiências. Busca-se captar as transformações da vida do adoecido por CP e compreendê-las por meio dos sentidos descritos e construídos por significados (SQUIRE, 2012).

Onocko-Campos e colaboradores (2013) concordam com Squire (2012) sobre o processo narrativo ser ficcional, ou seja, o adoecido sempre dá sentido àquilo que ele compreendeu do fenômeno que ele está vivendo. Devido à sua característica de reciprocidade, tudo que se pode narrar desenvolve-se em relação ao tempo, e tudo que acontece no tempo é possível de ser narrado.

Dentro das especificidades do método narrativo, na abordagem hermenêutica, para que algo seja narrado é necessário que o narrador implemente o *corpus* textual, que inclua elementos como: personagens (quem faz ação), sequência temporal (época que passa a estória, duração), intrigas ou enredos (conjunto de fatos), espaços (lugar onde se passa a ação) e ambientes (espaço carregado de diferentes características socioeconômicas, morais e psicológicas onde vivem os personagens), os quais podem ser mais ou menos valorizados de acordo com a perspectiva do narrador (SILVA; TRENTINI, 2002).

Riessman (2008) defende que a organização de um texto narrativo segue um processo de construção onde as narrativas são (co)construídas pela expressão subjetiva do fato com a participação do pesquisador na apresentação das observações, interpretação das figuras de linguagens, ironias, paradoxos e os tons contidos em cada palavra e sua relação com a estória, ou seja, o pesquisador é um sujeito ativo na construção do texto. Para a autora, o pesquisador, durante a construção do texto narrativo, deve: contemplar a transcrição dos fatos; acrescentar as atitudes e comportamentos observados; identificar temas; organizar temporalmente os temas; interpretar o texto levando em conta todos os fatores que podem influenciar no seu sentido e elaborar um *corpus* que compreenda os relatos em sua totalidade.

Os sentidos narrados são articulados pela linguagem, capturada principalmente por entrevistas as quais neste estudo serão realizadas por um roteiro semiestruturado. Seguimos os pressupostos descritos por Pope e Mays (2009), Riessman (2008) e Squire (2012) os quais destacam que o roteiro de entrevista não pode ser rígido e nem o único meio de auxílio para a captação de experiências, pois em cada encontro com o participante, novas informações podem ser acrescentadas. Este fato leva o pesquisador a elaborar novos questionamentos e buscar novas expectativas da experiência do adoecido de modo contínuo na coleta de dados.

No processo de captação dos sentidos emanados pela linguagem do locutor, embora devesse deixar o narrador falar livremente sobre o fenômeno em estudo, o pesquisador direciona determinados aspectos a fim de aprofundar uma realidade relevante para a compreensão do enredo explorado, pois o pesquisador não deve perder o foco da pesquisa (POPE; MAYS, 2009; SQUIRE, 2012). A busca pela manutenção desse foco acompanha o processo da transcrição oral e requer que no texto escrito sejam anotados, em sequência, as observações realizadas e as reflexões após o contato com cada participante, de modo que os aspectos contextuais sejam registrados em um diário de campo (SILVA; TRENTINI, 2002).

Para o método etnográfico narrativo recomenda-se o uso de notas no diário de campo para que as informações não verbalizadas e o contexto observado não se tornem esquecidos. Este é reconhecido como a ferramenta básica na etnografia. Nele busca-se anotar observações,

experiências, sentimentos e sensações do pesquisador dentro do contexto do investigado (CAPRARA; LANDIM, 2008).

As narrativas produzidas neste estudo foram submetidas à análise temática por um processo indutivo. A análise temática trata-se de um método utilizado para identificar, analisar e reportar padrões (aspectos comuns) na construção de temas (elaborados pelo pesquisador para capturar significados importantes e comuns em relação à questão de pesquisa) entre os dados (BRAUN; CLARKE, 2006). Riessman (2008) afirma que este tipo de análise preocupa-se essencialmente com o significado da narrativa, ou seja, com o que, como, a quem e porquê os fatos foram ditos dentro do enredo, arremetendo assim ao universo de interesse social.

Schmidt (2012) destaca que a análise temática segue o processo hermenêutico que relata sobre as experiências, significados e realidade, que partem da descrição compreensiva, para a explicação dos fenômenos densamente contextualizados, ou seja, da compreensão ingênua (mimese 1), compreensão intermediária (mimese 2) à compreensão sábia (mimese 3). É através do círculo hermenêutico que se consegue a fusão de horizontes, processo que perpassa o dialógico e o dialético, ou seja, o pesquisador descreve, explica e interpreta as narrativas com compreensão e alteridade.

Esse processo de análise das narrativas facilita a elucidação da interpretação que cada participante faz de sua experiência, por meio de sentidos. Ao analisar o conjunto das experiências, é possível perceber que, embora cada evidência seja única, acabam mostrando, em sua essência, semelhanças com as experiências de outras pessoas (SILVA; TRENTINI, 2002).

Como o foco desta pesquisa aponta para os aspectos da experiência do adoecido com CP dentro do seu contexto cultural, a pesquisa narrativa compreende que o pesquisador analise seus dados considerando esse contexto, descrevendo como ele tem se alterado, suas influências (religião, políticas de saúde, gênero, entre outros) na vida dos adoecidos, e as possíveis consequências culturais sobre a sua experiência (SQUIRE, 2012). A **figura 3** sintetiza o percurso metodológico estruturado nesta investigação.

Figura 3: Fluxo – Síntese do processo metodológico adotado.

Fonte: Organizado pelos pesquisadores.

O homem adoecido por CP detém a experiência que pretendemos conhecer (nativo), ou seja, a compreensão ingênua, pois vivencia a doença e lida com ela no seu biológico e social. A este homem focamos nossa pesquisa e por meio de entrevistas, observações, anotações em diário de campo, reflexões e vivência com ele aprendemos sobre à sua experiência. Em seguida transcrevemos os dados obtidos, codificando-os para torná-los explicativos, analisamos esse texto codificado e refletimos sobre às suas partes e seu todo para compreender os sentidos expressos em seu enredo. Nesse processo, sempre que surgiam novas lacunas de conhecimento que necessitavam de maiores explicações para compor suas experiências, retornávamos com os nativos e recomeçávamos a investigação. Quando as dúvidas eram sanadas (até aquele momento) submetíamos o texto da experiência dos nativos ao processo de análise temática, a qual por meio da indução, característico do seu rigor, nos permitia realizar a fusão de horizontes (união do senso comum com o conhecimento científico) e construir de forma explicativa os enredos de sua experiência em histórias narradas, alcançando assim os sentidos, ou seja, uma compreensão madura dos fatos. Todavia, mesmo após todo esse processo, durante a reflexividade, se as partes não se encaixassem ao

todo e, se o todo não se encaixasse às partes do texto, retornávamos aos nativos para sanar dúvidas e vivenciar novas perspectivas que auxiliavam a aprender mais sobre suas experiências e estruturar uma explicação compreensiva de suas narrativas. Esse ir e vir com os nativos, com a análise, com as narrativas e com a nossa reflexividade esteve presente durante todas as etapas desta pesquisa, e só foi possível o acesso porque adotamos como guia de nossas ações o círculo hermenêutico. Este, por sua vez, será detalhado no tópico sobre procedimentos para coleta e análise dos dados.

*Quando eu operei
depois de um tempo
minha relação com a
minha mulher começou
a se desgastar, porque
ela meio que se cansou
de todas as minhas
limitações, eu nunca
podia fazer isso e
aquilo, e deu no que
deu.*

*Hoje eu moro aqui na
casinha dos fundos e ela
e minha filha moram lá
na frente. Me sinto um
inútil e só sirvo pra
alguma coisa na hora de
fazer força pra levar as
coisas da rua.*

*Eu queria ser um cara
ativo, porque homem é
assim. É ele que come,
que pega, e está na
minha natureza ser
assim, só que com o
tumor dentro de mim
não dava mais e agora
sem ele continua não
dando. O homem que eu
era morreu!*

Thiago

5 Operacionalização da pesquisa

5.1 Considerações éticas

Para o desenvolvimento deste estudo contamos com a autorização da chefia imediata do Ambulatório de Urologia e do chefe do Departamento de Anatomia e Cirurgia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP). Em seguida, considerando o envolvimento de seres humanos, o cuidado ético dos pesquisadores e em observância à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 (CNS, 2012), este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sendo aprovado em 15/03/2013, sob o Protocolo n. 054/2013. De acordo com as diretrizes éticas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), sendo seguidos os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência.

Na ocasião elaboramos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para solicitar a autorização dos participantes para a realização da observação participante e da coleta de dados por meio de entrevistas audiogravadas. O TCLE (Apêndice A) foi elaborado em linguagem clara e objetiva, e continha informações sobre os objetivos do estudo, os procedimentos utilizados para a coleta de dados, a necessidade de encontro em mais de uma entrevista, os possíveis riscos e benefícios de sua participação. Nesse termo também constava nossa disponibilidade para garantir esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento, bem como a possibilidade de recusa ou desistência em qualquer etapa do estudo, sem prejuízo para o participante, além de sua autorização para que a entrevista fosse gravada, com auxílio de um gravador digital. Todas as informações do termo foram discutidas com os participantes anteriormente, e o ingresso na pesquisa e suas dúvidas foram esclarecidas. Somente depois deste passo e de sua autorização escrita por meio de assinatura em duas vias do termo (uma de posse do participante e outro do pesquisador – adicionado em local seguro) iniciamos nossa pesquisa.

O anonimato dos participantes foi assegurado substituindo seus nomes reais por nomes fictícios, indicados pelos próprios participantes, além do manuseio ético dos dados atribuídos pelos pesquisadores.

Campo de pesquisa/ seleção dos participantes

Esta pesquisa foi desenvolvida em dois ambientes, um deles foi o Ambulatório de Urologia Oncológica do HCFMRP, referência para o tratamento do câncer urológico no interior do Estado de São Paulo, e o segundo no domicílio dos adoecidos ou em outros locais em que os mesmos se sentissem mais à vontade para relatar suas experiências.

Utilizamos o referido ambulatório como um ponto de partida, onde realizamos o contato inicial com os adoecidos, pois foi neste setor que os homens realizavam suas consultas, diagnósticos e foram encaminhados para os possíveis tratamentos. Após esse contato inicial onde apresentamos o estudo, seus objetivos, possíveis riscos e benefícios (entre outros dados contidos no TCLE), os homens que atendiam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

Destacamos que os critérios de inclusão adotados para este estudo foram: homens com diagnóstico de CP há pelo menos três meses em tratamento, maiores de 18 anos, independente do nível de escolaridade e socioeconômico, que estivessem em condições físicas para participação, residentes no município de Ribeirão Preto/SP ou região, em um raio de distância de 100 km.

A priori não estabelecemos um número de participantes que poderiam ingressar na pesquisa, pois como afirmam Pope e Mays (2009) a expressão quantitativa dos participantes não expressa a significância da qualidade dos seus dados. Dessa forma, esta pesquisa foi conduzida até o momento em que conseguimos analisar nosso objeto de estudo detalhadamente por meio da expressão dos seus sentidos e significados, e também quando todos os objetivos foram respondidos. Assim, 17 homens em seguimento terapêutico para o CP compuseram o corpo desta pesquisa.

Para ampliar nosso conhecimento sobre a experiência do homem com CP, realizamos entrevistas, observações e vivências em um segundo cenário sugerido pelos participantes em que eles se sentiam familiarizados. Todo este processo será exemplificado e explicado detalhadamente mais adiante no tópico 6.1 ao discutirmos os dados do nosso diário de campo.

Procedimentos para coleta e análise dos dados

A observação-participante e a entrevista em profundidade foram os principais procedimentos de coleta de dados que utilizamos para o alcance do método etnográfico narrativo. Para tanto, consideramos as seguintes questões norteadoras para nossa conversa inicial e também para auxiliar a coleta de dados: O que você sabe sobre este tipo de câncer? Por que você teve esta doença? Como é lidar com os tratamentos? Como está à sua vida agora? O que mudou na sua vida? O que você pensa sobre o futuro? O que faz para se cuidar? A sua vida como homem mudou? Por quê? Ressaltamos que essas questões só conduziram uma teia inicial do que abordamos em campo, pois para cada participante, conforme ele ia expressando os significados de sua experiência, outras questões foram sendo formuladas de forma individualizada, assim acessávamos as nuances de cada história e ações apresentadas. Destacamos também que após cada encontro, os dados foram copilados e submetidos à análise junto com as possíveis reflexões registradas no diário de campo, realizando assim, o levantamento de novos questionamentos que foram aprofundados nos encontros posteriores.

Pela característica dos estudos qualitativos primarem pelo intenso envolvimento dos pesquisadores no campo, por longos períodos, além de uma análise contínua dos dados, realizamos várias entrevistas com cada participante até alcançarmos os objetivos propostos.

Para analisar os dados, optamos pela construção do texto narrativo com base na hermenêutica de Paul Ricoeur, alcançado por meio das etapas do círculo hermenêutico assim descritas: a compreensão ingênua, a explicação com base no contexto e na história de vida dos participantes (sentidos) e, por fim, a compreensão madura (interpretação/significados) (SCHMIDT, 2012), como exemplificado na **figura 3**. Dessa forma, os dados obtidos pelas entrevistas, observações de cada participante e registros do diário de campo foram transcritos, formando assim textos narrativos.

De posse dos textos narrativos, nos distanciamos dos participantes para interpretá-los. Este distanciamento, segundo Ricoeur (*apud* SCHMIDT, 2012), permite que o pesquisador identifique um texto que não pertence nem ao entrevistado e nem ao leitor, pressupondo-se controle na interpretação. Para Squire (2008), neste momento então, deve-se iniciar a busca por temas por meio da descrição temática das entrevistas e observações e, posteriormente, o desenvolvimento de explicações para o acontecimento das histórias.

Na busca pela construção de temas, optamos por analisar as narrativas utilizando a análise temática indutiva proposta por Braun e Clarke (2006). Este tipo de análise consiste num processo interpretativo de analisar dados subjetivos com aspectos comuns, relações e diferenças entre eles, integrando-os em temas. As autoras sugerem as seguintes fases: 1) organização dos dados obtidos com cada participante de modo a transformá-los em textos; 2) identificação dos conflitos vividos, organizando-os em uma sequência que permita encontrar conexões com outros momentos dos relatos e com a história que está sendo contada; 3) destaque das palavras, expressões e frases que se repetem e de conteúdos abordados com maior ênfase, buscando verificar onde os participantes colocam especial atenção em seus discursos; 4) identificação das conexões temáticas ou o que une os diferentes temas como fio condutor em cada texto; 5) identificação do enredo do texto, isto é, que história ele conta, o que ele tenta dizer ao selecionar determinados fatos, situações ou comentários que caracterizam a ideia central da experiência (BRAUN; CLARKE, 2006; JONES; WATT, 2010).

Durante este tipo de análise, o círculo hermenêutico se processa examinando o todo dos textos narrativos e as partes em relação a este todo, processo que nos permitiu obter a compreensão, a explicação e a interpretação da experiência dos homens com CP. Neste processo, o pesquisador dialoga com a teoria e a literatura, a fim de elaborar argumentos para os significados expressos (temas) e os diferentes contextos nos quais eles foram encontrados (BRAUN; CLARKE, 2006; JONES; WATT, 2010).

Neste processo interpretativo o círculo hermenêutico nunca se fecha até que os objetivos do estudo tenham sido respondidos, pois pode haver múltiplas explicações para um determinado acontecimento, não há uma única verdade e as experiências se modificam junto aos contextos socioculturais. No entanto, conforme ressaltado por Squire (2008), a explicação de uma experiência dentro da narrativa deve ser sequenciada pela progressão dos temas, pelas transformações ocorridas e por suas resoluções. Dessa forma, Ricoeur (*apud* Schmidt, 2012) incita que o pesquisador tem acesso aos sentidos dados à experiência individual, o que nos leva então a construir os significados, ou seja, a interpretá-los buscando alcançar uma compreensão madura (segunda transição), para assim finalizar ou reiniciar o círculo hermenêutico.

As estratégias estabelecidas para obtenção do rigor desta pesquisa foram: 1) proporcionar o engajamento prolongado nos ambientes do estudo com os participantes visando minimizar as reações do pesquisador nos contextos; 2) convidar os homens independente da idade (entretanto, obedecendo os princípios dos nossos critérios de inclusão),

do nível socioeconômico e educacional, a fim de obter diferentes perspectivas da experiência; 3) realizar várias observações das mesmas atividades no contexto natural; desenvolver várias entrevistas formais e informais com os participantes sobre um mesmo tópico, em momentos distintos, procurando aprofundar e clarificar os sentidos elaborados; 4) descrever as características sociais dos participantes e dos contextos do estudo, dos métodos e processos de coleta e análise dos dados, de modo que os resultados possam ter validade e possam ser transferidos a situações semelhantes; 5) realizar os processos de análise e interpretação dos dados apresentando as evidências extraídas dos relatos dos participantes, argumentando os resultados com base no referencial teórico e na literatura (WALSH; DOWNE, 2006; PADGETT, 2008).

*Tentei me masturbar
algumas vezes pra ver se
voltava. Pensava na
minha mulher, assistia
filmes, mas não
adiantava muita coisa
não. Por mais que eu
não tivesse a próstata
pra ajudar, alguma
coisa acho que ia sair de
lá, mas não saía nada.*

*Todo homem se
masturba, a gente
aprende isso em todo
lugar e faz desde de
criança. É uma coisa
muito boa sentir aquele
tremorzinho no final,
mas a gente doente,
hum... pode esquecer
isso! Não faz parte mais
da minha natureza,
agora sou homem
mesmo só pra
conversar, porque nem
vontade mais eu tenho.*

*A gente fica triste, mas
perder tempo com coisa
que não tem jeito é
burrice, por isso prefiro
esquecer isso, aceitar na
boa e seguir, me dedicar
a outras coisas, porque
normal eu não vou ficar
mais. A doença tirou
tudo de mim.*

Jesus

6 Resultados e discussão

Este capítulo será apresentado em três etapas. Na primeira descreveremos nossas práticas em campo (aproximação com os sujeitos, dificuldades e facilidades para realizar os registros dos dados, análise e interpretações). Na segunda etapa trataremos do contexto dos participantes do estudo por meio de suas características socioculturais e clínicas que julgamos ser necessárias para contextualizarmos suas experiências. Na terceira, apresentaremos as sínteses narrativas, os significados derivados das nossas interpretações e discussões das experiências dos homens com CP na perspectiva das masculinidades e da antropologia.

6.1 Da instituição hospitalar aos cenários masculinos: o processo da pesquisa e os contornos etnográficos

Compreendemos que é pela pesquisa que acessamos a realidade das diferentes perspectivas sobre o processo de enfrentamento do adoecimento de muitos homens. Neste sentido, vários estudos vêm sendo desenvolvidos relacionando aspectos envolvendo homens, masculinidades e saúde (GOMES, *et al.*, 2008; ROBERTSON, *et al.*, 2010; MINAYO, *et al.*, 2012; WENGER; OLIFFE, 2013; BERTOLINI; SIMONETTI, 2014; STAPLETON; PATTISON, 2015). Entretanto, poucos deles demonstram como se articulou o engajamento dos pesquisadores durante a geração dos dados, as observações realizadas, as negociações, a permanência em campo e as perspectivas dos pesquisadores. Assim, não permite a construção de uma trilha que possibilite a checagem dos dados como apontam Denzin e Lincoln (2011) sobre os critérios de validade de uma pesquisa autoconsciente.

Acreditamos que critérios como credibilidade (refletir o contexto do participante), autenticidade (representar as diferentes experiências entre os participantes), clareza (apresentação das decisões metodológicas, interpretativas e vieses do pesquisador), vivacidade (as descrições densas são fiéis às retratadas pelos participantes), congruência (apresentar os resultados dentro de um contexto) e sensibilidade (a investigação é sensível à cultura e aos contextos culturais) são fundamentais para a validade dos estudos qualitativos (DENZIN; LINCOLN, 2011; JÚNIOR, *et al.*, 2011; ULLRICH, *et al.*, 2012) e também como guia para futuras pesquisas.

Descrever os contornos etnográficos abordados neste estudo remete-se a um passo na busca pelo fortalecimento desses critérios e apresentação de melhores evidências, pois a descrição do contexto da pesquisa é um rigor fundamental para a manutenção da ética na

pesquisa, uma vez que um dado descontextualizado torna-se corrompido no seu significado e interpretação (VICTORA, 2011; KNAUTH; LEAL, 2014)

Saber como os homens pensam, agem e guiam seus cuidados de saúde, demonstrou ser um exercício bastante árduo e desafiador, pois foi preciso conciliar duas identidades: a de pesquisador, que se inicia no método antropológico e analisa as questões socioculturais, e a de enfermeiro, que lança um olhar sobre as questões de saúde. Portanto, a fim de fornecer aos leitores explicações quanto ao processo da pesquisa e os contornos do seu contexto, julgamos ser necessário narrar a experiência que adquirimos no desenvolvimento desta etnografia, sobre as masculinidades dos homens adoecidos por CP.

Sobre relações, vínculos e laços

Nosso ponto de partida é o Ambulatório de Urologia Oncológica do HCFMRP/USP. Em setembro de 2012, alguns meses antes da aprovação ética do comitê que estava avaliando a proposta de pesquisa, mas com a permissão legal de colaboração da instituição participante, ingressamos no ambiente hospitalar com a intenção de conhecermos sobre a rotina que ali era desenvolvida para o fornecimento de cuidados aos homens adoecidos com CP.

Inicialmente fizemos a opção de irmos todos os dias no ambulatório, mas depois de duas semanas comparecendo regularmente na instituição, começamos a frequentar somente às segundas, terças e quintas-feiras no período vespertino, pois percebemos que os adoecidos com CP eram mais assíduos nesse período e nesses dias da semana.

Observamos a rotina dos pacientes e profissionais do setor cerca de cinco meses, até conseguirmos o parecer positivo da apreciação ética pelo comitê. Uma vez inseridos na instituição, percebemos que, os adoecidos com CP em tratamento estavam sempre frequentando o local para a realização de exames e consultas, sendo os mesmo previamente agendados. Dessa forma, utilizamos a estratégia de acompanhá-los antes de suas consultas, quando ainda estão na fila de espera aguardando para serem direcionados a um consultório, pois acreditamos que este contato prévio possibilitava a criação de um vínculo inicial.

Com o seguir do tempo, notamos que os homens abordados, quase sempre, sentiam-se privilegiados por estarem conversando com alguém que estivesse realizando uma pesquisa, pois entre tantas centenas de outros homens ali presentes, ele estava sendo convidado aleatoriamente para conversar sobre sua experiência em relação ao enfrentamento do CP. Nesta ocasião, nossas conversas nos corredores resumiam a apresentação do estudo em desenvolvimento e as características presentes no Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) como: os possíveis riscos e benefícios, critérios de inclusão e exclusão, entre outros.

Cabe ressaltar, que nem todos os homens abordados eram convidados para uma conversa mais aprofundada. Muitos a princípio, ao serem informados que pretendíamos conversar em outros ambientes que não se restringiam somente ao hospital, mas onde se sentissem à vontade para prestar seus relatos, e que possivelmente participaríamos de alguns momentos dos seus dia a dia, caso eles quisessem compartilhar conosco, ficavam apreensivos e acabavam excluindo-se do estudo; frases como: *“na minha casa não!”*; *“se fosse só para eu conversar com você aqui, até que eu participava”*; *“se eu ficar andando com homem do hospital lá em casa ou no trabalho o pessoal vai desconfiar da minha doença, então prefiro ficar de boa fora dessa”*; ou mesmo o clássico, *“não gosto muito de falar, e prefiro não participar, pois sou muito ocupado!”* e *“onde já se viu isso?! Agradeço a oportunidade, mais deixa quieto, esse negócio de próstata é roubada se a gente ficar falando para os outros”*, eram alguns dos discursos mais ouvidos naquele momento. Portanto, no ambulatório tivemos a oportunidade de conversar com mais de 40 homens adoecidos com CP, mas somente 17 obedeceram aos critérios de inclusão e estão compondo este estudo.

Um dos dilemas éticos bastante discutidos na atualidade sobre o processo da pesquisa qualitativa é o número de participantes. É comum ao enviarmos os resultados de pesquisas para a apreciação de um periódico, os avaliadores questionarem sobre a famosa saturação. Assim como Bowen (2008), O'Reilly e Parker (2012) e Fontanela e Magdaleno Júnior (2012) salientam, acreditamos que esse dilema decorre de uma má compreensão sobre a relação entre os sujeitos e o contexto que está sendo investigado e entre quantidade e qualidade. Para este estudo, partimos do pressuposto que não interessava aos nossos objetivos com quantas pessoas nós conversávamos, mas sim sobre o quê e como conversávamos, pois a definição dos participantes e o número deles envolvidos estava diretamente relacionado ao problema que estávamos estudando.

Realizamos a coleta de dados seguido da análise, e permitimos que os dados coletados interagissem com o desenvolvimento da teoria adotada, e por esta relação guiamos o processo de amostragem e coleta. Dessa forma, o número de 17 participantes não aponta só o número de casos contabilizados que utilizamos para justificar a matemática da pesquisa qualitativa, ele é muito mais que isso! É produto de uma lógica de (in)regularidades e sentidos que investigamos e que responderam todos os objetivos propostos.

Outro ponto de destaque da nossa experiência que salientamos, relaciona-se ao fato de alguém estar inserido no setor de urologia e estar observando rotinas dentro de um hospital,

até hoje não é bem compreendido pelos profissionais. Mesmo depois de recebermos o aval do responsável pelo setor e sermos apresentados aos funcionários, por vezes, os profissionais médicos ao saírem de seus consultórios para chamar o próximo paciente a ser atendido, foram até nós na sala de espera com um olhar interrogativo, indagar-nos sobre o que estávamos fazendo ali. Esclarecíamos que estávamos anotando detalhes da rotina, observando as interações entre as pessoas e conversando com alguns adoecidos. Eles sempre retornavam aos seus consultórios balançando a cabeça, em sinal afirmativo que estavam compreendendo.

Todavia, como o contato direto com os adoecidos só ocorria meses depois que realizávamos observações na sala de espera, já conhecíamos muitos dos profissionais de saúde que ali atuavam e dos adoecidos que frequentavam o local. Com o tempo percebemos que os profissionais já não nos observavam com o olhar de estranhamento do trabalho que estávamos desenvolvendo, e gestos como um sorriso e um aceno de mão começavam a surgir nos bastidores do ambulatório.

Certo dia quando já estávamos mais familiarizados com a equipe, um médico saiu do seu consultório para chamar o próximo paciente, e ao vê-lo conversando comigo, me convidou a entrar e assistir à sua consulta. Ao entrar no consultório ele apresentou-nos ao paciente e explicou que estávamos ali para realizar uma pesquisa muito importante, e que após a consulta voltaríamos a conversar com ele. Contente por ter desenvolvido uma relação de empatia e confiança entre a equipe de saúde do setor, sentimos que tínhamos passado no teste, que tinha sido aceito, algo parecido com o que Geertz (1978) descreveu sobre seu sentimento de ser aceito em sua etnografia durante a briga de galos em Bali. Desse momento em diante, outros médicos também começaram a convidar-nos para acompanhar suas consultas, o que facilitou ainda mais a nossa observação sobre as questões que afligiam os adoecidos dentro do seu contexto.

Magnani (2009) aponta que a pesquisa de campo percorre uma rede de relações e hierarquias nos quais o pesquisador porta-se como um mediador de relações, a fim de facilitar a busca por evidências. Se o pesquisador não for aceito pelos sujeitos pesquisados ou pelo ambiente de pesquisa, não há pesquisa. Para este antropólogo, essas relações contornam relações de poder, sendo imprescindíveis reconhecê-las, compreendê-las e respeitá-las para que a pesquisa ocorra.

Assim, respeitando as relações de poder estabelecidas entre pesquisador, médicos e paciente, a sala de espera e os consultórios se tornaram um complemento essencial para as observações e anotações que registrávamos em nosso diário de campo, de forma que esse instrumento tornou-se essencial para o relato de muitas informações que não foram captadas

pelo aparelho audiovisual utilizado. Dessa forma, sempre que uma informação nova era compartilhada ali, anotávamos em nosso diário.

Aprendemos com esta experiência, que uma vez inseridos em uma instituição hospitalar, a pesquisa etnográfica sofre vários contornos. Um deles faz menção ao fato que ao estarmos dentro de um hospital é necessário seguir os seus modos de organização, o que incide em acompanhar as atividades da equipe, ficar restrito aos seus horários, a forma de conduzir suas rotinas e, sobretudo, tomar cuidado para que em nenhum momento complique os laços que já tínhamos tecido entre a equipe de saúde e os adoecidos. Nessa perspectiva, cabe ressaltar que algumas perguntas jamais puderam ser feitas no hospital, pois ali não era o espaço onde poderíamos levantar dados sobre a trajetória social dos adoecidos; não convinha perguntar como começaram a perceber sinais e sintomas da doença, nem indagar sobre família, escola, trabalho ou a repercussão da doença em sua vida. Se isso acontecesse teria que partir deles próprios. Em termos práticos, estávamos restritos aos horários, trajetos e formas de interação entre os médicos, os adoecidos e a equipe de saúde.

Outro contorno, diz respeito a nossa identificação como enfermeiros. Inicialmente nos preocupamos com este fato, pois ao adentrarmos nos consultórios médicos para acompanhar algumas consultas, mesmo ressaltando aos profissionais a importância de sermos reconhecidos como pesquisadores, eles sempre nos apresentavam aos adoecidos como: *“os enfermeiros que estão fazendo uma pesquisa”*. De forma conotativa, a expressão pode até parecer inofensiva ou mesmo munida de um caráter qualificante, pois trata-se também de um profissional da saúde, assim como ele que estava consultando. Todavia, frisar que éramos enfermeiros, naquele primeiro momento, parecia ser algo que estava interligado a um símbolo social de que a enfermagem, a medicina, assim como outras ciências da saúde estão interessadas em assuntos diretamente relacionados aos aspectos clínicos, deixando de lado a teia sociocultural que se entrelaça a esses aspectos. Para nós, os elementos que compõem essa teia são os fios no meio da meada da experiência do adoecido com CP, e fazem parte do nosso objeto de pesquisa. Neste contexto, aprendemos na experiência profissional que a formação pode muitas vezes ser interpretada negativamente, pois a relação dos adoecidos com outros enfermeiros nem sempre é agradável, havendo casos de pacientes que fogem das consultas, que valorizam mais a ação curativa do médico em detrimento das ações de cuidado prestado pelos enfermeiros ou simplesmente afirmam só aceitarem o tratamento se não precisar passar pela enfermagem.

Fatos como os mencionados acima acontecem e de certa forma acreditamos que influenciaram muito na maneira como os adoecidos se comportaram na presença dos

pesquisadores. Alguns homens procuravam não falar muito da sua vida pessoal como suas relações frente ao trabalho, família e amigos. Direccionavam a conversa à descrição de sinais e sintomas da doença, ao rebuscamento de sua linguagem e a prestação constante de elogios à instituição hospital que foi atendido.

Ponderando as nossas ações como pesquisadores e, sobretudo como aprendizes da etnografia, tal envolvimento (pesquisador e participante) parecia superficial naquele momento, principalmente em relação aos contornos mencionados, na medida em que nublava o conhecimento mais denso das trajetórias individuais dos adoecidos. Frente a este ato reflexivo, passamos então a desembaraçar esses nós e fazer as travessias, começamos então com as visitas domiciliares.

Os cenários masculinos, os nós e as travessias

Logo após conversarmos na sala de espera ou acompanhá-los durante as consultas, trocávamos contatos e agendávamos uma possível visita ao local onde eles indicavam ser mais adequado para conversarmos sobre às suas experiências. Próximo à data marcada, procurávamos sempre ligar para confirmar nossa visita. Para nossa surpresa, muitos telefones simplesmente não existiam e muitos endereços eram apenas fictícios. Vários quilômetros foram percorridos do hospital aos endereços enganosos até que começamos a perceber o que havia acontecido. Alguns homens não queriam negar sua participação naquele momento e, para que não os procurassem mais, eles repassavam endereços que não os encontraríamos. Com o tempo e a experiência adquirida em campo, optamos por visitar somente aqueles adoecidos que atendiam previamente nossas ligações, marcavam a primeira visita em horários matutinos ou vespertinos e que demonstravam interesse em colaborar com a pesquisa, pois assim sanávamos esses entraves.

A maioria dos participantes do estudo reside na região de Ribeirão Preto. Entretanto, o acesso aos locais escolhidos para que conversássemos eram, em sua maioria, bastante precários, seja pela falta de infraestrutura em seus bairros ou mesmo de saneamento básico. Chegar até aos adoecidos se firmou como uma tarefa desafiadora e bastante perigosa, a contar pela alta taxa de violência na cidade. Ruas sem asfalto, esgoto a céu aberto, casas próximas aos pontos de venda de drogas, ruas desertas, falta de iluminação e mudança de endereço foram alguns dos nós encontrados nessa trajetória.

Destacamos que mais importante do que chegar no local, foi atentarmos como chegar. Geralmente quando as visitas ocorriam aos adoecidos que residiam em locais periféricos da cidade, procurávamos ir trajados com roupas pouco chamativas, com tarjas de campanhas

publicitárias e tênis gasto. Fazíamos isso, não por julgar a população daquele local como pertencente a uma classe social inferior ou algo do tipo, mas por acreditarmos que daquela maneira não nos identificaríamos como profissionais de saúde que os estavam visitando. Este ato, como mencionado no início desse texto, foi ressaltado como um dos motivos de alguns homens não aceitarem participar deste estudo, pois o fato de um profissional de saúde ir até à sua casa os submeteriam a um julgamento social de que estavam doentes, e os adoecidos não gostariam que isso fosse socializada. Quando as visitas passavam na região central ou comercial da cidade procurávamos estar mais apresentáveis, entretanto nada de grandes formalidades.

Exemplificamos a importância da escolha do traje de pesquisa, ao destacarmos a visita que realizamos na residência do senhor Reinaldo.

“[...] o entrevistado estava nos aguardando no saguão do seu prédio trajando terno e gravata, e ao nos ver com tênis e camisa polo branca, começou a pedir nossas credenciais e questionar que estávamos bem diferentes dos sujeitos que ele havia conversado no hospital. Percebemos que ele esperava por alguém vestido a sua altura, afinal ele iria conceder uma entrevista para uma pesquisa, mas por não nos apresentarmos daquela forma, gerou desconfiança sobre o nosso trabalho.” (Diário de campo, Reinaldo, 25/08/2014)

Concordamos que no desenvolvimento de uma etnografia urbana como a nossa, os pesquisadores que estão em campo têm uma série de desafios operacionais advindos da particularidade de se trabalhar com uma população heterogênea (VELHO, 2011; CORRICONDE, 2013). Buscamos compreender as experiências que esses sujeitos mantinham em comum ou não. Por isso, para enfrentarmos o desafio desta heterogeneidade de sentidos produzidos pelos homens, focalizamos a apresentação e discussão deste texto, em elementos que interpretamos serem mais relevantes para a compreensão de nossa experiência. Um deles é a descrição do local das entrevistas.

O fato de deixarmos livre para os participantes revelarem o lugar onde se sentiriam mais a vontade para estarmos conversando, demonstrou ser um fator bem curioso, pois alguns homens preferiram de imediato não nos recepcionarem em sua residência, e sim no seu local de trabalho ou mesmo na sacada do seu prédio, bares, feiras ou apartamentos. Acreditamos que esta opção se deve ao receio que os mesmos têm de socializar com os seus entes informações sobre o seu estado de saúde. O referencial da antropologia das masculinidades adotado para este estudo (CONNELL, 2005), auxilia no desenvolvimento de explicações para

este comportamento, atribuindo a força destes ao distanciamento de sentimentos que desvalorizam a identidade masculina hegemônica como fraqueza, inferioridade, submissão e feminilidade.

Salas reservadas distantes de outras pessoas, ou mesmo com muito movimento como mesa de bar, obras de construção civil e feiras, eram locais privilegiados por proporcionar uma familiaridade masculina, conforto e segurança aos depoentes, pois em muitos casos dispersavam sorrisos, faziam piadas irônicas sobre outros homens, entre outros. Todavia, sempre que eles encontravam alguém conhecido transitando nesses locais enquanto estávamos juntos, me apresentavam como um amigo ou um familiar distante, e anunciavam que estávamos colocando o papo em dia. Em poucas ocasiões era revelada minha identidade de entrevistador, pesquisador ou mesmo enfermeiro.

Em alguns casos, quando as entrevistas ocorriam nas residências, pudemos perceber que muitas respostas que os homens desenvolviam eram bastante diretivas, descontextualizadas e escassas de detalhes. Os homens, em diversas ocasiões, eram inibidos pela presença e ação de seus familiares. Muitas esposas coparticipavam de alguns momentos, transformando-se em uma espécie de informante secundária; sentiam necessidade de falar, de auxiliar seus esposos a lembrarem de fatos ou mesmo de chamarem sua atenção para revelarem como os fatos verdadeiramente aconteceram. Essas informações eram validadas pelos participantes e também compuseram o material desta tese.

Quanto aos locais de entrevistas, dois bares foram cenários de três conversas que tivemos com os adoecidos. Não fizemos ingestão de bebida alcoólica, mas apreciamos refrigerantes e petiscos em suas companhias. Neste local, os homens pareciam estar sempre em vigilância, olhando sobre os ombros e falando baixo. Entretanto, ao contrário das residências, as respostas eram bem elaboradas (o que, como, onde e por que de cada fato), cíclicas, e despreocupadas em relação a sua forma e conteúdo, fiéis somente aos sentimentos e aos fatos que o CP permitiu-lhes vivenciar.

Galinhas, verduras, legumes e muito barulho sempre acompanhavam-nos durante as nossas andanças nas feiras da cidade. Alguns homens se sentiam à vontade para conversar sobre si quando saíam para fazer compras nesse local, e aproveitávamos para fazer-lhes companhia. O ambiente nada pacato parecia trazer um tom de naturalidade com a nossa aproximação, pois não conversávamos diretamente sobre questões relacionadas ao CP, trocávamos conhecimento sobre comidas, gostos e receitas, e entre um pimentão e um tomate costumávamos relacionar a alimentação às mudanças na vida que o CP ocasionou; era sutil, mais ao mesmo tempo, bem apurado as conversas durante a feira. Consideramos ser uma

estratégia muito enriquecedora para facilitar o relacionamento e ter acesso às informações dos participantes do estudo.

Não foi com todos os participantes que tivemos a oportunidade de colher informações em feiras, bares e residências. Um deles em especial, inicialmente entrevistado na sacada do seu prédio, incitou que não retornássemos mais ali, pois como sua esposa constantemente transitava o local, ele preferia não se envolver com este estudo com receio de represálias em sua convivência com a família. Nossa conversa foi então transferida para seu trabalho, uma empresa de construção civil.

Era a primeira vez que colocávamos um chapéu de proteção dentro de uma obra, e apesar de querermos muito registrar aquele momento por fotos, mantivemos a discrição e o respeito aos preceitos éticos defendidos neste trabalho. Conversamos então em um apartamento que passava por acabamentos finais e, por mais que circulassem pessoas no local, em nenhum momento fomos interrompidos por curiosos.

O trabalho parecia qualificar traços da sua masculinidade e o cargo qualificado que ele ocupava dentro da obra, privilegiava-o nas relações ali presentes entre os homens construindo hierarquias. Apontamos este cenário como um facilitador para acessar alguns níveis mais aprofundados de questionamentos como sexualidade e relações entre os outros homens.

Horas de conversas foram registradas em áudio, outras direcionadas a registros em diário, e somente depois de mais de 36 meses de dedicação em campo, pudemos contabilizar que as ações realizadas foram bem mais que entrevistas e observações. Tivemos a oportunidade de vivenciar uma faceta do contexto do outro, de contextualizar e compreender seus sentidos.

Especificamente em relação às observações, gostaríamos de ressaltar que durante nosso contato com os participantes não tomamos somente uma atitude contemplativa das ações que se passavam a nossa volta. A inserção que almejávamos segue os pressupostos etnográficos de Geertz (1978) para uma justa análise interpretativa da cultura, os quais ditam ser fundamental que os pesquisadores interajam com o meio onde os comportamentos e a cultura se apresentam. Portanto, buscamos interagir o máximo possível com os adoevidos a fim de aprender suas ações simbólicas, contudo, não de acordo com os antropólogos clássicos como Boas e Malinowski (SOUZA, 2015), mas sim, como participantes de alguns momentos particulares do seu dia-a-dia, como descreveremos a seguir.

No final de cada conversa focalizada e registrada em áudio, geralmente éramos convidados a almoçar, jantar ou apreciar um lanche com alguns membros da família que estavam presente naquela ocasião. Conversávamos sobre assuntos gerais com todos, mas

geralmente eles tangenciavam para as relações de cuidado a saúde, principalmente sobre a saúde do homem, o câncer, a próstata e os tabus e lendas em torno destes assuntos.

Destacamos um momento inusitado que ocorreu durante nossa vivência que exemplifica uma das particularidades encontradas. Certo dia após a entrevista, ainda bem cedo pela manhã, um dos participantes tinha que auxiliar seu genro na troca de um telhado e convidou-me para acompanhá-lo, pois assim conheceríamos um de seus familiares e ficaríamos mais tempo por ali. A obra era a poucos metros da sua casa. Enquanto seu genro estava sobre o telhado, nosso participante do chão fornecia as telhas. Deixamos nosso gravador de lado e também pegamos na telha; enquanto isso, conversamos sobre as questões relacionadas à saúde e às masculinidades. Seu genro também participava da prosa e expressava seu ponto de vista, ambos criticavam o comportamento de homens que eles descreviam como relaxados com a saúde e tentavam defender-se dos seus momentos pessoais de negligências, afirmando que eram diferentes.

Outro momento de destaque ocorreu quando após a entrevista recebemos o convite para auxiliar outro participante a realizar a mudança dos móveis da sua casa para outra. Ele estava sozinho para realizar este feito e acreditamos que nos viu como uma companhia neste momento, pois comentava que *“quando a gente conversa as horas passam mais rápido e tudo fica entendido”*. Sabemos que o tempo é uma grandeza física relativa ao seu referencial, mas para nós as horas não se passaram tão rápido assim. Ficamos a tarde toda e parte da noite embalando móveis e utensílios em caixas e levando para o caminhão. Foi uma experiência bastante enriquecedora, pois para cada móvel, louça, tapete, colchão e fotografia que transportávamos, ele nos fornecia uma história de sua origem e importância. Parecia que tínhamos aberto o seu baú de memórias e estávamos fazendo um passeio pelos acontecimentos de suas vidas.

Esses momentos eram propícios para familiarizar-nos e conseguirmos compreender melhor o contexto social que os homens estavam inseridos. Acreditamos que para alcançar a interpretação dos fenômenos etnográficos defendido por Geertz (2011), devemos ultrapassar a linha tênue da descrição e mergulhar no contexto social dos participantes, pois é lá que reside a realidade que pretendemos compreender da experiência dos adoecidos.

Para o antropólogo Da Mata (1981), é nesta busca por interpretar as experiências que o ato de tornar algo exótico em familiar e o familiar em exótico que a etnografia é enriquecida com detalhes da dimensão da vida social investigada. Por isso, efetuar a operação mental de estranhar o cotidiano dos homens foi o primeiro passo em busca da familiarização das suas ações simbólicas.

Aprendemos que o exercício de estranhar ao invés de perseguir os adoecidos com perguntas era uma proposta metodológica bastante progressista. Durante as idas sucessivas para os contatos com os participantes e a vivência de alguns momentos particulares dos seus dia a dia, dedicamo-nos para estabelecer uma relação de familiarização até um nível em que os próprios adoecidos se sentiam à vontade para falar sobre os fragmentos biográficos que compõem suas experiências.

Relativizando a pesquisa com os homens: disputas, processos e contornos

Relativizar para a antropologia é um processo pelo qual o pesquisador encara as outras culturas e práticas, a partir do contexto onde elas ocorrem tentando compreender a lógica do outro (DA MATTA, 1981). Nesta investigação a incorporação da alteridade pelos pesquisadores se portou como uma ferramenta crucial para relativizar a experiência dos homens adoecidos com CP, uma vez que compreender as ações e os discursos apresenta-se como uma tarefa árdua e ao mesmo tempo desafiadora, pois na medida em que entrávamos em contato com a teia de sentidos culturais do outro, isso nos levava a um processo de reflexividade dos significados que apresentaremos a seguir pelas discussões de algumas particularidades que, de certa forma, auxiliaram a compreender o contexto no qual as narrativas foram captadas.

A primeira particularidade faz menção à delicadeza de se tratar do tema que está sendo investigado (a experiência frente ao CP e as masculinidades). Falar sobre essas particularidades traz à tona certa exposição ao julgamento pessoal e social sobre o adoecido, pois a forma como a sociedade o vê e como ele próprio se vê, influenciam na facilidade, dificuldade e autenticidade em que se abordou o assunto em nossos encontros.

Vários participantes durante às suas vivências ao serem indagados sobre às suas percepções de como eram vistos pelas pessoas agora que estavam adoecidos, relatavam que nada tinha mudado. Outros adoecidos mencionavam que as pessoas viam-lhes como um novo homem e outros simplesmente diziam que não sabiam explicar, que nunca haviam pensado a respeito e que iriam responder em outro momento. Perguntas como essas serviram para que refletissem sobre suas vidas depois da cirurgia, e a partir dessas reflexões criarem sentidos a esses acontecimentos.

Discutir sobre masculinidades e as particularidades que a detecção e o tratamento do CP impõem aos homens adoecidos para muitos dos participantes é trazer à tona assuntos nada fáceis de serem revelados. O câncer impõe no imaginário masculino, um ideal de fraqueza, vulnerabilidade e dependência que são subversivos ao comportamento hegemônico (DAZIO;

SONOBE; ZAGO, 2009). Por isso, identificar e defender publicamente esses ideais, retira dos homens a zona de conforto que os identificam socialmente como um exemplar masculino tradicional, e coloca-os em outras categorias de identidade que foram apontadas pelos participantes deste estudo como marginalizadas, a exemplo *o homem gilete, o invertido e o homossexual*.

Além da ameaça de serem transgressores da hegemonia masculina, os homens enfrentam o estigma social de ter o CP. As cientistas sociais Monteiro e Villela (2013) endossam por meio de suas pesquisas que os significados culturais direcionados ao estigma do câncer de forma geral, seu preconceito, suas consequências e efeitos sobre a discriminação interpessoal existente, já vêm sendo discutidos alguns anos nos estudos nacionais e internacionais da literatura da saúde. Também foi apontado nesta pesquisa, pelos participantes, como um fator dessocializante e preditivo de momentos de sofrimento em que os homens não se sentem confortáveis para fazer comentários, como exemplificado a seguir:

“[...] ficou sem fazer muitos movimentos do início ao fim da conversa, e sempre me olhava nos olhos quando falava, parecia estar em constante vigilância. No começo da nossa conversa percebi que ele estava nervoso, e ao ser questionado se estava se sentindo bem, revelou que não gostava de conversar muito sobre sua doença com as pessoas, principalmente com seus amigos por causa da gozação do pessoal. Não se sentia bem de falar isso com sua família, por isso evitava sair, pois sabia que as pessoas iriam perguntar. Para ele, as pessoas acham que quem tem câncer vai acabar morrendo disso, e essas coisas ele preferia nem pensar.” (Diário de campo, Joaquim, 17/04/2015)

Essas particularidades apontadas foram alguns dos entraves que forneceram certa tensão inicial para as nossas conversas, o que tornou delicada a tentativa de aprofundar os relatos dos homens. Como estratégia metodológica, enfrentamos essas questões relativizando, ganhando experiência ao desenvolver uma etnografia por meio das questões que foram sendo respondidas, construindo relações e realizando um processo constante de reflexão; por meio deste processo chegamos ao cerne que naturalmente possibilitou captar a visão de mundo dos nativos.

A segunda particularidade, diz respeito à escolha de alguns locais específicos para conversar sobre a experiência dos adoecidos. Como mencionado anteriormente, residências, bares, feiras e locais de trabalho, compuseram o cenário desse estudo e se apresentaram como

ambientes que qualificavam traços da masculinidade dos adoecidos e colaboravam com o processo de pesquisa. Entretanto, ponderamos a necessidade de comentar mais uma vez sobre este assunto para apontar a perspectiva do contexto cultural masculino onde os participantes confrontam suas masculinidades.

Para acessar essa perspectiva, tentamos compreender a lógica do outro pela empatia e refletimos que ter CP e submeter-se aos seus tratamentos é sentenciar-se automaticamente a um processo constante de vigilância. Seja ela com o seu corpo ou com o meio social, o homem se torna refém do poder exercido pelas masculinidades, as quais segundo Connell (2005) ditam os seus comportamentos e desejos.

O poder exercido pelas masculinidades coloca-se em constante disputa pela categoria hegemônica, a qual para ser firmada necessita obrigatoriamente da presença de outras masculinidades subordinadas a ela (ABOIM, 2010; CONNELL, 2005; CONNELL, 2001). Compreendemos pela alteridade, que foi justamente para evitar submeter-se a esta constante dança masculina, que os homens deste estudo valorizaram ambientes que eram desprovidos de oportunidades para o confronto de suas masculinidades.

Dessa forma, consideramos que para um bom engajamento dos pesquisadores na cultura masculina, se faz necessário a compreensão daquilo que é intersubjetivo nos homens investigados e aquilo que era agenciado na construção de suas identidades após o seu adoecimento, como os locais frequentados por eles, seus símbolos e suas relações sociais. Para tanto, foi necessário despir-se de concepções etnocêtricas que tínhamos sobre o que era cabível culturalmente ao comportamento de um gênero X ou Y, e relativizamos nossos olhares naquilo que compunha o universo cultural dos participantes.

Assim, deixar a livre escolha para os participantes de alguns locais específicos para compartilhar a sua experiência, torna-se muito mais que um ato de credibilidade (ato de refletir o contexto dos participantes) para a validação da pesquisa qualitativa (NOBLE; SMITH, 2015) e contempla um ato de respeito à integridade da identidade masculina construída e defendida atualmente pelos adoecidos investigados.

A terceira particularidade que queremos enfatizar nesta descrição concerne ao comportamento do pesquisador frente aos homens. Comentamos inicialmente sobre a escolha de alguns trajes que julgávamos ter facilitado nossa inclusão em alguns cenários masculinos. Todavia, mais que indumentárias, acreditamos que o comportamento apresentado na relação de pesquisador e pesquisado, canaliza-se como uma ferramenta crucial para o exercício do etnógrafo na busca pelas experiências masculinas.

Reconhecemos a especificidade da nossa investigação, e entre as muitas possibilidades de experiências com o enfrentamento do CP, certamente estamos olhando para uma das mais extrema delas, as das masculinidades corporificadas pelos homens, que neste estudo apresentaram-se enriquecidas de sentidos que nem sempre eram compartilhados por todos os adoecidos. Assim, enfrentamos um contorno que nos conscientizou que não era cabível traçar algumas generalizações entre os adoecidos, o que concomitantemente deixou-nos cientes de que seria a partir das particularidades de cada participante que deveríamos reportar durante nossa vivência.

Neste contexto, exercer uma postura de aprendiz, acompanhando acontecimentos, ouvindo dúvidas, compartilhando angústias e dividindo experiências, em vez de compará-las entre si e julgá-las, enriquecia o processo em que tornávamos aprendizes de uma etnografia focalizada como apontam Cruz e Higginbottom (2013). Acreditamos que cada experiência é única, e torna-se possível de ser generalizada somente ao grupo estudado.

Portanto, o comportamento de neutralidade do pesquisador frente aos homens não pode ser alusivo de julgamentos e generalizações iniciais, e sim submersíveis. Aprendemos que o ato de observar as experiências masculinas no enfrentamento de uma doença, certamente reúne elementos que nos possibilita refletir sobre nossas masculinidades, não como uma imagem refletida, mas como uma imagem que, por ser diferente, acaba por revelar aspectos nossos que até então não havíamos questionado, como a adoção de identidades masculinas frente ao adoecimento, trabalho, família, entre outros. Estes devem ser anulados durante o processo de pesquisa, para que a neutralidade do pesquisador seja acionada, caso contrário a fusão de horizontes construída durante o desenvolvimento do estudo impedirá o avanço de uma investigação densa.

É evidente que o processo de globalização coloca praticamente todos os sistemas culturais em contato, provocando mudanças em suas estruturas (VELHO, 2011). Mas quanto à promoção de generalizações, se refletirmos sobre o papel global que as masculinidades exercem sobre os comportamentos masculinos, não podemos abrir mão de uma das grandes premissas antropológicas defendida por Connell e Messerschmidt (2005), de que a visão das masculinidades estão relacionadas às questões de disputas de poderes transnacionais, diferentes das discursões construídas em nível de estado nação como as das masculinidades regionais ou mesmo das mais focalizadas como as das masculinidades locais, semelhantes as que estamos investigando neste estudo. Assim, nosso comportamento como pesquisadores permite-nos traçar comparações em nível das construções socioculturais locais, focalizadas ao

grupo de homens que compartilharam a experiência de enfrentamento do CP e seus tratamentos.

Aprendemos que para acessar as masculinidades dos adoecidos com CP, nosso comportamento frente aos pesquisados não poderia estar embebido de cabrestos e rédeas que inicialmente levávamos no campo, como a não particularização de alguns questionamentos e o não aprofundamento de alguns sentidos. A adoção de comportamentos como estes nos levavam a prestar generalizações prévias e julgamentos, pois focalizamos nossa perspectiva na busca da compreensão da experiência de outros homens, e dessa forma não acessávamos a descrição densa almejada. Somente depois de algum tempo de permanência em campo e do amadurecimento como pesquisadores, que compreendemos essa particularidade e corrigimos esses vieses pela incorporação do comportamento de uma alteridade relativista.

A quarta e última particularidade que pontuamos como fundamental para a compreensão do contexto masculino no qual as narrativas presentes neste estudo foram captadas, refere-se as facilidades e dificuldades enfrentadas pelo pesquisador no tocante à identidade de ser homem e estar entrevistando outros homens.

Karnilowicz (2010) e Martins e Barsaglini (2011) afirmam que a identidade é uma soma nunca concluída de significados, referências e influências que definem o entendimento relacional do homem em seu meio social. Para que ela seja criada, os autores apontam ser necessário existir o outro e suas características, para que se possa por meio do processo de comparação e diferenciação desses caracteres, reunir elementos suficientes que possibilitem o homem se identificar ou não.

Nessa perspectiva, vivenciamos as prerrogativas influenciadas pelo processo de comparação e diferenciação de várias características culturais identitárias masculinas que nos possibilitaram acessar níveis de discursos sonogados do meio social no que diz respeito a tabus masculinos relacionados às questões sexuais dos adoecidos por CP como a *obrigação de manter a relação sexual com sua esposa*, suas perspectivas em realizar exames de detecção com mulheres (*as mulheres têm o dedo maior e me sinto desconfortável de ficar exposto*), uso de meios para conter a incontinência urinária (*uso de absorvente, meia peniana e fralda*) e as estratégias de enfrentamento da disfunção sexual (*uso de viagra, prótese, elástico e outros métodos para manter relação sexual*).

O fato de que o pesquisador seja do gênero masculino possibilitou aos participantes nutrirem maior confiança e similaridade com ele, a ponto de falar com mais facilidade sobre suas experiências e os discursos sonogados contidos nelas. Os participantes revelaram que o

homem entende melhor os outros homens, um macho sabe como outro macho pensa, e dessa forma a nossa conversa fluía com familiaridade.

Os comportamentos masculinos e seus códigos foram compreendidos como ações simbólicas e, como tais, precisavam ser interpretadas. O fato do pesquisador também compartilhar uma cultura masculina, possibilitou distinguir gesticulações sutis dos participantes, as quais ninguém nos revelou e tivemos que descobrir sozinhos, como gírias, expressões de linguagem e até mesmo o silêncio após algumas perguntas.

Com o tempo e pelo processo de reflexividade frente ao nosso objeto de pesquisa, percebemos que não poderíamos compreender só a relação que o CP mantinha com os adoecidos, pois o CP não era só uma doença, e sim um símbolo para os adoecidos e, como tal, repleto de códigos. Assim, buscamos decodificar esta relação para compreender como as masculinidades dos adoecidos se entrelaçam nas teias de significados na construção da identidade do homem.

Gesticulações como o fechamento do punho sobre a pelve em movimentos de vai e vem sinalizando uma masturbação, a colocação da mão em formato de concha em suaves movimentos para frente e para trás sinalizando uma relação sexual, fechamento do punho da mão simbolizando um pênis ereto, foram algumas das ações corporais decodificados durante a vivência.

Por pertencer ao gênero masculino, percebemos também que tivemos acesso naturalizado a alguns espaços e ações simbólicas dos participantes, como os cenários que exigiam força corporal (*subir em uma casa e ajudar a consertar o telhado, carregar caixas, móveis e estar em obras de construção civil*) e a exposição de partes do seu corpo (*pênis, períneo e cicatrizes de algumas cirurgias*) para contextualizar como se sentiam em relação à impotência sexual.

Na complexa teia de significados tecidos pelos participantes, destacamos que nem tudo o que vivenciamos em campo foram flores, muitos espinhos estiveram presentes em nossa trajetória.

Alguns dos adoecidos nos ensinaram que o fato do entrevistador ser homem e, as masculinidades socialmente estarem em constante disputa umas com as outras, criam hierarquias significantes que dificultam o acesso ao objeto de pesquisa, a experiência do outro.

Nesse estudo, a expressão que as masculinidades empregaram quanto à relação pesquisador e pesquisado, de alguns participantes, dificultaram-nos a perceber a cultura como um texto, pois camuflaram o discurso social dos participantes e consequentemente sua visão

de mundo. Este ato impedia-nos tecer interpretações iniciais e aprofundar o discurso, restringia-nos às interpretações e explicações que continham o “como” e o “porquê” que as ações aconteciam. Estes entraves só foram superados após a criação de laços e depois de vários encontros.

Exemplificamos essa dificuldade, por meio de um trecho do diário de campo do senhor Murilo:

“[...] por diversos momentos durante nossa conversa senti que ele se exaltava, como se quisesse demonstrar que sua experiência de vida em relação à minha era superior, mesmo sem conhecer a trajetória das minhas experiências masculinas. Acredito que por eu ser mais novo, ele queria demonstrar que era tão homem quanto eu na minha jovialidade, mesmo com suas impossibilidades advindas das consequências do tratamento do CP como a incontinência e impotência sexual. Exemplo disso ocorreu ao falar sobre o potencial de sua virilidade, onde relatou que era homem independente do câncer ou não; chegou até a apontar o dedo indicador em direção ao meu rosto falando que - ser menos homem depende muito de cada pessoa, experimente você ser menos homem e me fale se é bom ou não, porque eu sou adaga (uma espada afiada) e você ainda vai passar por muita coisa antes de ser homem como eu [...]”. (Diário de campo, Murilo, 15/04/2014)

Por tratar-se de uma pesquisa dialógica, sentimos dificuldade também em articular manobras para evitar um choque de paradigmas e conduzir as conversas com certa naturalidade, pois o papel de provocador por hora parecia querer se inverter durante o encontro. Muitos participantes também indagavam-nos sobre questões da nossa masculinidade, e à medida do possível procurávamos sanar essas curiosidades para não fragilizar os laços criados, mas sem perder o foco dos nossos objetivos.

Em suma, a conjunção de ser homem e jovem nos dava um aspecto muitas vezes ofensivo, que não deve ser desconsiderado em contextos masculinos como o focalizado nesta pesquisa, marcados por hierarquias e relações de poder. Aprendemos que as masculinidades interferem no modo como os homens comunicam suas experiências, conceitos e sentimentos nas entrevistas e convivências com outros homens.

6.2 Os participantes e suas características sociais e clínicas

Nesta pesquisa, tomamos como objeto de estudo, a experiência do homem adoecido com CP. Visamos primeiro compreender esta experiência para posteriormente explicá-la. Na busca por esta compreensão sábia, julgamos como ponto fundamental a identificação das características sociais e clínicas dos participantes para posteriormente integrá-las aos dados explicitados nos textos narrativos.

Compartilhamos do pensamento de Souza (2015) ao defender a premissa que o ato de pesquisar contempla um diálogo com a realidade. Na busca por captar esta realidade, o pesquisador deve compreender o que é narrado é determinado pelo lugar de onde se é narrado, ou seja, pelo ato dialógico, como um evento acontece no tempo e no espaço do social interpretado dentro de uma cultura.

Entretanto, o lugar do qual nos referimos, não deve ser compreendido apenas em referência ao local ou momento em que se dá a enunciação dos fatos narrados, mas sim, em uma perspectiva mais ampla que contempla o lugar em que cada indivíduo ocupa na sociedade. Por isso, julgamos como fundamental para este estudo apresentar as características sociais e clínicas que contribuem para a construção das sínteses narrativas dos participantes.

Para caracterizar os narradores foi respeitado o seu anonimato, e nomes fictícios foram elaborados por eles próprios sem critérios previamente estabelecidos que apresentamos a seguir na **tabela 2**, além de seus atributos sociais relacionados, como: idade, renda, escolaridade, religião, estado civil, profissão/ocupação e procedência. Na **tabela 2**, também expomos o número de encontros que realizamos com cada narrador, para aprofundar à sua experiência sobre o objeto de estudo, bem como o informante, o qual interpretamos como narrador que se enquadra dentro deste estudo.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes com base nos atributos sociais e de pesquisa. Ribeirão Preto – SP, 2016.

Participante	Idade **	Estado civil	Escolaridade	Religião	Profissão/ Ocupação	Renda familiar *	Procedência	Informante	NE
Fabio	69	Casado	Analfabeto	Católico	Agricultor	1	Ribeirão Preto	IG	1
Reinaldo	77	Casado	Fundamental completo	Católico	Comerciante	18	Ribeirão Preto	IG	3
Antônio	80	Casado	Superior completo	Católico	Aposentado	20	Ribeirão Preto	IG	2
Tony	64	Casado	Médio completo	Católico	Aposentado	3	Ribeirão Preto	IC	3
Alexandre	65	Solteiro	Fundamental incompleto	Espírita	Aposentado	2	Ribeirão Preto	IC	4
Thiago	69	Casado	Fundamental incompleto	Católico	Aposentado	2	Ribeirão Preto	IG	2
Miguel	77	Casado	Fundamental incompleto	Católico	Aposentado	3	Ribeirão Preto	IG	2
Rodrigo	62	Solteiro	Fundamental incompleto	Católico	Aposentado	1	Ribeirão Preto	IC	4
Joaquim	78	Casado	Médio completo	Espírita	Aposentado	3	Ribeirão Preto	IG	1
Lúcio	71	Casado	Fundamental incompleto	Católico	Aposentado	3	Ribeirão Preto	IG	3
Marcos	68	Casado	Fundamental incompleto	Católico	Serviços Gerais	5	Ribeirão Preto	IG	3
Mateus	61	Casado	Fundamental incompleto	Católico	Aposentado	1	Barrinha	IC	2
Lázaro	80	Casado	Fundamental completo	Católico	Aposentado	2	Ribeirão Preto	IC	3
Murilo	68	Casado	Médio completo	Católico	Aposentado	5	Ribeirão Preto	IG	2
Jesus	81	Casado	Fundamental incompleto	Católico	Aposentado	2	Ribeirão Preto	IG	3
Vladimir	68	Casado	Fundamental incompleto	Evangélico	Aposentado	2	Batatais	IG	2
Cauã	70	Casado	Fundamental incompleto	Católico	Aposentado	5	Ribeirão Preto	IG	3

Legenda: IG: informante geral; IC: informante chave; * Quantidade de salários por mês, calculado com base no salário mínimo de R\$ 788,00; ** Anos de idade; NE: número de encontros.

Quanto ao estado civil e procedência, 88,2% dos narradores eram casados e residiam na cidade de Ribeirão preto. Esses achados apresentam similaridades com os resultados da pesquisa de Araújo e colaboradores (2015) realizado na mesma instituição deste estudo, no qual revela que entre os 2.620 homens adoecidos pelo CP investigados entre janeiro de 2001 e dezembro de 2013, 80% eram casados e 27% residiam nesta cidade.

No tocante ao nível educacional, 76% dos narradores tinham somente o primeiro grau de escolaridade, sendo a maioria deles incompleto. Pesquisadores canadenses revelam que a comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes, a aceitação da doença e os seus tratamentos têm relação direta com o grau de escolaridade, sendo que os homens sobreviventes do CP que apresentavam baixo nível de escolaridade demandavam intensas estratégias educativas para o enfrentamento da doença (MRÓZ, OLIFFE, DAVISON, 2013).

Especificamente quanto à religião, 88,2% dos narradores eram católicos, assim como a maioria da população masculina brasileira (IBGE, 2010). O catolicismo defende a cultura judaico-cristã, na qual legitima posturas do senso comum atrelando à ideia de que a família monogâmica é o alicerce da humanidade, fazendo com que os homens se sintam na responsabilidade de assumir o papel de chefes de família (ECCO, 2011).

A renda familiar foi calculada com base no salário mínimo brasileiro, vigente no ano de 2015 no valor de R\$ 788,00. A maioria dos narradores, 88,2 %, apresentavam uma renda familiar de no máximo três salários mínimos, sendo que somente 11,2% dos demais apresentavam renda acima de 18 salários. Acreditamos que esta discrepância salarial entre um narrador e outro não influenciou no processo de coleta de dados dos participantes, pois eles foram conduzidos com o mesmo rigor. Todavia, especialistas na temática como Leite, Nogueira e Terra (2015) destacam que quanto menor a renda familiar, menor serão as parcelas de gastos destinados ao cuidado de saúde para o combate do câncer.

Todos os narradores apresentavam-se acima de 60 anos de idade, com mínima de 61, máxima de 81 e média de 71 anos. Referente à ocupação, 82,3% eram aposentados, característica similar aos resultados encontrados no estudo de Araújo e colaboradores (2015) e desenvolvido entre os adoecidos de CP no interior de São Paulo. Leite, Nogueira e Terra (2015) esclarecem que esta característica é possível de ser justificada pela relação existente entre a idade e o desenvolvimento desta patologia, uma vez que o CP apresenta-se comumente nos extremos de idade, geralmente quando os homens deixam de participar da população economicamente ativa do país.

Concernente aos participantes, ao vínculo estabelecido e a profundidade em que foi abordada às suas experiências, definimos que 70,6% eram informantes gerais e 29,4% eram

considerados como informante-chave. Quanto aos encontros, oscilaram entre um a quatro por participante, com média de três encontros.

Contextualizando esses dados, e articulando-os mais do que uma simples expressão numérica das características relacionadas aos participantes deste estudo, ponderamos a necessidade de estratificar o que julgamos como informante-chave.

Assim como para Gaya (2008) e Braga (2015), compreendemos que o informante-chave é a pessoa que por sua inserção na comunidade, sua relação com outras que compartilham da mesma experiência seja capaz de representar os pontos de vista de uma coletividade, com maior aprofundamento.

Em relação aos dados clínicos, conforme descrito na **tabela 3**, observa-se que 100% dos narradores tiveram a experiência de realizar a PR e 23,5% realizaram a RTU junto com a PR. O ano de realização destas intervenções cirúrgicas variou entre 2001 a 2013, com maior prevalência no ano de 2013 (42,1%). Neste período, outras formas de tratamento também fizeram parte da experiência dos narradores como a radioterapia (29,4%) e a ingestão de ervas caseiras (17,6%), mas atualmente 100% dos narradores compartilham a experiência de estarem em seguimento pós-tratamento para o CP.

Tabela 3: Caracterização dos participantes com base nos atributos clínicos. Ribeirão Preto – SP, 2016.

Participante	Tratamento cirúrgico	Data da cirurgia	Outros tratamentos	Situação atual	Complicações clínicas pós-tratamento
Fabio	PR	2012	RAD + EC	SPTCP	DE + IU
Reinaldo	RTU + PR	2007 e 2013	-	SPTCP	DE + IU + AN
Antônio	PR	2001	EC	SPTCP	DE + IU
Tony	PR	2012	-	SPTCP	DE + IU
Alexandre	RTU + PR	2012 e 2013	-	SPTCP	DE + IU + AN
Thiago	PR	2012	-	SPTCP	DE + IU
Miguel	RTU + PR	2006 e 2007	-	SPTCP	DE + IU + AN
Rodrigo	PR	2013	-	SPTCP	DE + IU
Joaquim	PR	2011	-	SPTCP	DE + IU
Lúcio	PR	2012	RAD	SPTCP	DE + IU + AN
Marcos	PR	2012	RAD	SPTCP	DE + IU + IDS
Mateus	PR	2013	RAD	SPTCP	DE + IU
Lázaro	PR	2010	-	SPTCP	DE + IU + IDS
Murilo	PR	2013	-	SPTCP	DE + IU + AN
Jesus	PR	2013	EC	SPTCP	DE + IU + IDS
Vladimir	PR	2013	RAD	SPTCP	DE + IU
Cauã	RTU + PR	2002 - 2004	-	SPTCP	DE + IU + IDS

Legenda: PR: Prostatectomia Radical; RTU: Ressecção Transuretral da Próstata; RAD: Radioterapia; EC: Ervas caseiras; DE: Disfunção Erétil; AN: Anorgasmia (ausência de orgasmo); IDS: Inibição do Desejo Sexual; IU: Incontinência Urinária; SPTCP: Seguimento Pós-tratamento de Câncer Prostático;

Os achados presentes na literatura revelam similaridade ao perfil clínico apresentado. Exemplo disso é um estudo realizado por Migowski e Silva (2010) no estado do Rio de Janeiro com 253 homens cujo tratamento combinado da radioterapia e a prostatectomia foram os procedimentos mais realizados para a doença localizada o que proporcionou significativo aumento na sobrevida dos homens tratados.

Pesquisadores como Zillmer e colaboradores (2013) defendem que a radioterapia promove alto índice de cura quando associada à prostatectomia e à ressecção transureteral nos estágios em que o tumor ainda se encontra localizado, como ocorrido entre os participantes deste estudo.

A ressecção transureteral da próstata junto com a prostatectomia foram os procedimentos mais realizados pelo grupo investigado. Damião e colaboradores (2015) afirmaram em um estudo de revisão sobre a temática que esses são os procedimentos mais usados mundialmente para o tratamento do CP, sendo a ressecção transureteral indicada para tumores com dimensões entre 30 e 80 ml e a prostatectomia para tumores entre 80 e 100 ml. Entretanto, os dois procedimentos cirúrgicos proporcionam aos homens experimentarem consequências cirúrgicas semelhantes como disfunções sexuais e incontinência urinária.

Uma pequena porcentagem dos entrevistados (17,6%) fizeram uso complementar de ervas caseiras para o tratamento da doença. Apesar do número pequeno de participantes optarem por essa terapia, Esteves (2015) defende em sua dissertação que é de suma importância que os enfermeiros e demais profissionais de saúde investiguem as reais razões que motivam a busca por práticas complementares e alternativas, de forma a promover o tratamento para o câncer de maneira integralizada.

Outra categoria investigada foi o ano em que os participantes realizaram o procedimento cirúrgico, que variou entre 2001 a 2013, com prevalência de 41% no último ano. As principais implicações fisiológicas decorrentes da realização das abordagens cirúrgicas destacadas pelos adoecidos foram a anorgasmia (ausência de orgasmo) 29,4%, inibição do desejo sexual 23,5%, disfunção erétil 100% e incontinência urinária 100%.

Barazani e colaboradores (2015) destacaram em uma revisão sobre a reabilitação peniana pós CP que a modalidade terapêutica escolhida para o CP está diretamente relacionada com as complicações fisiológicas apresentadas pelos sobreviventes. No caso da PR e a RTU, a prevalência da DE, IU, AN e IDS são consensualmente relacionadas aos procedimentos.

No Brasil, um estudo publicado por Abdo e colaboradores em 2006, realizado em 18 grandes cidades com 2.862 homens com idade acima de 18 anos, mostrou que a prevalência

de DE entre os participantes foi de 45,1%. Esta prevalência aumentou significativamente com a idade e na presença concomitante de problema de saúde, tendo destaque para as alterações na próstata que estiveram em 75,7% dos homens.

Gaspar e colaboradores (2014) acompanharam entre os anos de 2008 a 2013, 72 homens, com mais de 70 anos de idade, submetidos aos tratamentos para o câncer de próstata em um centro hospitalar na cidade de Lisboa em Portugal e constataram que a IU é uma consequência prevalente entre o grupo, semelhantes aos apresentados neste estudo.

Destacamos a escassez de estudos que discutem aspectos relacionados às complicações do CP, especificamente NA, IDS e SPTCP, os quais não permitiriam identificar semelhanças e particularidades com o perfil de outros grupos de adoecidos por CP. A maioria dos estudos nestas temáticas atualmente concentram na discussão dos procedimentos e aspectos gerais relacionados a indicações terapêuticas, limitando assim discussões mais aprofundadas.

6.3 Sínteses Narrativas Temáticas

De posse dos dados oriundos do trabalho de campo e por meio do círculo hermenêutico, analisamos os sentidos dados à experiência dos adoecidos com CP. Desta análise reunimos os aspectos mais relevantes desses dados e agrupamos em núcleos temáticos os quais serão apresentados de forma explicativa por meio de sínteses narrativas. Essas sínteses foram elaboradas procurando manter os elementos essenciais que compunham as histórias contadas pelos narradores. Sempre que possível, utilizamos as próprias palavras dos entrevistados, porém de forma resumida, pois acreditamos que a maneira como as pessoas contam suas histórias é rica de elementos de sua cultura e também suas narrativas proporcionam maior autenticidade do contexto onde foram produzidas.

A opção por utilizar sínteses narrativas se fez na intenção de aproximar o leitor das experiências dos homens sobre o fenômeno, reunindo explicações implícitas e explícitas influenciadas pelo contexto cultural, de maneira substanciada e menos repetitiva, como versões resumidas das histórias com um começo, meio e fim dos acontecimentos vividos. Chamamos a atenção para o fato de que esse fim anunciado nessas histórias não é um fator representativo do encerramento das experiências dos narradores, mas um momento atual em que se encontram. Dessa forma, para elaborar as versões sintetizadas foram necessárias várias

leituras do conjunto dos discursos que constituíram cada narrativa para poder captar a essência das partes e do todo que se estava sendo narrado.

Interpretamos as narrativas de forma compreensiva a fim de revelar os sentidos, os quais com o auxílio do referencial teórico das masculinidades e da antropologia médica, permitiu-nos produzir os significados referentes ao fenômeno estudado. Assim, apresentaremos a seguir os personagens das narrativas, as duas sínteses temáticas narrativas construídas e as análises interpretativas, incluindo a sua discussão a partir da literatura.

Personagens

Meu nome é Alexandre, tenho 65 anos, sou um homem de estatura mediana, cor de pele branca, 12 kg acima do meu peso e deficiente visual devido a uma doença que adquiri na infância chamada retinose pigmentar. Mesmo cego, considero que o maior desafio que enfrentei foi viver sem a próstata. Tenho uma filha que casou e saiu de casa, por isso hoje moro sozinho, mas não por opção, mas porque nenhuma mulher se interessou por mim depois da minha cirurgia do câncer. Trabalhei 24 anos na enxada, plantando, cultivando e produzindo alimento em uma fazenda, mas hoje vivo na cidade. Não tenho lazer nenhum, mas se eu tivesse queria muito ir passear na praia. Toco violão em uma associação de moradores aqui do bairro para ajudar a passar o tempo e me sentir útil.

Me chamo Thiago, tenho 69 anos, moro em Ribeirão Preto há mais de 20 anos e aqui estudei durante minha infância e trabalhei a vida inteira até me aposentar por causa da doença. Me considero um homem idoso, de pele enrugada e cabelos brancos. Levanto todos os dias às 07 horas da manhã, porque não aguento ficar na cama sem fazer nada. Apesar de ser aposentado eu ainda trabalho, tenho uma perua que faço carroto. Vivo separado da minha mulher há um tempo, um pouco depois que fiz a cirurgia. Tenho duas filhas que não moram comigo porque já são casadas, mas vêm me visitar de vez em quando. Gostava muito de jogar uma bolinha, mas hoje não dá mais por causa da doença. Então, vou ali no bar e jogo uma sinuca de vez em quando, esse é meu lazer. Não penso muita coisa do meu futuro, só quero ajudar os outros.

Eu sou o Vladimir, tenho 68 anos. Minha leitura é pouca e sei mal escrever. Sou um homem negro, uso óculos e cabelos grisalhos. Sou magro mais não porque não gosto de comer, como até demais, mas é que esse é o meu corpo mesmo. Tenho dois filhos já grandes e

moro com eles e a minha velha aqui mesmo na cidade de Batatais. Recebo uma aposentadoria, mas foi o jeito voltar a trabalhar na boleia de um caminhão para ajudar a pagar o aluguel da casa onde moro. Até hoje depois da cirurgia tomo um remedinho aqui e ali para passar a dor que a próstata deixou e faço muito chá de mato também. Meu único lazer era brincar com minha mulher, por isso que hoje eu não tenho lazer nenhum, só trabalhar. Sou evangélico e no futuro espero que Deus alivie o meu sofrimento.

Me chamo Tony, tenho 64 anos, cabelos negros, cor de pele branca, corpo magro e aproximadamente 1,65 metros. Me considero um homem novo ainda, pois tenho força pra tudo e sou bastante sorridente, agora acho felicidade em tudo que eu faço. Moro em Ribeirão, onde cresci e estudei até o colegial (segundo grau), logo adquiri mulher e duas filhas que hoje já são até formadas. Recebo aposentadoria, mas trabalho também como piscineiro, porque mente parada é oficina do diabo, ainda mais depois desse câncer que operei. Fico livre todas as quartas-feiras para curtir minha família e fazer algum lazer, acho melhor porque no final de semana tem muita bebedeira e eu já parei com isso. Sou uma pessoa de cabeça fria. Faço caminhada pra esticar as pernas e me sentir melhor. Minha filha é nutricionista e ela que manda na minha comida. No futuro a única coisa que eu quero é ser normal.

Me chamo Antônio, tenho 80 anos, sou caucasiano, tenho cabelos brancos, sou forte e aproximadamente com 1,80 metros de altura. Sou bem calmo, descontraído e sorridente. Tenho uma família com mulher e filhos que ainda moram comigo em meu apartamento, mas não gosto de falar sobre eles, nisso sou reservado. Sou microempresário e gosto de falar sobre a doença que tive só lá na empresa, porque está longe da minha família. Trabalho mais à tarde, de dia acordo tarde e só dá para levar a mulher na ginástica dela. Eu sempre bebi bastante e não é hoje que eu vou parar. Uma ou duas vezes por ano viajo com todos daqui de casa para algum lugar assim distante, outro estado, esse é o meu lazer maior, porque fora isso é só cinema e shopping. Atividade física não faço mais depois da minha cirurgia.

Sou o Murilo, tenho 68 anos, aproximadamente 1,65 metros de altura, cor de pele branca, olhos azuis, cabelos grisalhos lisos e gosto de me vestir com roupa social em todas as ocasiões, pois assim me sinto um cara mais sério. Não sou de ficar chorando por nada. Moro em um apartamento com minha mulher e minhas filhas. Já fui bancário e nessa vida já fiz de tudo que se possa imaginar, até cafetão de bordel. Então, tudo de mulher eu conheço. Até

hoje eu bebo um uísque, só não consegui aprender a tragar cigarro, por isso larguei a mão. Hoje sou presidente de um conselho e assim me ocupo para não ficar parado. Gosto de caminhar em um parque aqui perto de casa e comer umas comidas que a nutricionista passou, afinal sou velho e tenho que ficar enxuto. Um dia quero ser presidente desse país pra mudar o jeito que tratam os doentes.

Meu nome é Marcos, tenho 68 anos, minha pele é negra, tenho estatura mediana, estou bem acima do meu peso, meus olhos são castanhos e tenho pterígio no esquerdo (popularmente chamado de carne crescida). Gosto de me vestir em casa com camisa cavada e short abaixo dos joelhos, porque assim areja bem. Trabalho como porteiro e vejo muita gente todo dia. Apesar de não gostar, tenho que estar sempre com a barba feita. Moro com minha mulher e três filhos que já estão terminando os estudos, mas daqui de casa só eu trabalho. Como muito churrasco e tomo muita bebida nas folgas, é muito bom se reunir com os amigos, não faço mais atividade física depois da cirurgia, isso se transformou no meu lazer.

Me chamo Lázaro, tenho 80 anos, olhos castanhos, estatura de aproximadamente 1,70 metros, sou branco e ando arrastando a perna esquerda. Me considero um idoso, porque tenho minha pele enrugada e outras doenças, inclusive diabetes. Não trabalho mais porque não tenho mais pique para isso. Sou de uma cidade do interior, mas há muito tempo moro aqui em Ribeirão. Não saio mais de casa por causa da doença. Tive a benção de Deus de ter uma filha antes de enfrentar isso tudo, e a única coisa que me faz sentir útil é quando ajudo-a a fazer entrega de correspondências do trabalho dela. Como muitas frutas e nunca fui de beber e nem fumar. Tomo vitamina D e cálcio para fortalecer os ossos. Lazer já tive um dia, mas hoje meu lazer é assistir novela. Não tenho planos para o futuro, mas um dia quem sabe, eu ganho na loteria!

Eu sou o Cauã, tenho 70 anos, cabelos grisalhos com algumas falhas, pele branca, olhos castanhos e aproximadamente 1,70 metros de altura. Moro em Ribeirão com minha mulher. Temos um filho que já está casado e mora em outra cidade. Sou aposentado, mas para complementar a renda de casa, ajudo minha mulher a fazer bolos de festa, ela tem uma mão boa pra isso e eu gosto de ajudar para me sentir útil. Já operei dos rins para retirar uma pedra. Sou uma pessoa super calma, só não gosto de falar muito da doença que tive e por isso não falo disso dentro de casa. Gosto muito de fazer umas caminhadas aqui e ali, nada como ultimamente, antes da cirurgia, mas não fico parado. Minha mulher é quem manda na

comida e eu nas compras. Meu filho é caminhoneiro e de vez quando me leva para viajar com ele no caminhão, esse é o meu lazer e sou feliz. Não preciso de nada, só queria ter mais saúde no futuro.

Meu nome é Miguel, mas o pessoal me conhece como vigilante por causa da minha antiga profissão. Hoje sou aposentado e moro em um sítio aqui perto de Ribeirão, mas falo que moro na cidade, porque sempre estou por aqui. Tenho 77 anos, sou branco, alto, magro e sou bem ativo para as coisas. Gosto muito de amendoim para estimular a vida. Sou uma pessoa calma e falo compassadamente porque já sou idoso e as coisas diminuem com o tempo. Tenho filhos e mulher. Não bebo muito, só socialmente e não fumo também. O meu lazer era bater uma bolinha, mas tive que largar de mão, mas se tiver algum livro para ler, está tudo bom, gosto disso. Para o futuro mesmo penso em poder ajudar meus filhos.

Sou o Jesus, tenho 81 anos, cabelos negros porque pintei recentemente, pele branca, olhos castanhos e estatura mediana. Sou uma pessoa brincalhona e vivo sorrindo. Tenho a mesma idade que minha mulher, mas aparento ser bem mais novo que ela. Tenho 54 anos de casado e moramos em nossa casa, aqui em Ribeirão, sozinhos. Nasci na região de São José de Ouro Preto, mas como não tinha emprego vim pra cá trabalhar na construção. Hoje o dinheiro da aposentadoria nunca dá para nada e queria arrumar alguma coisa para ajudar, só que sou idoso. Já fiz cirurgia para cistostomia, e hoje depois desse choque da próstata estou tentando ser uma pessoa normal. Temos um filho só. É homem e não sossega em casa para ficar com a gente. Sou uma pessoa calma, mas também muito preocupado com as coisas. Passo o dia aqui dentro de casa mesmo, vira e mexe só saio em ultimo caso quando é pra ir comprar remédio. Nunca fumei, mas bebia uma vez ou outra. Eu não pago o ônibus e meu lazer é de vez em quando conhecer uma cidade vizinha, porque caminhar no parque não dá mais. Fora isso é ver TV e sonhar que um dia, no futuro as coisas vão melhorar.

Me chamo Lúcio, tenho 71 anos, estatura de aproximadamente 1,70 metros, sou magro, tenho cabelos brancos, olhos negros e cor de pele branca. Moro em Ribeirão e tenho esposa, filhos e netos que moram comigo. Já trabalhei muito e hoje em dia eu vivo me dedicando a levar minha esposa nas aulas de ginástica dela e ficar comprando as coisas de casa mesmo. Não saio muito a pé, tenho medo de cair e me quebrar. Sou rigoroso com negócio de horário, por isso como certinho nos horários como as nutricionistas falam, mas vira e mexe dou umas escapadinhas. Nunca fumei, mas bebia para descontraír. Não tenho

paciência para ficar cuidando de saúde, e tive uns três derrames. Hoje em dia tomo tanto remédio que nem controlo isso, só minha mulher mesmo. Gosto de ficar olhando o mar e tomar uma cervejinha, mas ultimamente não tenho esse lazer, falta dinheiro e um corpo novo pra mim. Como não tenho isso fico só assistindo DVD para o tempo passar. Sou da igreja e tenho fé.

Meu nome é Rodrigo, sou um cara novo ainda, tenho 62 anos, olhos castanhos, cabelo enrolado e grisalho, sou magro, pardo e antigamente tinha 1,65 metros de altura. Depois do câncer perdi as duas pernas porque a doença se espalhou pelo meu corpo e o jeito foi amputar. Então, agora devo ter um metro e alguma coisa de altura. Moro sozinho, pois minha mulher e filha me abandonaram e só vêm me visitar de vez em quando. Sou aposentado e passo o dia na cama assistindo televisão. Agora deu para nascer umas úlceras no meu corpo, mas assim que eu melhorar vou usar minha cadeira de rodas que ganhei e vou voltar a passear no bairro. Eu era pintor de mão cheia antes da doença. Não faço atividade física nenhuma, pois como estou, não dá! Me alimento de marmitex, eu ligo e eles vêm deixar aqui no pé da minha cama. Tenho o temperamento meio forte e não é com qualquer pessoa que me dou bem. O meu lazer ficou no passado e o meu futuro só quero continuar vivo ainda, porque estar difícil.

Eu sou o Fabio, tenho 69 anos, pele negra, cabelos brancos, olhos pretos e mãos calejadas. Não sou tão idoso, mas a minha aparência é de um homem que está chegando ao fim da vida, porque trabalhei a vida toda no campo sem proteção do sol. Hoje sou aposentado. Tenho minha mulher comigo ainda e vários filhos. Sou proveniente do interior de Minas Gerais, mas agora moro aqui em Ribeirão na casa do meu genro, por conta da minha doença. Como todo bom mineiro sou calminho, falo manso e compassado para todo mundo entender, mas sou inibido de falar da minha doença na frente da minha família. Eu fumava, comia carne gorda e bebia muito, só parava quando acabava. Minha filha é que diz o que tenho que comer agora, e eu só obedeco. Sou magrinho, mas eu como muito, acho que é a idade que não deixa engordar. Já tive tanta doença que nem sei como estou vivo, até picada de cobra já levei. Tomo muito remédio caseiro. Antigamente meu lazer era andar a cavalo e sentir o vento no meu rosto, mas agora é só olhar o movimento da janela mesmo.

Me chamo Joaquim, tenho 78 anos, cabelos grisalhos, olhos negros, 1,65 metros de altura, magro, com a cor da pele branca apesar de estar enrugada pela idade. Sou uma

peessoa extrovertida, geralmente acho graça em tudo da vida. Sou casado e tenho um filho que trabalha aqui do lado de casa como torneiro mecânico. Sou aposentado, mas já trabalhei a vida toda fazendo de tudo que aparecia. Hoje ajudo meu filho na oficina para passar o tempo. Sei passar café e cozinhar, não dependo de ninguém para nada, só quando fico doente mesmo. Sou uma pessoa meio nervosa e qualquer coisa me esquento a cabeça, sou meio nervoso mesmo. Tenho pressão alta e tomo remédio todo dia. Não tenho lazer. (O narrador faleceu durante o trabalho de campo, após ter participado de entrevistas).

Meu nome é Mateus, tenho 61 anos, aproximadamente 1,80 metros de altura, cor de pele negra, cabelos negros tingidos e sou bem magro, não porque eu não como, é que não segura nada no meu estômago, eu vomito tudo. Falo com muita dificuldade devido a uma cirurgia que fiz para remover um tumor que eu tinha na base da língua que veio lá da próstata. Por causa disso as pessoas só entendem o que eu falo olhando para a minha boca (fazendo a leitura dos meus lábios). Tento ser o mais calmo possível, mas tem hora que sou explosivo. Há mais de 30 anos moro com minha mulher e os meus filhos na cidade de Barrinha, aqui mesmo no estado de São Paulo. Já trabalhei muito na vida, mas estou sossegado, vivo de aposentadoria. Fumava e bebia muito. Eu gostava de viajar para o Paraná, era um lazer muito grande visitar meus parentes lá, porque no dia-a-dia eu fico só aqui em casa mesmo. Sobre o meu futuro não penso em nada, tenho só esperança. (Assim como o Joaquim, o narrador também faleceu durante o trabalho de campo, após ter participado de entrevistas).

Sou o Reinaldo, estou um pouco acima do meu peso, tenho 77 anos, mais de 1,60 metros de altura, sou branco, cabelos grisalhos e gosto sempre de andar bem vestido em qualquer ocasião. Moro em um apartamento aqui na cidade de Ribeirão, mas não gosto de falar do meu câncer em casa. Como sou empresário prefiro falar disso lá na empresa, pois não gosto de comentar isso com a minha família. Sou muito reflexivo e tudo que eu falo e faço, penso antes. Tenho três filhos, dois meninos e uma menina. Tomo remédio só para fazer sexo mesmo e constantemente vou ao médico. Não fumo, mas gosto de umas bebidas fortes. Como saio de manhã de casa e só volto à noite, não tenho tempo para lazer, mas todo ano viajo para algum lugar do Brasil com a família.

6.3.1 Síntese Narrativa Temática 1 - Enredos corporificados do câncer de próstata: normas, conflitos e descobertas

Hoje em dia falar dessas coisas de homem é bem mais fácil que antigamente, pois o mundo está muito mudado. Antigamente ficar falando do corpo da gente, disso e daquilo era coisa de mulher, então a gente evitava para não ter nenhum conflito. Eu fui criado dessa forma, por isso não sei para que serve a próstata, não tenho muito estudo e eu não sei explicar as coisas, pois na minha época não se falava sobre isso então não aprendi sobre essa parte de mim. Atualmente a gente ouve dizer que ela ajuda em tudo. A minha por exemplo, serve pra dar a pressão no jato da urina e na circulação do pênis até ficar duro, assim a gente cumpri a nossa função de homem no sexo e fica certo, porque está tudo no seu lugar como é para ser. Então entendo que ela sou eu e eu sou ela, porque quando a gente cresce ela transforma a gente em sujeito homem mudando as coisas no corpo, por isso a minha macheza vem dela. Se eu tenho força, barba, pelo e músculo é por causa dela. Então ela é o que me liga as coisas do mundo e faz as pessoas verem que as coisas que eu tenho que fazer são diferentes das coisas das mulheres. Pode ver como a mulher é redondinha, delicada e sem pelo, tudo porque ela não tem próstata. Então, em outras palavras, a próstata é o nosso tesourinho, a coisa mais importante do mundo para o homem (risos). Mas quase ninguém se preocupa com ela, porque ninguém pega e quando sente dor ninguém sabe se é nela ou em outro lugar, mas todo bicho macho que mijá em pé tem uma, por isso acho que ela não estar ali entre as pernas atoa, faz parte do homem.

Tirando essa parte da próstata que eu não sei explicar para que serve, quero começar contando minha historia dizendo que eu nunca senti nada em mim, nem por dentro e nem por fora, mas tive câncer, pode isso? Parece brincadeira! Eu acho que essa doença, como toda doença, só que principalmente essa praga, quando aparece com sintoma, a coisa já esta morando lá no fundo da gente. Então, no caso da próstata, eu não sei se eu já tinha sintoma e não percebia, mas não liguei, pois homem só liga mesmo quando a coisa está feia e não da mais pra adiar, o que não era o meu caso, porque eu fazia tudo o que homem fazia sem me preocupar (apresentou-se apreensivo, cabisbaixo).

Anos atrás, sentia umas dorzinhas de vez em quando, mais ou menos aquele desconforto que a mulher tem quando está perto para menstruar, por isso nem dei bola no início, porque isso da pra aguentar tranquilo. Com o passar do tempo comecei a perceber que eu estava diferente dos outros homens, quando observei que no meu trabalho só eu ia

várias vezes ao banheiro, os demais que trabalhavam na empresa começaram a chamar minha atenção para isso, pois eu estava toda hora urinando aqueles pinguinhos ardidos (bateu com o punho fechado na parede simulando a dor que havia sentido). A noite era a mesma novela para ir ao banheiro, eu tentava, tentava, tentava e nada. Isso não era vida não! Me sentia um lixo porque meu corpo não funcionava mais. Se eu fosse mulher até que as pessoas entenderiam, pois mulher tem crise de bexiga baixa, mas homem só vai no banheiro mesmo quando o negócio está pegando.

Nessas horas passam mil coisas na cabeça do cara, a gente pensa que vai morrer, porque essa doença quando entra na gente ou mata ou aleija. Então, quando eu sentia essas dores e a urina presa, eu tomava logo aguardente, pois esse quando espalha mata tudo, porque é forte e domina logo o corpo. Mas não deu certo! Pra completar a minha situação, minha mulher ainda achava que eu tinha pegado alguma coisa na rua com outra, porque meu negócio (pênis) ficou do tamanho de uma berinjela (demonstrou um semblante de aflição). Eu ficava toda noite cerca de meia hora no banheiro, enquanto a minha mulher ficava lá no quarto me esperando, lembro que eu batia na parede de dor e só saía aquelas prestações do meu xixi. Na época também cismeí que estava perdendo muito peso, mas quando se é homem e está na luta para sustentar a casa, a gente passa por tanta coisa que nem lembra direito de comer. Então, pensava até que poderia ser isso. Então começou a crescer a preocupação, porque será que eu estou com o corpo preso?

Dizem que o câncer quando entra ele faz parte da gente. Pensei logo que poderia ser isso que estava prendendo minha urina, resolvi procurar um médico pra ver o que eu tinha antes que o meu resolvesse caminhar feito caranguejo. Então, depois de muita insistência da minha família, não teve outra, fui lá ver o que estava errado comigo, porque eu não conseguia mais controlar as coisas que eu fazia.

Fui fazer exames e, para a minha surpresa, o primeiro que bateu na minha porta foi o toque. Não tive opção ou era isso ou a morte, tanto das minhas carnes como da minha vida com minha família aqui em casa, pois recebi até ameaça de me mandarem embora. Então, por mais que eu não quisesse, foi o jeito fazer mesmo esse negócio. Fui, só não queria encontrar nenhum negão lá (risos). Falava logo pra eles, que pelo amor de Deus eu não queria que ninguém soubesse que negão nenhum encostou a mão em mim. Se alguém soubesse seria aquela falação, as caras já iriam olhar meio que desconfiado para mim, aí já viu, a gente perde a moral que levou a vida toda pra construir. Entendo que se ninguém souber, ninguém vai me questionar nada, ninguém vai deixar de me dar moral e vou

continuar o mesmo. Por isso, quando faço, não comento com ninguém. Se for pra sofrer, sofro sozinho, pois homem que se preza faz isso.

Na luta por tentar tirar isso de dentro de mim, aprendi que essa parte da gente (próstata) é uma coisa diferente das outras de dentro do corpo, porque a gente sente quando alguém toca nela, é como se tocasse no H masculino do homem. Por isso é constrangedor e dolorido, porque dói para caralho aquilo entrando na gente, acho que é pior que o preventivo que a mulher faz quando colocam aquele ferro nela. Pra começar a gente fica na posição que o médico manda, nunca é como se quer, lá a gente só obedece, por isso geralmente ele manda ficar de lado ou de quatro. Às vezes coloca as pernas pra cima enquanto ele põe uma luva, passa um gel gelado nas partes da gente e vap! Você só sente aquela socada pra frente e pra trás, fica cutucando, cutucando, até ele cansar (ficou envergonhado e diminuiu o tom de sua voz). Nossa senhora, nunca pensei que eu iria viver para passar por um papel desses! Se eu tivesse bem, seria eu que estava fazendo essas coisas com a minha mulher mas, como estava doente, a gente troca de papel, só que quem me deda é o médico. Horrível essa situação, mas, como a gente fica sem poder fazer nada e sem controle de nada que fazem no corpo da gente, o jeito foi fechar o olho e imaginar que eu estava sei lá, bem longe dali pra esquecer o que estava acontecendo, porque só assim pra suportar esse estrupo.

O exame é até rápido, mas a dor que fica na cabeça da gente toda vez que lembra disso, essa dura por muito tempo. Por mais que as outras pessoas não saibam o que aconteceu ali, você sabe que é diferente de muitos outros homens agora, porque deixou outro cara por a mão em você. Aí a gente se sente fraco e fica meio envergonhado, porque não foi isso que papai me ensinou. É muito ruim isso, pois mexe com tudo na gente. Mais como é para saúde, o jeito é acabar se desapegando do corpo da gente e seguindo com essa culpa (demonstrou um semblante de aflição).

Lembro que o meu pai me dizia: “atrás só sua mãe pode mexer pois é para cuidar, homem não deixa ninguém mexer aí não!”. Foi assim que meu pai me ensinou, assim que eu ensinei pro meu filho e assim que ele está ensinando pros dele. Qual é o homem que gosta de ser penetrado? É o contrário, é o homem que tem que penetrar, é ele que controla a situação e não o inverso. Só que no caso de doença, a gente é obrigado a aceitar e se entregar para que outro cara faça o que tem ser feito no corpo da gente, pois é o jeito, não tem pra onde correr.

Vesti então essa camisa de doente e encarei a realidade. Não é a mesma coisa que a mulher quando vai no médico. Para ela, isso de por e tirar dedo em exame é normal, ela é

que gosta de ser tocada, pois tem o órgão específico pra colocar as coisas. O homem foi criado só para sair as coisas do corpo e não entrar, por isso ela tem que ir mesmo, pois é rigoroso o cuidado com ela, porque é mais frágil e adoece mais rápido (fala com um tom de naturalidade, como se isso fosse algo comum do seu dia-a-dia). Mas o mundo está mudado e se eu não fizesse esse exame, que exemplo estaria dando pros homens (refere-se aos filhos, amigos, netos e genros) aqui? A gente vive mesmo entre a cruz e a espada! Faz o que acha que é certo ou faz o que os outros acham certo. O ruim é que a nossa moral fica no meio disso tudo! Por mais que seja um dedo, é penetração do mesmo jeito. Nessa brincadeira acharam uma carne crescida e endurecida dentro de mim e me mandaram fazer outros exames.

Fiz então o PSA pra tirar a dúvida do médico, pois eu já tinha me entregado, já esperava que fosse essa doença feia mesmo, porque não tenho sorte. O outro exame que eu fiz foi o tal de PSA. Tranquilo esse! O enfermeiro põe lá a agulha no braço e retira o sangue e pronto. Ninguém invade o corpo não, a gente vê tudo e qualquer coisa manda parar, não sente dor e fica com a cabeça sem preocupação, pois não estar fazendo nada de errado, nada de comprometedor para a imagem da gente, é só falar que é exame de rotina e ninguém fica sabendo o que você está fazendo. No meu entendimento, esse exame acontece assim: todo homem tem uma coisa lá que a próstata produz, aí eles veem a quantidade de coisa que tem nesse sangue que tiram, e quando está alto, como aconteceu comigo, o pessoal do hospital faz uma nova investigação pra ter certeza se é ou não aquela maldição que dá no corpo.

Depois do resultado desses exames eu comecei a ficar com a pulga atrás da orelha. Fiquei muito preocupado, pois dois médicos ligaram aqui pra casa pra mim voltar lá no hospital pra ver o que tinha de errado com a minha maquininha (corpo), então, o negócio era sério mesmo. Conversando com outras pessoas que tem isso no corpo, cheguei a conclusão que esse exame não era muito bom e que o melhor mesmo é aquele exame de tirar os pedacinhos da gente. Os caras que já passaram por isso falavam que o sangue variava de homem para homem e como essa doença anda no corpo, talvez na hora que tirava o sangue ele poderia ter saído do lugar e, por isso, não dava quase nada no resultado. O médico também achava melhor eu fazer esse outro, então fiz pra confirmar.

Comecei então mais um capítulo da minha novela, mas sinceramente, esse negócio de toda hora ter que fazer alguma coisa atrás é que me tira de cena, me irrita. Vira e mexe ter que ir lá no médico e ele por as coisas em mim, aff... Isso é que destrói a gente! Agora tenho que ir fazer esse outro. Caramba! Por isso, agora eu sei porquê não vai muito homem para o hospital. Isso é ruim, muito ruim. Mas tudo bem, foi o jeito me entregar mais uma vez para o

médico fazer essas coisas, então eu fiz. Com o tempo tive que me acostumar com essas coisas, não que eu seja veado, mas tive que encarar como normal, porque precisava descobrir o que tinha dentro de mim (ficou tristonho e em silêncio por cerca de 1 minuto).

Esse exame é muito humilhante, deixa a gente acabado e transtornado de tanta dor e vergonha. Não é fácil para o homem se submeter a isso, porque, depois do estupro que o médico faz com o dedo dele, o cara ainda vai ter que virar novamente de costa pra levar na retaguarda. Como se não bastasse, o médico que faz esses exames ainda é homem, porque não é fácil ficar pelado ali pra outro cara te ver. Homem sofre muito! a mulher já é esperado, pois ela recebe; o homem não, a natureza dele é outra, por isso que é humilhante.

Nesse outro exame ele demora mais do que no do dedo. A gente é tratado igual um boi no matadouro. Sei que homem que é macho não tem medo dessas coisas, tem que enfrentar, mas nesse dia, se eu pudesse correr pra bem longe e sumir eu tinha ido pra fugir disso. Lembro muito bem que o médico mandou eu entrar na sala gelada só de aventalzinho fino que eles dão, passou a xilocaína na minha parte de trás, depois pegou um aparelho de metal gelado pra porra para fazer a coleta, introduziu através do meu ânus sem dó, como se quisesse me mostrar que era ele que mandava em mim naquele momento (franziu a testa e encolheu seu corpo como se estivesse demonstrando que havia sentido muita dor). Sei lá, me senti um trapo ali! A gente não pode falar nada, só resta ficar quieto e rezar para acabar logo com aquela arrumação. Depois que ele coloca esse negócio, ele ainda fica lá por um tempo cutucando enquanto a gente fica de lado ou de quatro aberto pra ele lá. A única coisa que se escuta é ele falando com outro cara lá na sala as coisas que a gente não entende nada e de vez enquanto só se ouvia uns disparos de pistola, téc, téc, téc..., Aí, vinha aquela dor do caralho, aquela picada (aumentou o tom de sua voz como se estivesse incomodado). Tiraram sei lá quantos pedaços de mim, só sei que mandaram eu me vestir e ir pra casa. Então eu fui, me sentindo praticamente estuprado, nem sentar direito eu sentava com a dor daquilo. Mesmo depois de um tempo, quando me pego aqui parado no sofá de casa, me vem aquilo na cabeça, téc., téc., téc... Nossa senhora! Da um nó aqui dentro só de pensar!

Recebi o resultado da pistolinha e vi que deu qualquer coisinha, a princípio nem liguei. Só lembro mesmo do médico falando que eu estava com um tumorzinho ali entre as minhas pernas, só que depois parei para pensar o que estava acontecendo e aquilo me doeu mais que uma faca na barriga. E agora o que eu vou fazer da minha vida? Pedi desculpa pro medico lá na hora e chorei dentro daquela salinha branca do consultório (ficou em silêncio por alguns segundos). Eu sabia que ia perder minha vida de um jeito ou de outro, porque essa doença quando entra no corpo da gente, quando não mata deixa a gente inútil, dependendo

dos outros. Preferia mil vezes ter uma cara branca, lepra, diabetes, pressão alta, hemorróida do que câncer, pois quando essas entram na gente batem na porta e avisam que estão chegando. O câncer, você morre e nem sabe a placa do caminhão que te atingiu. Então, quando eu soube eu fiquei perdido mesmo, parecia um bobão de queixo caído tentando procurar a explicação para isso. Foi um baque muito grande para aturar de uma só vez! Não é fácil saber que seu prazo de validade vai vencer.

Mesmo recebendo minha declaração de óbito, tentei me acalmar e continuar na esperança de viver melhor enquanto desse pra levar. Eu tive o câncer interno e não externo, não senti dor mas ele estava lá, quando é externo a gente queima, corta e coloca qualquer coisa para sarar, porque dá pra ver e é mais fraco. Penso que toda doença que dói é boa, pois avisa, a que não dói mata mais porque é silenciosa. Por isso, o meu é interno e vai me matar, porque como eu vou tirar isso de mim se eu nem vejo, não toco e só sinto?

Essa doença é uma herança de Adão mesmo no qual o homem não tem pra onde correr, mais cedo ou mais tarde todo homem no mundo vai ter esse dito cujo no corpo. Todo homem tem célula, então todo homem vai ter câncer, porque super homem só existe na televisão. Meu avô, minha mãe, meu pai, meus tios quase todos morreram de câncer. Por isso se é hereditário, eu fui um dos herdeiros. Então, tenho que estar preparado pra enfrentar isso, pois é esse é meu caminho, não adianta. Fui predestinado a ter mesmo, não tem jeito. Tenho que passar por isso, é meu carma. É coisa da gente que vai ficando velho, com o tempo para de funcionar (choros e soluços).

Tudo na vida tem uma justificativa. Acredito que em mim aconteceu uma desordem no corpo porque eu andava de cavalo. Aí, nesse galope batia muito nessa região entre as pernas e acho que com isso cresceu esse caroço. Eu bebia muita cachaça também e, como esse líquido vai pra lá depois, pode ter dado alguma reviravolta e acontecido isso. Me disseram ainda que essa carne esponjosa que formou foi porque eu comia muita coisa apimentada e muita cerveja, aí a carne tufou e deu no que deu.

Eu trabalhava em um caminhão que tinha a carroceria muito dura e toda vez que dava um baque eu sentia batendo no meu rego, aí doía até essa região. Foi meio que acumulando essa dor por muitos anos e deu isso. É triste falar isso, mas é a realidade (gesticula os braços como uma forma de demonstrar convicção no que fala).

Meu pai me dizia e eu não acreditava, mas ele falava sempre que se a gente não fizesse relação sexual a gente pegava o tal da próstata, acumulava as coisas lá e gerava isso. Hoje em dia depois que eu peguei isso, sei que o certo é estar enfiando mesmo como papai dizia (mantendo relações sexuais), porque assim você está mexendo com os nervos e relaxa a

parte sexual e não da essa doença. Pois, punheta (masturbação) não mata a vontade de ninguém não, se matasse a vontade ninguém tinha câncer de próstata, só de mão de tanto ficar mexendo.

Sou puro sangue, nunca me envolvi com essas coisas erradas de ficar com outro macho não. Já pulei o cercado atrás de mulher, por isso não me considero uma vítima dessa doença não, pois de certa forma eu procurei ter ela. Assim, acho mesmo que meu câncer surgiu como um castigo de Deus para mim entender que a vida não é como a gente bem quer. Aí, Deus castigou porque eu não estava na linha certa.

Independente de onde veio esse tumor, ele agora já me governou e tive que escolher uma forma de viver, por isso para tirar esse encosto do meu corpo busquei ajuda de uns conhecidos que me deram uns chás que diziam ser tiro e queda. Uma pena eu ter descoberto só a queda, porque o tiro ficou só na minha burrada de homem mesmo, de ficar buscando resolver as coisas sozinho. Era um mato verde que vinha lá do interior de Sertãozinho, não lembro o nome, mas todo homem que tinha isso e tomava ficava bom. Eu acreditava que aquele negócio ia entrar no meu sangue e ia limpar essa praga de dentro de mim. Como essa doença é um caroço, acreditava também que ele ia se desfazer com esse negócio tóxico, porque o gosto era muito ruim, então, isso significava que era muito forte e matava. Mas de tanto tomar esse chá comecei a passar mal e larguei de mão, pois já estava me desfazendo mais rápido do que o maligno, estava ficando da grossura de um palito. Fui então procurar me curar com o médico mesmo.

Eu me vi em meio a uma encruzilhada sem saber que caminho seguir, porque o médico me disse que haviam muitas formas de tratar. Então, comecei a pensar em várias coisas que poderiam acontecer comigo. Uma delas era se eu decidisse fazer radioterapia em vez da cirurgia. Lembrei logo do meu vizinho que vai fazer toda semana e reclama muito que isso acaba com o corpo dele, porque sente muitas dores e cai o cabelo. Os colegas falam que ele faz quimio junto e que é por isso que ele está acabado, nem sai mais na rua pra ninguém ver o caco que ele está. Eu não queria ficar trancafiado como ele, usar aqueles lencinhos que as mulheres usam na cabeça! Se bem que o mundo está todo mudado mesmo (apresentou-se angustiado ao falar do assunto). Hoje em dia ninguém sabe mais quem é quem. Nada contra o homem ou mulher que usa lenço, eu sei que é por causa da doença, mas não queria me perder de mim mesmo, ter essa imagem de outro homem que não sou, pois sou uma pessoa normal e estou sempre para cima e para baixo por aí. Não queria que todos me reconhecesse pelo cara que eu ia ser, o cara do lencinho, fraco para trabalhar e pra viver, porque vive doente. Nem quero pensar nisso! O pior é que, no final das contas, nem certeza que eu ia

ficar bom eu tinha, porque às vezes esses tratamentos só fazem cócegas no maligno, não o matam pela raiz. Então, por mim, eu não faria nem radio e nem quimio.

Usar hormônio era outra coisa que eu não queria, porque isso transforma a gente em outro homem, a aparência muda, cai os cabelos do corpo todo e o cara fica mais afeminado, é travesti que usa esse negócio de hormônio, pelo menos era isso que a gente via o pessoal falando. Vixe, pensei bem e decidi que o melhor mesmo era eu ficar do meu jeito mesmo. Tenho meus cabelos, a voz grossa, está ótimo! Se for pra mim perder cabelo, tesão, voz e as coisas que me deixa homem, é melhor eu nem mexer com isso não! Preciso do meu corpo 100% pras pessoas me verem como eu sou, se não 100%, mas pelo menos com a lataria inteira, o motor pode falhar de vez em quando, isso é o de menos, a gente começa dar valor a outras coisas. Como já estava certo na minha cabeça que eu não ia fazer nem radio e nem quimio, minha família começou a encher meu saco pra tirar logo a próstata. Falavam que era melhor, porque a maioria dos homens tiravam e ficavam bom. Eles interferiram muito na minha escolha, me pressionaram noite e dia. Então, optei por retirar logo isso. Só que quando se está doente a gente não manda em nada, quem manda no corpo da gente é o médico e a família mesmo. Eles acharam que era melhor eu tomar remédio pra diminuir o tumor e, se não desse jeito, aí sim eu entrava na faca. Essa foi a minha força! O remédio era um hormônio, me fez cair os cabelos do corpo, me deixou meio brocha e com uma baita de uma gastrite (ficou tristonho). Era para diminuir a próstata, mas eu estava ficando diferente, até minha mulher percebeu que eu estava mais redondinho, e olha que o corpo de todo homem é quadrado. Eu sou homem, não ia aguentar viver desse jeito não! Então, resolvi largar esse remédio, pois quem tem essas coisa afeminadas é mulher.

A próstata do tamanho que estava não havia necessidade de cirurgia, poderia seguir acompanhando. Só que eu não conseguia suportar os efeitos colaterais do remédio, então não tive outra escolha, pedi pra tirar logo esse intruso de mim. Outra coisa que eu iria ter que enfrentar se eu não fizesse isso, era ter que todo ano fazer biópsia e toque, eu não aguentava mais fazer isso não, não estou doido de ser estuprado todo ano, então só tem cirurgia mesmo.

Tinha muito medo de não ser mais homem depois da cirurgia, porque a pessoa só sabe como entra, mas como sai ninguém sabe. Tinha medo de pensar se as pessoas ainda iam me respeitar, porque com os homenzinhos aí meio afeminados, ninguém dá respeito de nada não, ninguém nem liga pro que eles falam, e essa cirurgia deixa o cara capado, então não sabia o que me esperava. Mas na vida tudo é um risco. Lembro que na noite da cirurgia, fiquei sozinho em um quartinho branco, me prepararam um pouco antes e me colocaram em

uma maca, depois me levaram pra sala da cirurgia e aí não vi mais nada. Lembro só do outro dia que o médico chegou e me disse que tinha dado tudo certo, que tiraram a minha próstata toda fora. Pedi para ver, pois queria guardar, afinal era um pedaço de mim de dentro que estava fora, mas aí ele falou que tinha jogado no lixo e já tinham recolhido. Me senti super mal por isso, me senti um lixo também, era meu aquilo, ele não tinha esse direito (ficou com os olhos marejados).

Mas com tudo isso que passei, como se não bastasse toda moral que perdi fazendo exames, mesmo escolhendo a cirurgia pra tratar, eu não tive como correr da radio. Quando acabei de retirar a próstata o médico mandou que eu fizesse 36 seções para garantir que esse encosto não ia voltar. Era uma das piores coisas do mundo, eu só andava meio assim de perna aberta pois estava tudo assado (ao pronunciar esta frase aumentou o tom de voz como se estivesse indignado com o fato). Eu evitava até de sair pois não queria que meus amigos me vissem assim, era muito triste isso, um homem feito da minha idade com essas coisas. A radio acabou de me matar, sugou toadas as minhas forcas e me transformou em uma pessoa cheia de dedos, que toda hora pede ajuda para os outros. Só Deus sabe o que faz! Se ele quiser me levar logo ele coloca outro câncer no meu corpo, eu vou aguentar, mesmo sem querer, mas aguento porque ele me fez homem e homem é pra essas coisas, aguenta o que vier. Tenho que enfrentar, o que posso fazer? Vou deixar a vida levar.

As narrativas retratam a forma como cada narrador vivenciou o CP, neste estudo essencialmente estes sujeitos refletiram sentidos comuns à identificação da doença, sinais e sintomas, realização de exames e busca por soluções terapêuticas.

A próstata foi reconhecida como um órgão presente no corpo masculino, mas por tratar-se de uma região regulada socialmente por normas e valores culturais, os homens identificaram a suas funções relacionadas a atributos biológicos e sociais como *servir pra dar a pressão no jato da urina, na circulação do pênis, fornecer auxílio na hora do sexo, macheza (masculinidade), força, barba, pelo e músculo*, sendo ela acima de tudo, imbricada da função de *ligá-los as coisas do mundo e fazer com que as pessoas reconheçam que as coisas que eles fazem são diferentes das coisas das mulheres*, ou seja, tem a função de firmar sua identidade de gênero, sua masculinidade.

Goldenberg, Marsiglia e Gomes (2003) afirmam que para o homem, simbolicamente, a próstata assim como o pênis é um órgão que demonstra a representação máxima da sua virilidade, o local onde ele deposita o seu ‘marketing pessoal’, sua autoafirmação e toda a construção de seu imaginário sobre o desempenho sexual. Também é uma referência

importante para o estabelecimento e manutenção das suas relações de gênero e da sustentação de sua masculinidade. Nesse sentido, entende-se que os valores culturais imbricados na forma como o homem percebe a sua próstata influenciam diretamente na maneira como ele defende a manutenção de preceitos de sua masculinidade e adota comportamentos de prevenção em saúde.

Os sinais e sintomas do CP são facilmente confundidos com outras doenças devido a sua não especificidade. Dessa forma, vários homens negligenciam a busca por cuidados de saúde por não valorizarem a sintomatologia em seu início (ARAÚJO *et al.*, 2015). No modelo explanatório leigo dos narradores o sinal que o corpo não estava mais normal veio por meio de sua mudança corporal, quando os homens não mais conseguiam reproduzir suas funções fisiológicas com a mesma naturalidade que outrora e assim acabavam sentindo-se impotentes, vulneráveis sem o controle do seu corpo. O que inicialmente era descrito como *um desconforto que a mulher tem quando está perto para menstruar*, foi evoluindo até a *urina ficar presa* e *sair aos pouquinhos* (disúria). *Dor, estar diferente de outros homens, se sentia um lixo porque o corpo não funcionava mais*, preocupação com o corpo e aproximação de sua *morte* foram alguns dos sentidos relacionados aos sintomas do CP, os quais incentivaram-os a buscar o modelo biomédico para *ver o que estava errado* com seus corpos.

Krumwiede e Krumwiede (2012) por meio de um estudo realizado nos Estados Unidos, com 10 homens adoecidos por CP, com idade entre 62 a 70 anos, destacaram que os sintomas do CP foram responsáveis por sentimentos de estresse e o constrangimento na experiência dos homens adoecidos, pois os privavam do controle dos seus corpos, o que promoveu seu isolamento social.

Wenger (2013) aponta que embora o câncer possa ser um precursor de sinais do adoecimento do corpo, a interpretação desses e os rótulos aplicados a eles trata-se de processos socioculturais, pois a doença não é algo que um órgão tem, mas sim algo que uma pessoa tem. Assim, reconhecer que a doença é subjetivamente avaliada de acordo com a situação, a socialização, a apresentação, a experiência e o conhecimento é fundamental para compreender o processo de adoecimento.

Segundo as histórias narradas, os exames diagnósticos específicos do CP foram realizados devido à cobrança dos homens a cumprirem uma obrigação moral, tanto para com seus familiares quanto para com o seu meio social, por que segundo eles *não tiveram opção, ou era isso, ou a morte*. A obrigação moral, epistemologicamente fundamentada pela filosofia prática, trata-se da capacidade de agir conforme a representação de normas e leis sociais que levam os homens a guiarem suas ações conscientemente como um dever moral a ser cumprido

(SANTOS; BOTO, 2014). Munidos por este sentimento moral de agir conforme o seu meio cultural, os narradores submeteram-se aos exames de rastreio do CP para não serem subversivos às normas sociais que regem sua masculinidade.

Fazer os exames de toque e biópsia foi compreendido *como se o ato tocasse no H masculino do homem*, algo *constrangedor e dolorido*, comparado como uma prática de *estupro*, uma violação de sua identidade masculina, algo que os levavam a se sentirem *derrotados, humilhados, torturados* e que os deixavam envergonhados, pois colocava-os em situação subversiva da imagem masculina dominante que incorporavam quando estavam saudáveis. Como optaram pela busca do sistema de saúde médico para detecção da desordem de seus corpos, ao realizar os exames sentiam-se como *um boi no matadouro...*, *diferentes de muitos outros homens agora, porque deixaram outro cara por a mão no seu corpo e literalmente tirar um pedaço* (exame de biópsia). Como são regidos pela obrigação moral de afirmar por meio de seus atos que são masculinos, vivenciaram o dilema de *viver entre a cruz e a espada*, pois ou faziam *o que acha que é certo* ou faziam *o que os outros acham correto*, ou seja, ou cuidavam do seu corpo adoecido e deslocavam dos preceitos de sua masculinidade ou não cuidavam do corpo e mantinham sua *moral*.

Tratando-se dos exames de detecção, Modena e colaboradores (2013) observam que estes procedimentos encontram-se mediados por aspectos simbólicos, os quais ao serem realizados transformam-se em um evento traumático para os homens, indo além da mera implementação de um procedimento físico para leitura de um fato biológico. Na perspectiva de Belinelo e colaboradores (2014) esses exames incidem diretamente nas crenças culturais de construção de sua identidade corporal, infringindo à sua masculinidade. Neste contexto, é habitual que o exame de toque seja associado a um ato sexual não concedível, favorecendo o sentimento de ser penetrado e, assim, gerando a sensação de culpa e perda da sua masculinidade.

Para Santos e Incontri (2010) em nossa sociedade atual, submeter-se a exames invasivos e outros métodos em busca de manter o corpo saudável, tornou-se uma atitude quase imediata de quem fica doente ou sente algo estranho com o organismo. Chega a ser uma obrigação moral, pois socialmente esse é um comportamento simbolicamente valorizado. Culturalmente a sociedade reproduz a norma que o corpo adoecido necessita de cuidados médicos e que os cuidados preventivos para com o corpo, além de ser um direito, são também um dever social. Frente a esta obrigação moral presente na experiência do homem adoecido, o modo que os narradores encontraram para enfrentar o sentimento de ser um *homem fraco e doente* foi *acabar desapegando-se do corpo e seguindo com a culpa* de ser um desertor da

masculinidade hegemônica, pois começou a promover cuidados de saúde (busca por detecção e tratamento do CP) para com o seu corpo biológico.

O resultado positivo para o CP foi interpretado pelos narradores como uma *declaração de óbito*, um sentimento de sofrimento e incerteza, por que segundo eles *aquilo doeu mais que uma faca na barriga e não sabem o que farão da vida agora*, por que em seu senso comum o câncer é uma doença *maligna e amaldiçoada* que *quem pega está condenado a perder a vida de um jeito ou de outro*, pois é uma doença aguda que quem apresenta *morre e nem sabe a placa do caminhão que atingiu*. Assim o sentimento de surpresa foi comum entre os homens, que descreveram: *parecia um bobão de queixo caído tentando procurar a explicação para isso*.

No estudo de Krumwiede e Krumwiede (2012), o diagnóstico do câncer também foi recebido como um fator surpresa e de questionamentos sobre a saúde de seus corpos frente à sua identidade masculina. Os participantes descreveram suas experiências como algo surreal, como um imenso choque, pois o CP tem um grande potencial de levá-los a morte o que os deixa com a sensação de vulnerabilidade, incerteza quanto à cura e a possibilidade de viver o resto de suas vidas com as sequelas promovidas pelos tratamentos, o que os causava sofrimento e ansiedade.

O câncer é socialmente estigmatizado devido à sua associação com a mudança física indesejada nos homens, o sofrimento e a morte. Popularmente conhecido como um predador da vida é também associado ao medo e a incerteza quanto à promoção de cura (WENGER, 2013)

As explicações aprendidas pelo corpo social após a avaliação da gravidade da doença permitiram aos adoecidos compararem os conhecimentos adquiridos em outras situações do seu fluxo de vida com as de agora e assim articularem explicações para o seu sofrimento. Relações com familiares, amigos e outros sobreviventes da doença ajudaram a construir a representação que eles têm sobre os seus corpos.

Quanto à origem do câncer, os narradores apresentaram causas distintas. Na perspectiva de Jesus e Fabio a doença se originou devido a uma *desordem no corpo, porque andavam de cavalo*, na de Marcos, Mateus e Reinaldo foi porque *bebiam muita cachaça*, Vladimir e Cauã porque trabalhava *em um caminhão que tinha a carroceria muito dura e batia nessa região*, para Lázaro, Lúcio e Rodrigo foi devido a *um castigo de Deus* por conta de seus comportamentos e, na de Murilo e Joaquim foi devido à ausência de *relação sexual*. Os sentidos de todos os narradores se aproximaram ao advogarem a origem do CP a algo hereditário, pois foi *predestinado* a eles terem *mesmo*, porque *essa doença é uma herança de*

Adão (fizeram menção a origem da criação do homem segunda a bíblia) *todo homem no mundo vai ter esse dito cujo no corpo*.

Caroso, Rodrigues e Almeida Filho (2004) nos auxiliam a compreender os significados explícitos e implícitos nas narrativas sobre a causalidade da doença nos homens. Entendemos que a desordem no corpo por andar a cavalo, ingestão de bebida alcoólica, ausência de relação sexual e trabalhar em um caminhão são explicações para a doença atreladas a fenômenos da vida social, a fatos cotidianos e outros acontecimentos marcantes na vida dos adoecidos que os levam a compreender a desordem do seu corpo. O castigo de Deus é uma articulação explicativa da doença por meio de crenças sobrenaturais, uma causa e efeito por não ter sido comportado de acordo os padrões de sua crença divina. Já a herança de Adão, trata-se de uma explicação de causação natural, onde o homem é predestinado, herdeiro de um legado biológico naturalizado ao seu sexo e que não pode ser combatido ou evitado.

No processo de busca por compreender a experiência do outro frente ao adoecimento, aprendemos com os narradores que seus modelos explicativos não são puros, certamente há um sincretismo influenciado pelo modelo médico, social e cultural que regem suas experiências. Dessa forma, concordamos com a perspectiva de Portugal (2016) ao defender que um dos sentidos das explicações da doença e seu itinerário terapêutico é estar atrelada aos fatores culturais, à rememoração de eventos e a experiências anteriores que são evocadas, reorganizadas e ressignificadas para sustentar à sua origem, a qual transcende o corpo individual e o diagnóstico na linguagem médica.

Um estudo realizado com 30 homens canadenses diagnosticados com câncer há mais de seis anos destacou que a maioria dos homens ao receberem o diagnóstico da doença, apresentam um conhecimento limitado sobre as terminologias, as causas e o sistema de cuidados de saúde que os envolve, sendo comum encontrar entre suas explicações, fatos ocorridos no seu dia a dia para justificar o seu estado de saúde atual, ou seja, algo que rompe uma relação linear e unilateral de causa e efeito do determinismo biomédico (WENGER; OLIFFE, 2014).

No modelo biomédico, após o diagnóstico do CP, é indicado pelos profissionais de saúde a adesão dos adoecidos a terapêuticas adequadas às suas particularidades. Estas se diversificam quanto ao tempo de uso, quantidade de drogas ou sessões, poder de ação (local ou sistêmico), agressividade com que atinge os tecidos do corpo e suas consequências. Frente às inúmeras questões que cercam a escolha do tratamento, os narradores revelaram sentirem-se *em meio a uma encruzilhada sem saber que caminho seguir*, pois aderir a um tratamento trata-se de uma atitude necessária para cumprir a expectativa moral de buscar a

cura para a doença, como mencionado no trecho: *minha família e as pessoas começaram a encher o meu saco para tirar logo a próstata... eles interferiram muito na minha escolha, me pressionaram noite e dia mesmo sem a minha vontade.*

Quando se trata de tomada de decisões quanto ao adoecimento do corpo, King e colaboradores (2015) afirmam que companheiros, esposas, amigos e familiares são fontes significativas de motivação para homens adoecidos, pois cada família e laço afetivo têm a sua forma própria de lidar com as relações emocionais e de enfrentamento das mudanças corporais. A conversa com outras pessoas que também vivenciaram esses momentos difíceis foi apontado como um ponto motivador no estudo de Wenger e Oliffe (2014), pois forneceram informações que ajudaram os adoecidos a avaliar melhor as suas opções terapêuticas para o CP e a reforçar a confiança em suas escolhas.

Miele e Clarke (2014) destacaram por meio de uma revisão literária sobre a construção do CP na mídia popular, que os homens ao assumirem socialmente o adoecimento, acabam incorporando a construção de uma responsabilidade de luta, de busca pela restituição da normalidade do corpo. Assim, com advento da evolução das técnicas de medicalização, a saúde tornou-se uma obrigação moral que o homem exerce na busca por alcançar um bem estar individual e social.

No que se refere à opção pela adesão aos tratamentos médicos, os narradores levaram em conta vários fatores culturais de suas experiências sociais. Para Alexandre, Fábio, Lúcio e Mateus a quimioterapia e a radioterapia eram procedimentos preteridos, pois como exemplificado em suas narrativas [...] *não queríamos nos perder de nós mesmos, ter essa imagem de outro homem que não somos... ficar trancafiado e usar aqueles lencinhos [...] a gente se sente seco, assado,..., acaba com o homem dentro de nós.* Na perspectiva de Jesus e Marcos a hormonioterapia seria uma das últimas coisas que fariam para recuperar sua normalidade, pois o hormônio provoca mudanças na sua imagem corporal e social, segundo seus relatos *isso os transforma em outro homem, a aparência muda e ninguém respeita mais porque é travesti que usa esse negócio de hormônio e, precisamos do nosso corpo 100% pras pessoas verem como somos.*

Todos os homens investigados neste estudo realizaram prostatectomia, mas somente treze deles sofreram com o *medo de não ser mais homem depois da cirurgia*, pois segundo eles o *homem fica capado e acaba perdendo a moral que levou a vida toda para construir.*

Entre os sentidos apresentados pelos narradores a imagem corporal ganha destaque, principalmente quando atrelada a terapêutica oncológica relacionada ao uso de quimioterapia,

radioterapia, hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos que geram mutilação, tratamentos estes que ocasionam a alteração da imagem corporal.

Gilmartin (2013) advoga que a imagem corporal é um processo de percepção do próprio corpo ao longo do fluxo de vida, sendo construído e desconstruído conforme a cultura e seus valores, estando integrada com a identidade dos indivíduos e envolvida por aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afetam o modo como as pessoas se relacionam com as outras, o que influencia no processo saúde doença e na busca da cura.

Ideias e performances das masculinidades afetam a forma com que os homens cuidam da saúde de sua próstata. A busca por cuidados médicos e a escolha do melhor tratamento para o CP ocorre principalmente quando os homens julgam o tratamento que melhor permite-lhes voltar para o estado de normalidade do seu corpo e que possibilita preservar aspectos de sua masculinidade (MIELE; CLARKE, 2014).

Um fato que chama atenção nas narrativas dos participantes deste estudo é que a discussão em torno do CP e seus tratamentos foram construídos como um problema que afeta apenas homens heterossexuais e que marginaliza a possibilidade de envolvimento de masculinidades transgressoras a hegemônica, como as desempenhadas pelos homens transgênicos. Embora qualquer pessoa do sexo masculino que fisicamente tenha uma próstata, possa desenvolver a doença, os narradores acabam mantendo a heteronormatividade no discurso do adoecimento do corpo biológico e social. Com o auxílio do enfoque antropológico de Connell (2005), entendemos que cada cultura tem sua forma de realizar a leitura e defesa das masculinidades de seus membros, sendo a heteronormatividade um preceito defendido pela masculinidade hegemônica o qual apresenta domínio sob os homens considerados como subordinados a ordem de gênero. Consideramos que certamente existem homens subordinados a esta ordem hierárquica de gênero que também adoecem de CP e que necessitam ser investigados quanto às suas experiências, mas este não é o enfoque estabelecido para esta pesquisa.

Outro ponto que nos chama a atenção, faz menção a forma como os enredos sobre o tratamento foram elaborados, pois destacam a aceitação do procedimento cirúrgico de prostatectomia como uma terapêutica padrão para a reestruturação da normalidade do corpo. Isso ocorre devido a falta de outras opções médicas que não envolvam mudanças em seus corpos, em suas masculinidades e nos seus planos de vida. Desta forma, os adoecidos entendem que esta é a melhor opção para encarar essas situações difíceis, mas mesmo assim acabam sofrendo pela ausência do seu órgão como destacado no trecho: *me senti super mal*

por isso, me senti um lixo pelo médico ter jogado minha próstata no lixo, era meu aquilo [...] Era a minha macheza!

Os sentidos descritos neste capítulo ampliam e aprofundam as características das experiências dos adoecidos pelo câncer de próstata e suas masculinidades frente ao diagnóstico e tratamentos. Nesta investigação o corpo recebeu um lugar de destaque, o que nos leva a interpretar que esta síntese narrativa, como essência antropológica, tem o significado de corporeidade.

Para a antropologia das masculinidades o corpo é compreendido como uma superfície sobre a qual a cultura imprime o seu gênero (CONNELL; PEARSE, 2015), assim articula-se como um substrato onde são incorporados os valores, normas e símbolos culturais arranjados em meio às estruturas de poder social que regulam os corpos em um padrão onde coabitam o biológico e o social em um permanente diálogo (SENKEVICS, POLIDORO, 2012).

O conceito de corpo tomado neste capítulo segue a compreensão de Fernandes e Barbosa (2016), os quais apontam tratar-se de uma ligação do indivíduo com o mundo, sendo o corpo social objetivado no modo como percebemos o corpo físico, as experiências físicas proporcionadas por este corpo, as quais sofrem influência das categorias sociais e das perspectivas particulares a cada cultura. Para os autores, na adoção deste corpo coexiste uma contínua troca de experiências físicas e sociais, de modo que uma complementa as ações da outra.

Enquanto enfermeiros, compreendemos que o corpo social não é o único responsável por prestar explicações às práticas culturais estabelecidas entre os homens e o seu meio, pois os corpos não são superfícies vazias à introdução de elementos culturais. As diferenças biológicas também estimulam a produção de práticas social. Assim, o corpo biológico e suas mudanças também devem ser compreendidos, pois suas relações influenciam e são influenciadas pelo social. Dessa forma, trazemos à tona desta discussão o corpo biológico na perspectiva de Senkevics e Polidoro (2012) que diz respeito ao corpo determinado pela presença da anatomia, fisiologia, hormônios, fenótipos e genótipos que prestam explicações ao corpo individual.

Connell e Pearse (2015) afirmam que os corpos masculinos devem ser vistos a partir de uma perspectiva relacional de gênero, ou seja, os corpos são generificados e moldados por um local comum de produção simbólica, os quais são derivados de uma construção social e cultural e não de um dado natural. Assim, compreendemos que o corpo é dotado de agência própria (capacidade de agir, de ser agente com base na cultura), pois é produtor de sentidos. A corporeidade do homem adoecido por CP, neste caso, não se apresenta como um processo,

mas sim como um estado em constante construção, pois as masculinidades e o gênero estão a serviço da cultura, a qual é construída historicamente a partir das práticas de masculinidade e saúde e, também dos sentidos e significados plurais sob o corpo.

Csordas (2013) observa os corpos adoecidos como um estado sob os quais são inscritos símbolos que levam os homens a interpretar suas experiências e suas técnicas corporais de modo absolutamente pessoal e atrelado à sua cultura. Portanto, não podemos limitar a discussão da experiência dos homens com CP apenas ao corpo físico, pois não é representante desses sujeitos em sua totalidade. Senkevics e Polidoro (2012) defendem a premissa de que é necessário uma interpretação sobre o corpo que reconheça tanto à sua agência quanto à sua construção social, de uma maneira em que o corpo biológico e o social não sejam compreendidos de forma separadas, mas que se aproximem de uma explicação conjunta. Para a antropologia das masculinidades (CONNELL, 2005; CONNELL, PEARSE 2015) os corpos também devem ser compreendidos dentro desse anagrama, pois são ao mesmo tempo objetos e agentes da prática social.

Ao longo de suas experiências os narradores reconheceram que ao adquirirem o CP, o corpo biológico adoeceu junto com o corpo social, pois o biológico foi privado da normalidade de suas funções fisiológicas e o social privado de suas expressões tradicionais que enquadram o homem em uma justa posição de defesa de sua masculinidade. Foi destacado também, dentre as experiências, que ao incorporarem o estado de um corpo adoecido, o homem perdeu o controle sobre si, não sendo mais um ser dominante de suas técnicas corporais e sim dominado pelas técnicas corporais pertencentes à doença. Essa perda do poder dentre as relações estabelecidas pela tríade masculinidade, sociedade e cultura é reconhecida como um fator dissociativo da masculinidade hegemônica. Na masculinidade hegemônica prevalece a norma social que os homens são seres invioláveis, não permitindo entre suas técnicas corporais a permissão de violação do seu corpo (CONNELL, 2005) como ocorre na realização dos exames de rastreio do CP e seus tratamentos.

No que concerne às técnicas corporais, segundo Silvia e Almeida (2014), trata-se da maneira como os homens utilizam os seus corpos frente à sociedade, ou seja, como falam, rezam, dançam, abraçam, se movimentam, se apresentam, entre outras formas de se expressar que os determinam como pertencentes de uma dada sociedade ou não.

Compreendemos que o corpo masculino não é apenas um instrumento técnico resultante da interação cultural, é, sobretudo, um lugar prático no qual o controle social exerce seu poder. Assim, é por meio das técnicas corporais e convenções cotidianas dos homens que os corpos adoecidos por CP são disciplinados segundo a forma dominante de masculinidade

local. Dessa forma, com base nos valores firmados nas narrativas, as técnicas corporais específicas de um corpo funcional como *passar com a família, trabalhar*, dominar as funções do corpo, submeter-se a *atividades de risco*, entre outras, foram destacadas pelos sobreviventes como promotoras da inserção do homem em um locus social e familiar, dotados de ações valorativas hegemônicas, cabendo à disfunção corporal adquirida pelo adoecimento com o CP (descontrole sobre as funções do corpo) motivo de desaprovação social às normas vigentes de masculinidade locais, pois o homem incorpora fatores impeditivos de promoção de sua expressão de gênero.

Os sentidos e significados discutidos neste capítulo revelam que as ações sociais e corporais são culturalmente construídas, defendidas e padronizadas. Assim, as masculinidades ao serem corporificadas pelos adoecidos, possibilitam interpretar que a cultura influencia na forma como os homens compartilham os sentidos de suas experiências e restituem sua saúde social e biológica.

6.3.2 Síntese Narrativa Temática 2 – Masculinidades resignadas em tempos de crise: como nos vemos, enfrentamos e seguimos no nosso mundo social

O câncer veio em uma boa hora para mim, pois já tinha cumprido com a minha função de homem. Já tive filhos e não queria ter mais, pois já passei do tempo de ficar brincando com mulher aqui e ali e agora fico quieto no meu cantinho. Meu pau só fica na moleza, não trabalha mais pra nada, parece até um chaveirinho pendurado entre as pernas, só pra enfeite mesmo (falou compassadamente e ficou tristonho, reflexivo). Então, aceitar tudo que aconteceu comigo fica até mais fácil. Fui atropelado com um monte de desgraça que me aconteceu depois da cirurgia, por isso vivo uma vida de cachorro agora. Como essa doença acabou com a minha vida de homem, vou começar contando a estória do homem que eu era e depois falarei de tudo que aconteceu comigo para me transformar no resto de homem que eu sou.

Homem pra mim tem que ser homem, tem que se comportar como homem. Tem que ter barba, falar grosso, fazer xixi em pé, gostar de mulher, ter ereção, força, tem que ter cabeça no lugar, corpo de homem, jeito de homem e moral pra passar pra família e pros filhos...

Eu sou homem porque eu aprendi desde criança a ser assim (ficou de pé e aumentou o tom da voz com uma certa indignação para pronunciar esta frase). Meu pai me ensinava a

jogar futebol, andar de cavalo, tanger o gado, dirigir, a fazer essas coisas de homem. Acima de tudo, a me comportar como tal, tendo noção no que devia fazer ou não, que era esperado que eu fizesse dentro do meu papel. Assim eu cresci, então não posso ser outra coisa a não ser o que me ensinaram ser. Homem é algo natural, por isso o que ele tem por natureza é que faz dele ser o que é.

O homem é uma espécie de líder, é mais respeitado do que a mulher, não em relação só a sexo mais em tudo. Quando se fala que aquela família não tem um homem dentro de casa, já tira o respeito um pouco, pois eu acho que o homem é que dar o suporte de moral para família, ele nasceu para ter domínio de tudo. O homem que não tem moral, mas continua tendo presença nas relações da casa e da família, até que é homem, mas é um homem doente, não é completo, é um novo homem, pois é cheio de limitação. Eu sou um desses (abaixou a cabeça, ficou melancólico e chorou por alguns segundos)!

Eu sou homem, mas devido a doença eu deixei de fazer meu papel de homem. Isso é coisa da cabeça das pessoas, ninguém é 100%, todo mundo tem medo de algo e falha em algum ponto, nunca alcança uma macheza total, porque ninguém é super homem e nem o batman. Quando chega na roda de outros homens sempre vai ver que tem alguém melhor, que quer ser mais homem, que tem mais dinheiro, mais mulher ou que sabe mais de alguma coisa e se destaca, aí um fala e os outros todos ficam só olhando e admirando. Por isso eu não saio mais de casa, porque o que é que os caras vão admirar em mim? Eu sou doente e na doença só tem desgraça (ficou reflexivo em silêncio por alguns minutos). Eu acho que macho que é macho não mostra pra ninguém não, ele faz e acontece e ninguém nem sabe, por isso prefiro ficar na minha mesmo. A final tenho câncer e eles não. Eu sou diferente agora!

Eu não me enquadro em nenhum perfil, pois sou como o homem de antigamente. Na minha época se você não tivesse bigode você não tinha valor. O bigode era como um documento que a gente dava em qualquer lugar, você andava com essa aparência e todos te respeitavam. Hoje estou doente e não posso ser julgado por isso, estou fora do baralho, e mesmo que estivesse dentro, com certeza estaria do lado dos espadas. Me sinto assim por dentro, apesar de que por fora eu não faça o que eu deveria fazer (refere-se ao papel de homem).

Lembro muito do meu passado e sei que a minha vida sempre foi cheia de mulher, na hora que eu queria eu tinha! Eu gostava muito me exhibir, malhava e ficava andando para todo lugar sem camisa, todo mundo me olhava, era tão bom! A gente se sente desejado, valorizado. Tinha uma fama mesmo de pegador, até que eu casei e aquietei meu facho. Tudo ficou restrito à minha mulher, a gente se entendia e éramos muito felizes. Eu tinha

disposição, macheza de ficar com ela e levar as coisas na vida. Nessa época eu trazia as coisas pra casa, tinha moral ainda e era respeitado... Adorava andar de cavalo, porque era uma coisa que me fazia livre, me sentia seguro e feliz por conseguir o que muito homem não conseguia (deu um sorriso embotado).

Eu sempre saía com a minha família, levava minha filha na escola, trazia, pegava no trampo (trabalho) de segunda a sexta e nos finais de semana, no pesado mesmo, porque eu era bem forte. Eu ia pra todo lado, na feira, no supermercado, nas festas, fazia farra e ninguém nunca falava nada, nem ligava para doença nenhuma. A minha mulher era que adoecia, pois não aguentava o trampo. Eu trabalhava e dava conta de sustentar toda família, até as amantes... quando o negócio estava muito bom. Sempre ficava com meus amigos conversando e tomando uma cervejinha. Não era muito de beber, mas uma hora ou outra a gente bicava um pouco pra ficar descontraído.

Eu não sou de ficar falando de mim, mas eu era um homem de exemplo. Quando eu falava e as pessoas me davam moral, paravam para me ouvir porque eu tinha meu valor. Acho que a minha cara séria ajudava, minha barba, a forma como eu me vestia, queira ou não, dizia muito do que eu era, me dava um certo ar de responsável.

Nunca me preocupei de mostrar para os caras que eu conseguia as coisas ou que eu era isso e aquilo. Eu era natural quanto a isso. Bastava me olhar que viam o homem que era, isso fazia parte de mim, porque homem nasce assim, fazendo papel de homem. Era muito bom esses tempos, eu era feliz e não sabia! Sinto muita falta dessa liberdade que eu tinha, pois naquele tempo eu me considerava um homem completo de verdade. Eu era um homem mesmo, agora não posso fazer nada mais, pois o que eu fazia sorrindo hoje faço chorando (sussurrou esta frase). Tudo aconteceu depois do CP, porque antes eu era normal, hoje parece que me falta um pedaço (ficou com os olhos marejados e soluçou baixo).

Hoje em dia me considero uma pessoa normal, pois aceito o fardo que eu tenho. Sei que a vida é cheia de consequências e escolhi fazer a cirurgia para curar o câncer, por isso pago até hoje. Sou de idade e não devo nada para esse termo moral que as pessoas cobram dos homens, não tenho que provar nada para ninguém! Acho que as pessoas me enxergam diferente por eu ser doente e não me veem tanto como homem, como acontece com quem é mais novo. Sei que não é certo porque não gostaria que me olhassem assim menor, indefeso e doente, mas é o que tenho. Quando chega a idade e a doença, a pessoa é vista com uma visão mais universal, a sociedade aceita e nem cobra quase nada. Só que vestir essa camisa é se entregar ao fim da vida, porque depois da velhice vem a morte.

Hoje não posso fazer as coisas que eu fazia, o tempo passou e não tenho mais idade para isso. As pessoas me tratam como velhinho por causa da idade e eu sinto que estou na descida da montanha, porque já subi e cheguei lá em cima, só que agora estou descendo a montanha a cada dia. Não tem sentido mais ser algo que não da pra ser! Isso me deixa muito mal e me sinto uma pessoa muito frustrada, pequena, é triste! Mas doente, você não vale mais pra nada mesmo (ficou tristonho)! Quando tirei a próstata pensei que esse homem que eu era ainda ia viver. Hum... só ilusão! As pessoas fazem questão de me lembrar que não posso mais nada, porque voltei a ser criança.

Não sou ingênuo e sei que tudo que você faz é julgado pelos outros como certo e errado. Isso é o papel que a gente exerce para viver entre as pessoas. No caso do homem, você deve cumprir as obrigações no sexo e na vida chefiando a casa, vendo tudo o que tem que ser administrado, tomar a frente em tudo, fazer as compras da casa, tomar a frente da família. Eu sempre fiz esse papel, eu cumpri esse papel, só que às vezes a gente falha. Só que o que eu quero mesmo é ser um exemplo pra eles (aponta para um retrato na parede que tem os filhos, genros e netos). Quero que sejam homens como eu. Exemplo é a única coisa que eu posso deixar, por isso fiz essa burrada da cirurgia, primeiro que queria viver mais e segundo porque precisava dar esse exemplo. Afinal sou o chefe da casa (apresentou-se aflito e inquieto passando as mãos várias vezes pelo rosto)!

Desde quando fiz a cirurgia eu não me senti mais como um homem, porque por mais que eu queira, meu organismo não produzia mais o papel de homem. Tiraram de mim mais do que a próstata, tiraram minha vida enquanto sujeito macho. Mas a vida é assim, quando ela não te derruba ela te aleija. Hoje sou um cara meio empacado pra fazer as coisas, não tenho mais força, não posso carregar peso. Quase tudo que eu fazia não faço mais, por isso falo que sou diferente do que eu era, porque sou cheio de limites.

Eu tive que refletir muito sobre a minha vida e o que eu ia fazer com ela daqui pra frente, pois me vi em uma encruzilhada muito difícil. Tive que escolher entre tratar do câncer ou ser outro homem, porque é isso que esses tratamentos te transformam... Escolhi então fazer a cirurgia e prolongar o meu tempo de homem ao máximo, só que por conta disso, vivo hoje uma vida de migalhas, meio que só vou empurrando os dias sem muitos sonhos e coisas pra fazer. Deixei muita coisa pra traz, trabalho, macheza, moral, saúde, e quase minha mulher, tudo por causa dessa doença (choro).

Hoje parece que sempre falta alguma coisa, estou meio que pela metade e isso me faz uma pessoa muito ruim por dentro. Não queria ser limitado assim, queria ser o homem que eu era antes da doença. Não quero ser uma pessoa nova, é muito fácil dizer que tenho que

aceitar isso para minha vida. Agora eu sou assim, viver assim é como morrer a cada dia, mas fazer o que? É o jeito aceitar esse novo eu se eu quiser continuar a vida (ficou reflexivo e em silêncio por alguns segundos).

Essa operação desgraçou minha vida enquanto homem, porque se antes o meu problema era viver com a urina presa, hoje é viver com ela solta. Fiquei vazando direto igual a uma torneira que a gente nunca consegue fechar e fica sempre aquele pinga- pinga, isso dava um mal cheiro insuportável que ninguém aguentava. Sei que incomoda minha mulher. Às vezes faço questão de ir dormir na rede para não ser chato e deixar ela dormir, pois ela sempre acorda quando eu levanto pra ir no banheiro.

Viver com a urina solta é como viver sempre dentro de uma piscina, toda hora a cueca está molhada. Viver com esse fogo é estar sempre pela metade e nunca um homem liberto por inteiro. Nunca mais fiquei de cabeça fria depois que tive isso, voltei a ser criança e sou refém dos 13/6,5 metros quadrados daqui de casa. A vida de velho já é difícil porque a gente é fraco, por isso fazem até lei pra proteger a gente, pois a gente não consegue mais se defender sozinho. Imagine um velho com cheiro de xixi como eu, as pessoas pensam logo que sou um homem gagá, que não presta pra nada. É triste isso! Mas tudo bem, a gente faz o que pode e não o que quer.

Comecei a perceber com o tempo que as pessoas se afastavam de mim, meus filhos não me pediam mais a benção e nem sentavam na mesa mais para almoçar junto comigo. No início eu não entendia direito porque era, mas um dia minha filha falou que era porque o cheiro da minha urina às vezes ficava demais e eles não se sentiam bem. Eu me senti um pano de chão de banheiro quando fiquei sabendo disso. O pior de tudo é que eu não podia fazer nada. Fico mais na minha aqui mesmo, a minha agora é assim e tenho que entender que não sou mais como antes. Eu sei o meu lugar! Tem um puxadinho aqui no quintal de casa, é só uma salinha e um banheiro, coloquei uma cama lá e virou meu quarto agora. Assim eu não incomodo ninguém e estou em casa mesmo só para comer e resolver alguma coisa (ficou melancólico e disfarçadamente colocou a mão sobre o rosto e chorou)...

A válvula, músculo, sei lá o que foi que rompeu depois da cirurgia, nunca mais volta ao normal, nunca mais eu vou ser normal por causa disso. Já sofri demais com isso! Já tem muito tempo que eu tenho isso, acho que não tem mais concerto. Não tem saída. Como não sou mais uma pessoa normal, tive que aprender a viver de forma diferente. Agora não tomo mais tanto líquido depois das dez horas da noite se não eu ensopo a cama ou a rede, pois não percebo saindo, ou me faz levantar mais de uma vez para ir ao banheiro, como faço de costume. Agora a minha vida está normal, aprendi a conviver com ela assim e para mim está

ótimo. Afinal, tem que estar, se não a gente não vive mais e acaba se matando. É o jeito aceitar a vida assim, não tenho outra escolha. Eu sou homem e essas coisas não podem me abalar não, sou o pilar da minha família e se eu cair todo mundo cai, então tenho que segurar a barra. Não tem para onde eu correr! A gente vai se controlando e vai aprendendo a viver no automático.

Se tivesse jeito de voltar a ser como eu era, o médico tinha me passado medicamento para melhorar ou até mesmo para sarar, mas como não tem outra alternativa tive que fazer alguma coisa para viver com isso. Foi então que para amenizar esse pinga-pinga e para não ficar molhado, passei a usar um forro constantemente para aparar o xixi, mas o fluxo é grande e não tem forro que resolva. Tentei continuar a minha vida normal, mas não deu certo, então passei a usar fralda. Comecei a usar primeiro umas que fazem a colagem nas laterais e isso me deixou maluco, pois toda vez que eu colocava e tirava, aquilo grudava na minha pele e me machucava. Eu parecia criança usando hipoglós. Até o cheiro prendia na minha pele, era horrível a sensação das pessoas te verem como se você fosse criança mijando nas calças, ainda mais no meu caso que até agia como criança usando fralda e pomada para assadura. Fiquei muito preocupado em viver o resto da minha vida assim, pois usar fralda é meio que regredir na vida (ficou angustiado).

A criança as pessoas até deixam passar, mas homem já feito como eu só encontra crítica. Os caras riem na sua cara, te tratam diferente, parece que se sentem superior só porque estão com saúde e a gente não. Por isso era muito difícil pra mim aceitar usar fralda nessa idade, porque quem usa fralda é mulher, porque dentro do seu normal todo mês sangra e precisa colocar esses treco pra não sujar muito. Mas o homem ficar vazando, onde já se viu isso? Só coisa de doença mesmo!

Outro problema de ficar usando fralda é que passa muito no bolso, tive então que parar com isso e arrumar outro jeito de fechar a minha torneira, pois o meu aposento já estava todo indo embora...

Certo dia aqui em casa fui comprar as coisas no supermercado e peguei um absorvente para minha filha, tive então a ideia de usar para resolver meu problema. Eu fazia assim: colocava o pau pra baixo, em direção ao bumbum, e depois colocava o absorvente na cueca, igual como coloca na calcinha, minha mulher me ensinou, aí era só usar (ficou envergonhado e com a face avermelhada). Só que quando anda fica amassando ele e sinto minhas pernas molhadas, tenho que trocar. Com isso, agora dava pra enfrentar a fila do banco, ir no supermercado, ajeitar no carro e voltar a andar nos lugares que tinha deixado pra trás por causa da urina. É melhor para se movimentar com isso do que com a fralda. Não

fica estufado, mas na minha cabeça pra poder aceitar isso é muito difícil, pois é como se eu estivesse indo contra os princípios de homem.

Há coisas que são para homem usar e coisas que são para mulher, pode ver que na embalagem de absorvente duvido se encontrar algum homem desenhado, só acha corpo de mulher, informação para mulher porque é pra ela e não pra ele! Então, estou indo contra a minha natureza e a natureza do mundo. Mas o que posso fazer? Doente a gente não tem moral de nada! A doença pode até me mudar, mas eu não preciso mudar na frente dos outros não! O que sou e construí não vai se desfazer assim não! Posso perder tudo mas não posso perder a minha moral, porque é isso que me dá respeito, me dá valor.

Em tempos de crise como esses, para continuar lutando dia após dias, procuro levar isso como uma lição de vida, senão eu desisto de vez! Não dá pra ser o mesmo homem 100%, mas a gente é obrigado a colocar na cabeça que está tudo bem pra continuar a vida.

O que me preocupava agora era quando saía na rua e não tinha banheiro. Com o tempo eu fui testando várias coisas. Tentei por uma sacolinha mas não deu certo pois ainda molhava, pus então uma camisinha e furei a ponta para ver se saía, eu inventei de um tudo até aprender uma ferramenta que me ajuda muito, não resolve mas ajuda... coloco uma meia no meu pau, uma meia assim bem grossa e serve como se fosse uma fralda, ela não fica molhando a cueca e nem deixa cheiro. Ela fica na calça só com um pouco de volume, fica como se eu estivesse meio que excitado, mas isso até que é legal em comparação com ficar todo mijado, porque as meninas até olham mais na rua.

Para ser sincero, falar que estar tudo bem comigo hoje em dia é até uma piada mas tenho que falar porque coisa boa atrai coisa boa. Mas é um saco quando tenho que ir para algum lugar, pois toda vez que saio tenho que levar um pano, uma fralda ou usar um absorvente. Agora me sinto como uma mulher menstruada por viver com isso 24 horas. Atualmente sei que não sou igual aos outros caras, e pra evitar besteiras (se expor a temas pejorativos de sua masculinidade) prefiro viver dentro de casa mesmo. Me isolo do mundo porque aqui dentro estou seguro. O mundo fora de casa acabou pra mim, depois do câncer (ficou reflexivo e em silêncio por alguns minutos)...

Outro problema que tive depois da cirurgia foi na parte sexual, isso acaba com a minha vida de homem e faço questão de contar essa história.

Acredito que o sexo faz parte da vida, mas acho que ele é mais ligado a certas fases do que a outras. Por exemplo: quando a gente é novo, procuramos fazer sexo mais vezes, antes dos 30 anos a gente tem um sistema, faz até três vezes no dia, com 60 anos em diante é outro sistema, faz duas vezes no mês, com 70 e 80 faz só na imaginação, porque a velhice

quando não acaba com tudo outra coisa acaba. O que acabou com a minha foi a cirurgia. Eu vivi a vida toda com minha parte sexual muito bem, eu era ativo, transava todos os dias e de repente tudo acabou. É como se eu tivesse dois anos de idade, nem penso mais nisso (ficou com os olhos marejados). Acho que quando me cortaram, eu não tive sorte, porque deve ter cortado alguma parte do meu pau por dentro que não me controlo mais. Viver brochando é desagradável, porque homem sempre quer ficar com mulher, ficar pra cima. Homem é macho! A gente vive meio que movido por isso, e perder isso é uma coisa muito forte para gente enfrentar. As pessoas falam e esperam que a gente se comporte de um jeito, sendo que quando se está doente a gente não consegue mais. Eu ensinava uma coisa pros meus filhos, que eles deveriam se comportar assim e assado com a esposa deles, que eles deveriam ter relação desse jeito pra fazer a mulher gostar mais e isso e aquilo, e agora que exemplo eu dou pra eles? Eu não consigo nem fazer mais nada, só dou trabalho pra eles. Não é porque eu não queira, é meu corpo que não responde! Ele que não aguenta mais fazer papel de homem. Se dependesse de mim, eu ia ser homem até a morte, porque eu nasci assim, aprendi a ser assim e não quero ser outra coisa (pediu para interromper a entrevista por alguns minutos e chorou).

O sexo é muito importante para mim. Ele modela a minha moral, me completa, salva o casamento e me ajuda a superar as dificuldades, porque relaxa e me equilibra. Sem o sexo a vida perde a harmonia, a mulher desconfia do que o cara gosta, se sente culpada por não conseguir dar prazer pra gente e as pessoas, com o tempo, tendem a se separar, pois ele é 50% da relação do casal.

Mudei muito e tem hora que nem eu me conheço mais. É incrível como a gente se transforma, aquela moral que levamos anos pra construir, que a gente vem falando e fazendo desde quando se é garotinho e não deixava ninguém fora a mãe tocar na gente, de repente vai embora, e quando percebemos estamos aí todo solto. Sou outro cara mesmo, estou doente e é o jeito viver assim agora. Fazer o que!?

Não vou mentir, hoje em dia eu até tento fazer algumas coisas para ver se volto a ser um homem normal, pois a esperança é a última que morre, mas encontro várias coisas que me impedem de ser feliz. Uma delas é que eu não consigo mais gozar, fiquei seco e a minha ejaculação agora é interna. Sinto aquela sensação, aquele tremorzinho, mas não é mais como antigamente, eu molhava uma toalha quase toda de gala, agora eu gozo seco. Eu acho que ela deve estar indo para a bexiga e quando eu transo ela sai pela urina, porque se acumulasse eu sentiria muito cheio e sentiria dor, como sai direto na urina eu acabo nem percebendo, só pode ser assim.

É muito constrangedor essas coisas, porque só o homem que consegue no final da transa mostrar que gozou, a mulher, se ela quiser fingir ela finge tranquila, mas o homem, ele não tem nem como esconder. A porra (esperma) para minha mulher é como se fosse uma espécie de comprovante que eu estou gostando da transa. Para o pessoal da rua isso é meio que um carimbo, porque todo homem no final goza pra mulher ver. Para fugir dessa regra, eu procuro disfarçar, quando vou transar falo pra minha mulher que gozei em um pano e ela não vê ou a gente tenta fazer no banheiro e na hora tiro e ela pensa que saiu na água. Isso me mata aos poucos! Me sinto muito pequeno por causa disso! O esperma meio que é meu passaporte, minha identidade, hoje que não tenho mais percebo que é isso (apresentou-se aflito e angustiado). Se eu gozasse ainda minha mulher ia ser outra pessoa comigo. Eu me sentiria mais confiante das coisas e não ficaria pensando besteira. Não é porque não gozo que não sou homem, mas é difícil pensar no meu corpo assim, tenho todas as ferramentas mas não funciona.

Tentei reverter essa situação. Como o meu pau não ficava duro, e não dava para penetrar direito, pensei que talvez fosse por isso que eu não gozava. Fui atrás de ajuda e pedi para o médico me receitar algum remédio... tomei algumas injeções e comprimidos para me reanimar e foi o que me salvou. Fiquei rindo de orelha a orelha, metendo cedo, de tarde e de noite. Eu não sei se é o normal, mas acho que o que tinha naqueles comprimidos entraram em mim e começou a inchar a cabeça do meu pênis, o corpo dele começou a inchar também, parece que isso trabalhava no lugar da falecida (próstata). Sei que é artificial, porque essa dureza toda não sou eu, é o remédio, de um jeito ou de outro quando tomo isso, acabo sendo um homem artificial, porque só posso fuder com remédio. Não é a cura do câncer, mas é a cura da minha macheza. Então, artificial ou não eu estava na ativa novamente. Passei um tempo sem a minha mulher reclamar de nada na cama, pois dessa forma eu conseguia fazer meu papel novamente. Com o tempo a gente acostuma e parece quase normal isso. Nem que seja por poucos minutos você se sente homem novamente. Só que isso não durou muito tempo não. Meu corpo começou logo a rejeitar, e a minha saúde falou mais alto... Tive que largar a pílula de mão.

Quando meu pai estava vivo (frisou o olhar para uma fotografia do pai que estava na parede de sua casa) ele me ensinou que comer amendoim ajudava a dar um gás, que era bom pra dar uma força pro homem ficar em ponto de bala, por isso assim que eu casei comia muito. Dava até jeito, mas hoje depois da cirurgia acho que isso só atrapalha, porque a gente fica naquela esperança de que as coisas vão se resolver e nada acontece. Só decepção! Então decidi parar de tomar essas tralhas também e agora só estou no suco de laranja mesmo.

Com um tempo voltei no médico pra fazer esses exames de rotina, falei do meu problema e ele disse que iria me ajudar a ter ereção, para isso ele queria colocar uma prótese no meu pênis para que eu pudesse ter relação. Eu preferi que não. Pensei que já sou de idade mesmo e não tem mais sentido a vida pra mim, logo vou morrer e é melhor não me aborrecer com isso mais não (expressou um sorriso embotado)!

Acho que eles colocam a prótese embaixo da pele do pênis. Tem um chip que é só a gente pensar em transar que automaticamente fica duro para penetrar. Parece um milagre! Mas quem iria sentir prazer seria só a mulher, como o homem está com esse negócio artificial, que não é dele mesmo, ele nem sente nada. Então, é o jeito a minha mulher se conformar com a situação agora, porque nem eu nem ela vamos ter isso mais, pois até isso a doença tirou da gente...

A prótese podia até salvar o meu casamento, mas também ela me mataria! Acredito que não tem esse homem que aguenta ficar se sentindo um objeto só pra ela. É triste isso, mas é o que ia acontecer comigo se eu tivesse colocado. Pensando bem, acho que eu já tinha me matado (ficou em silêncio por alguns minutos)!

Conversando com alguns amigos mais próximos, recebi um conselho que diziam ser muito bom quando o cara está brocha (impotente). Não precisa nem comprar o viagra. Era só passar no banco, pega um elástico daqueles de enrolar dinheiro e na hora que o pau ameaçar levantar, coloca no pé dele. Aí é só ter cuidado para não demorar muito tempo, senão depois, pode dar gangrena. Eu fiz e funcionou. O sangue fica preso lá e faz endurecer que nem uma pedra! O problema é que isso também não é normal, é forçado, e o prazer não é bom. Não da pra sentir muita coisa não e a gente acaba só sendo um cara pra satisfazer a esposa mesmo, aí a vida não tem sentido. O jeito é seguir como Deus quer.

Quando penso em satisfazer minha mulher, agora que estou doente, é o jeito recorrer para outros métodos, porque quem não tem cachorro caça com gato (risos). Apreendi então a fazer boas preliminares. Como não sobe mais o negócio, eu meto o dedo, meto a língua e assim vai, tento satisfazer minha mulher como posso. Ela gosta e a gente vai se entendendo. Claro que não é a mesma coisa, mas é o que tem para hoje, para amanhã e para daqui pra frente. Entendi e aceitei que o que eu tenho não tem mais volta. Estou quebrado e não tem como consertar (ficou cabisbaixo, reflexivo e diminuiu o tom da voz).

Transar é uma coisa de homem, deixar de fazer isso pra mim foi como retroceder na vida, deixar de fazer uma das coisas que me faz feliz. É como se eu andasse e parasse andar. Então, não adianta nada, é como ter anzol e não ter peixe, é impossível pescar assim. Ser

homem em momentos como esse é complicado, pois minha mulher me cobra, eu me cobro e, no final não acontece nada...

Sou um homem pela metade agora. O homem que não sente mais atração, não sente mais tesão e nem fica mais com a mulher direito, não pode ser considerado homem de verdade! Foi isso que aprendi desde criança. Sou bem resolvido quanto a isso, sei que fiquei assim por causa da doença, mais sei também que as pessoas só me veem como homem se eu comer alguém, caso contrário, eles me veem como o cara que alguém come. Homem é foda pra essas coisas! Não querem nem saber se é doença ou não, o cara é tido como gay e começam a tratar diferente. Querem falar alto com a gente, não me chamam mais pra sair e não me visitam. Essa é minha vida agora!

Quanto a minha vida com a minha mulher, eu sou mais amigo do que propriamente o homem dela agora. A gente não se junta mais para planejar as coisas, tudo é ela que decide agora. Como estou doente não posso sair e nem opto mais em nada, só dou conselho mesmo que nem são mais levados a sério. Isso é horrível! Antigamente era eu que fazia isso mas os papéis se inverteram. Nos já não dormimos mais juntos, eu fico enfurnado aqui nesse quartinho do fundo. Me sinto um homem inútil. Minha sorte é que ela compreende minha situação, por isso não tem porque eu ser o homem que eu era. Por mais que ela diga que não tem nada a ver com o sexo, hoje sei que não consigo fazer ela feliz e isso me faz sentir uma pessoa frustrada. Eu sei que no fundo ela sente minha falta de outra forma. Isso me corrói por dentro (olhos marejados).

Para ser sincero, depois da cirurgia eu não sei mais que prazer tem o sexo de verdade, pois a vontade é quase nada. Eu continuo fazendo sexo, só que agora eu faço forçado porque o problema é só comigo, minha esposa continua normal. Ela me completa e fez isso a vida toda e não posso deixar ela na mão. Sei que ela já fez muitas vezes comigo só para me aliviar e me satisfazer mesmo sem ter vontade. Toda mulher faz isso pro marido, por isso eu faço o mesmo agora. Eu ainda sou homem, ela me ver assim... não posso decepcioná-la. É desagradável, mas é a minha vida agora. Eu não posso ser mais homem, não consigo cumprir aquela meta que todo homem cumpre, podendo fazer sexo, cuidar da família e ter aquela moral... Mas também não sou qualquer coisa que se jogue fora, eu sou gente, sou só defeituoso (demonstrou-se inquieto movimentando suas mãos de um lado para outro e angustiado ao falar sobre o assunto)...

Sem a próstata, não sei se tenho alguma questão da minha masculinidade afetada. Segundo me disse o médico, eu iria ser um homem normal, mas o sacana me enganou direitinho. É uma lástima não fazer mais as coisas que os homens fazem, ser limitado, ser

doente. Por isso que às vezes me pergunto: será que sobreviveu algum coisa da minha masculinidade? Porque nem sei mais o que eu sou agora! Sou homem pra outras coisas, pra colocar dinheiro em casa e cuidar da família. Não vou morrer por causa disso não!

Nessa busca por me adaptar a minha nova vida, percebi que de vez em quando eu sentia uns calorzinhos entre as pernas. Minha esposa falava que eu estava vermelho e que de vez em quando eu ficava igual a ela (refere-se a menopausa) com um fogo estranho. Eu me sentia o pior homem do mundo, pois aonde que já se viu ter essas coisas! Pensava que isso era só falação do povo, coisa de mulher mesmo. Acho que não foi só por causa da idade não, tudo começou depois que fui capado (pela cirurgia), só penso que foi disso! Isso não me impede de nada, só incomoda às vezes, porque cada vez mais eu percebo que estou ficando diferente, mais velho e sem função pra nada.

Outra coisa que me incomoda bastante é que tive que mudar tudo o que eu comia, senão poderia piorar a saúde e até voltar o câncer. Comia churrasco, carne gordurosa e coisa industrializada. Sempre fazia atividade, jogava bola, corria, mas tive que deixar tudo de lado para ficar bom. Essa doença tirou muita coisa que fazia sentido na minha vida, tive que mudar e viver outra realidade. Com essa doença mudou o gosto da comida, pois agora é sem sal, sem gordura, sem tempero e sem vida. Comida era uma das coisas que eu mais gostava de fazer, e agora não posso mais fazer nada e, para a minha família, tudo me faz passar mal. Sigo certinho a dieta deles pra não quebrar a cara depois e aparecer outra doença. Quando estou no meio da macharada, minha mulher se afasta. Aproveito pra comer o que eu quero. Nessa hora me sinto eu de novo. A vida já é tão dura, então tento equilibrar nessas horas, porque aqui em casa a comida de todo mundo mudou por minha causa.

Por causa dessa doença eu não trabalho mais. Na hora que alguém sabe que tive câncer, parece que espanta o povo, ninguém se manifesta para me dar uma oportunidade de emprego. As pessoas correm de doente (exaltou a voz como se estivesse fazendo um desabafo). É do trabalho que tiro o sustento da minha família e se eu não trabalhar como é que eles ficam? Tenho filhos que dependem de mim. Sou homem e esse é meu papel, não quero que elas trabalhem, pois têm que se dedicar a estudar e fazer outras coisas. O trabalho é muito importante na minha vida, quando eu trabalhava eu era bem alegre, fazia isso e aquilo, mas o câncer acabou com tudo isso. Quando você não serve mais para as pessoas, elas te dão um dinheiro para não perturbar e ir para a casa. É com isso que tenho que viver agora, caladinho e quietinho no meu canto, porque trabalho não dá, o jeito é viver dessa caridade que o governo dá para os doentes.

Como não sou mais um garotinho, faço tudo agora dentro do meu limite. Deixei de ser o homem que pegava no pesado, não posso fazer nada que levante peso pra não mexer nos meus ovos, se não eles sobem e somem (risos). Quando o homem opera da próstata, fica aquele espaço lá vazio. Quando faz força o ovo sobe para esse espaço, porque não tem mais nada, por isso tomo todo cuidado pra não subir. Quando penso em ficar com a aparência assim, sem eles, me sinto meio que derrotado, um homem muito pior que o gay, porque o ovo do homem é meio que a imagem dele, o RG que faz parte da gente, como a próstata. Já mudei muita coisa e isso não queria mudar.

Por falar em mudança, todo mundo percebeu que comecei a ficar mais gordo, mais estressado e o cabelo começou a cair. Se continuar assim eu vou me acabar mesmo. Nem me reconheço mais quando eu olho no espelho, me acho uma outra pessoa. Procuro aquele homem de anos atrás e vejo que não existe mais, agora sou outro, estou mudado por dentro e por fora.

Minha família me vê como se eu tivesse uma saúde boa, não fico reclamando para eles não! Não quero que pensem que estou mal, ou que essa doença está me transformando em uma pessoa fraca que não consegue nem administrar a casa. Guardo as coisas só para mim, não falo nada para ninguém. A doença é minha e é eu que tenho que conviver com ela, não vou transparecer isso para eles e para ninguém, se não perco a confiança e a moral que conquistei. Então, visto a minha camisa de cara forte e saudável e vou seguindo a vida. Isso deu certo até hoje e assim que vai ser, escondo ao máximo essa outra pessoa que eu virei, pois sou homem e resolvo meus problemas (ficou cabisbaixo, tristonho e em silêncio por alguns minutos).

Hoje em dia estou todo lascado mesmo, mas ninguém precisa ficar sabendo disso para me julgar. Fazendo uma comparação com o que eu era, eu sou um novo homem, voltei a ser criança, porque não ando livre mais, não fodo, não fumo, não bebo, não fico mais entre os amigos, faço xixi nas calças, uso absorvente, o que falta mais pra mim? Só falta mesmo o câncer me levar, porque nem eu mesmo me reconheço. Só queria ser normal novamente, igual a todos os homens por aí. Quero ter macheza, ter caráter, trabalhar e não deixa faltar nada em casa.

Me olhando não consigo ver mais nada do que eu era além das lembranças. Se eu não melhorar, assim não da pra viver, pois quem vive de lembrança é museu. Eu quero ser homem de verdade, não quero ser homem doente (choros)... penso que estou vivendo com saúde relativamente satisfatória, tenho que pensar assim, vestir uma máscara para sair na rua como se nada tivesse acontecendo para ninguém me julgar que não sou mais homem e

seguir. Aí fora tem muito homem que fez a cirurgia e está pior do que eu... tem cara que vira até gay! Eu gosto de mulher, só não dou mais conta! Sou um homem diferente e quanto antes eu aceitar isso eu viverei melhor.

A experiência do homem com CP transita pelos estados de ser e sentir-se masculino dentro de sua cultura, fator este que envolve os significados sobre a condição de doente e que incidem diretamente sobre a sua identidade. Para Connell e Pearse (2015) o papel que o homem exerce na sociedade ocupa uma ordem de gênero que, em uma perspectiva hegemônica, é responsável pelo controle das relações e organizações dos sistemas locais e globais que regem a sociedade, pois aos papéis culturais intitulados aos homens residem preceitos de domínios, sexualidades, relações de poder e construção de hierarquias. Assim, torna-se fundamental compreender as identidades para posteriormente interpretar as ações de seus portadores.

Sob o enfoque antropológico, a identidade nunca é dada a alguém, ela é sempre construída através dos elementos identitários presentes em cada grupo cultural. Trata-se de um processo que caracteriza o homem em sua relação com sua comunidade, como ele se vê e como é visto pela sociedade (SILVA, 2012). A identidade é dependente do momento histórico e oscila de acordo com as culturas. É criada pela interação entre o homem e seu grupo e distinta de outras identidades pela diferenciação de seus elementos (SANTINELLO, 2011). Neste sentido, compartilhamos do ponto de vista de Connell (2005) ao afirmar que a identidade masculina se modifica de acordo com a forma como o homem é interpretado ou representado no seu grupo, pois não existe uma identidade unificada, estável ou universal, ela sempre está em constante construção assim como as masculinidades.

A identidade dos homens deste estudo, antes do adoecimento pelo CP, foi construída sobre a elucidação de vários elementos que traduzimos como físicos e comportamentais - *tem que ter barba, falar grosso, fazer xixi em pé, gostar de mulher, ter ereção, força, tem que ter cabeça no lugar, corpo de homem, jeito de homem*; relações entre os gêneros - *homem é uma espécie de líder, é mais respeitado do que a mulher, não só em relação ao sexo mas em tudo* e status social de poder - *o homem é quem dá o suporte de moral para família, ele nasceu para ter domínio de tudo.*

Pinto e colaboradores (2014) relatam que a construção da identidade masculina é um ato simbólico e social, sendo a diferença uma condição primordial para a sua formação. Nessa perspectiva, Guerra e colaboradores (2014) afirmam que as identidades masculinas são assumidas a partir dos conflitos que se estabelecem entre os grupos que os homens almejam

pertencer e aos grupos que julgam não pertencer. Assim, a cultura toma destaque dentre as teias de significados tecidos pelos homens, pois todas as concepções que foram construídas historicamente sobre o que é ser homem nos mais diversos contextos são comparadas com as experiências adquiridas, fazendo com que apareçam contrastes nas realizações de práticas e normas que formam o masculino. Connell (2005) adverte que a não adequação a certas práticas e normas implica no rebaixamento daqueles que não se encaixam nos papéis de masculinidades tradicionais.

Ampliando esta discussão, no contexto do CP, Modena e colaboradores (2014) apontam que na cultura latino-americana, a identidade do homem está relacionada a comportamentos que reforçam os estereótipos de força, coragem e determinação, contribuindo para que eles coloquem em risco sua própria saúde e daqueles que estão ao seu redor, pois muitos reprimem suas necessidades e recusam-se admitir sentimentos de dor e sofrimento, negando vulnerabilidades e fraquezas constituintes de todo ser humano.

Os narradores reconheceram que sua identidade masculina originou-se devido a preceitos culturais, algo que derivou do esforço social na orientação de normas e condutas para manter o controle do corpo social, como exemplificado no trecho - *sou homem porque eu aprendi desde criança a ser assim. Meu pai me ensinava a jogar futebol, andar de cavalo, tanger o gado, dirigir, a fazer essas coisas de homem que era esperado que eu fizesse dentro do meu papel*. Paradoxalmente, também incitam que ela é um dado naturalizado ao seu gênero, algo universal na criação do seu sexo, como observado no trecho - *homem é algo natural, por isso o que ele tem por natureza é que faz dele ser o que é, e faz dele masculino. Nasci assim e é isso que sou*.

Segundo Connell (2005) as masculinidades não caem do céu, elas são construídas por práticas masculinizantes, ou seja, elas não são um dado natural que recebemos aderido ao cromossomo X ou Y que rege a espécie humana, elas são construídas e aprendidas pelos comportamentos sociais e culturais.

Corroborando com as narrativas incitadas pelos participantes, pesquisadores (CONNELL, 2005; SOUZA, 2010; VASCONCELOS, *et al.*, 2016; MARTINS; MODENA, 2016) afirmam que a construção das masculinidades é um processo longo advindo desde o nascimento, onde os meninos são preparados culturalmente para responder às expectativas sociais referentes aos papéis que devem desempenhar, marcados por signos e símbolos de virilidade que concorrem para a formação de sua visão do que seja a masculinidade. Assim sendo, concordamos com o ponto de vista de Connell (2015), pois as masculinidades não se restringem às características biológicas e naturais, mas resultam de longos processos

históricos e culturais, os quais são marcados por rupturas que interferem em suas relações, como a idade e o adoecimento.

Somado a identidade masculina apresentada, os narradores enunciaram símbolos representativos de suas histórias regressas ao adoecimento que dentro de suas perspectivas, guiavam às suas vidas e tornavam-se *homens completos de verdade*. Murilo refere que sempre andava cheio de mulheres ao seu redor, sempre que queria manter relação sexual ele conseguia; Rodrigo adorava exibir o seu corpo, pois sentia-se desejado e valorizado; Lázaro, Joaquim e Jesus mantinham um bom relacionamento com suas esposas e isso deixavam os muito felizes; Vladimir, Miguel, Cauã e Thiago tinham macheza e disposição para enfrentar a vida e sustentar as suas famílias, tinham moral e eram respeitados em suas relações sociais para com outros homens e mulheres; Reinaldo, Antônio e Tony lembram que antes da doença viviam tempos bons, pois passeavam com seus familiares, tinham liberdade de locomover-se sem preocupações com seus corpos e ir trabalhar. Todos relatam que tinham uma vida social e que eram reconhecidos por suas atitudes morais e respeito que adquiriram durante suas trajetórias, mas que essas características fazem parte de um personagem que eles consideram como o antigo homem e não como o homem que são agora, como exemplificado no trecho da narrativa coletiva: *me olhando não consigo ver mais nada do antigo homem que eu era além das lembranças... Eu quero ser o homem de verdade que eu era, não quero ser um homem doente...*

O processo de cultura se estabelece através das práticas e sistemas simbólicos por meio do qual as experiências são estabelecidas. Para Geertz (2011) a cultura é compreendida como uma teia na qual o homem tece para enxergar o mundo e dar significados às suas ações. Para os narradores o significado de ser um homem completo apresenta teias masculinizantes que envolvem a imagem corporal, trabalho, relação familiar, social, sexualidade e experiência moral.

Assim como no estudo de Mesquita, Moreira e Maliski (2011) que analisaram a experiência de 20 homens adoecidos com câncer sobre suas identidades, neste estudo, a experiência dos homens antes do câncer também foi influenciada pela masculinidade hegemônica, pregando uma visão em que a figura do homem saudável esteve privilegiada pela ideia falocêntrica de sexualidade, dominação dos corpos, força física, controle e patriarcado.

Outra característica que destacamos nas narrativas apresentadas diz respeito à identidade do corpo envelhecido sob o signo da masculinidade. Seguindo uma linha interpretativa, compreendemos que a saúde é uma necessidade humana que acompanha os

homens desde o seu nascimento, mas é durante o envelhecimento que certamente as discussões em torno de sua manutenção e a construção social das masculinidades ganham destaque. No envelhecimento os homens se deparam com questões morais, éticas e culturais que os fazem refletir sobre seus cuidados com a saúde, principalmente relacionados à próstata (NOGUEIRA; ALCÂNTARA, 2014).

Os narradores experimentaram transformações em suas masculinidades que foram desencadeadas pelo processo de envelhecimento. O trecho extraído da narrativa de Lázaro ilustra esse aspecto e evidencia que a masculinidade do homem é ressignificada frente à doença e o envelhecimento: *Quando chega a idade e a doença, as pessoas enxergam a gente de forma diferente e não nos veem tanto como homem, como acontece com quem é mais novo, então a gente se sente outra pessoa...*

Procurando contextualizar a saúde do homem idoso a partir de um marco teórico que considera a construção social do gênero, Ribeiro (2010), Nogueira e Alcântara (2014) nos esclarecem que a masculinidade é essencialmente inscrita sobre a égide de determinantes identitários hegemônicos. Todavia, o homem idoso repousa em uma antítese de tais determinantes ao vivenciar o declínio físico, a aposentadoria e o adoecimento. Desse modo, os sentidos atribuídos às masculinidades não se apresentam constantes no fluxo de vida do homem, transformam-se à medida que este envelhece e reconfiguram-se com as imposições biológicas (declínio do vigor físico e adoecimento), sociais (expectativas de desempenho dos papéis de gênero) e psicológicas (possibilidade de auto expressão). Assim, especificamente no campo da saúde, compreendemos com base nas evidências apresentadas que os homens idosos sofrem deslocamento de suas identidades hegemônicas, transformações de técnicas corporais e frente a estas estabelecem reações lógicas das novas circunstâncias de vida.

De forma geral, as narrativas produzidas descrevem que os homens aderiram aos tratamentos médicos para o CP com o propósito de alcançar a cura para o sofrimento do seu corpo biológico. Todavia, como extraído da narrativa coletiva: *tiraram de mim mais do que a próstata, tiraram minha vida enquanto sujeito macho. Mas a vida é assim, quando ela não te derruba ela te aleija*. Os narradores somaram a esperança da cura, as experiências de complicações provenientes dos tratamentos, principalmente as que fazem menção a desconstrução de sua identidade masculina, do seu corpo biológico e social. Essas complicações que serão discutidas a seguir promoveram transformações nos homens que os conduziram à incorporação de uma nova identidade.

Na visão dos narradores, o homem de verdade que representava morreu dentro de si, porque o *homem completo* deu lugar a um *homem pela metade*, ao *homem limitado* devido às

consequências do tratamento em seu corpo biológico e social, que os fazem atualmente sobreviver de *migalhas* devido à sua reação lógica e comportamental de aceitar as situações que são impostas para prolongar suas vidas.

Na perspectiva antropológica a transformação da identidade dos homens relacionou-se ao processo denominado como liminaridade, onde o CP delimitou a expressão do corpo biológico e social durante toda sua experiência com a doença. Blows e colaboradores (2012) caracterizam a liminaridade como um processo da experiência dos adoecidos em que passam por momentos de ruptura do seu fluxo de vida, transformando suas identidades e adotando como meta a resolução dos conflitos cotidianos advindos das limitações, na tentativa de restabelecer a vida anterior à doença, ou seja, restabelecer a normalidade do seu corpo funcional, pessoal e social. Como o CP é uma doença muitas vezes fatal e com alto poder mutilatório, seus tratamentos geram sofrimentos prolongados nos sobreviventes, o que torna o processo de reelaboração da identidade uma característica persistente devido a incerteza quanto a cura e o seguimento da vida. Fato este vivenciado entre os narradores.

Connell (2005), Mesquita, Moreira, Maliski (2011) e Wenger (2013) aprofundam esta discussão descrevendo que o processo de adoecimento do corpo abala a manutenção da masculinidade hegemônica, pois apresenta dilemas na identidade, incluindo subordinação, passividade, reconhecimento de emoções e dependência. Especificamente no câncer, os homens reconfiguram sua identidade física e social e buscam preservar seus “status” de masculinidade familiar ao máximo possível, todavia, a liminaridade é um processo inevitável, pois o desequilíbrio biológico reflete diretamente sobre as ações sociais alterando a identidade masculina.

A primeira liminaridade vivenciada pelos narradores foi quanto ao controle do corpo, pois *a urina que antes vivia presa, hoje vive solta*. O descontrole sobre o esfíncter urinário foi simbolizado como algo que proporciona ao homem sentimento inferiorizado, porque ele identifica-se como diferente dos outros homens por estar constantemente molhado e com um odor fétido que incomoda as pessoas ao seu redor. Por ser tratado de forma diferente pela família e sociedade, ele permanece em constante vigilância com seu corpo e como exemplificado no discurso de um dos narradores, acaba comparando-se *com um pano de chão de banheiro*, pois *viver com esse pinga é estar sempre pela metade e nunca um homem liberto por inteiro...*

A literatura na área da saúde apresenta poucos estudos sobre o foco qualitativo na abordagem da incontinência urinária entre homens adoecidos pelo CP, em sua maioria concentram-se sobre o foco quantitativo e experimental na discussão de técnicas para tentar

restabelecer a musculatura do esfíncter, deixando as margens dessa discussão os sentidos que os adoecidos elaboram sobre esta experiência. Entretanto, uma evidência é comum em seus resultados, a incontinência urinária está presente em mais de 40% dos homens que se submetem ao tratamento do CP (MAO *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2015). Este dado nos leva a refletir que todos os anos muitos homens acometidos pela doença também sofrem com questões identitárias consequentes da incontinência.

Entre os fatores consequentes, Fernandes e colaboradores (2015) destacam que a incontinência urinária altera a qualidade de vida dos adoecidos no nível físico (questões de higiene, odor desagradável e vestuário), psicológico (rebaixamento da autoestima e autoconceito, aumento do estresse e depressão), sociocultural (promove isolamento social), profissional (absentismo ou alteração do ritmo de trabalho) e econômico (gastos com fraldas e outros meios).

Para compensar a deficiência funcional apresentada pelo seu corpo, os homens reagiram logicamente e promoveram a utilização de técnicas para restituir seu padrão de normalidade, tais como usar fralda, absorvente e meia na região peniana.

Usar fralda para os narradores era como voltar a ser criança, uma regressão na continuação do fluxo de vida, porque esta prática é reconhecida no seu meio como algo transgressor ao seu gênero, naturalizado como um comportamento feminino que os levavam a serem tratados de forma inferior por outros homens. Algo parecido ocorreu ao usarem absorvente, traduzido pelo trecho: *é como se eu estivesse indo contra os princípios de homem, indo contra a minha natureza e a natureza do mundo...* mas o absorvente se diferenciava por ser menos perceptível do que a fralda e permitia uma melhor locomoção. Usar uma meia na região peniana foi narrado apenas por Tony, como ele trabalha na manutenção de piscinas, foi uma reação que ele desenvolveu para não chamar atenção do seu empregador quanto às suas roupas molhadas e o mau cheiro característico. Entretanto, como exemplificado em sua narrativa: *não resolve o problema, mais ajuda. A meia molha com o tempo e fica do mesmo jeito que a fralda e o absorvente...*

Devido à ausência de referências que particularizem as reações dos homens na luta contra a incontinência, optamos por observar um estudo realizado por Delarmelindo e colaboradores (2013) no interior de São Paulo com 18 mulheres. As autoras constataram que as mulheres reagiram à doença ao deixar de realizar atividades sociais, de lazer e espirituais prolongadas; só frequentar lugares com sanitários públicos; utilizar coletores de urina como panos, toalhas, absorventes e fraldas; reduzir a ingestão de líquidos; escolher roupas escuras

para esconder possíveis sinais e evitar tossir, espirrar ou rir para não estimular a saída da urina.

Compreendemos que apesar dessas reações descritas terem sido vivenciadas por mulheres, acreditamos ser possível sua adequação para o contexto dos homens, visto a incontinência ser uma disfunção comum entre os sexos. Todavia, não pretendemos com esta afirmação negar a presença dos tabus referentes à sua utilização, estes certamente existirão, pois dependem das masculinidades que estão em jogo, as quais por sua vez dependem da cultura, mas destacamos um ponto que possivelmente poderia ser refletido neste contexto.

Frente às tentativas frustrantes para restituir o controle do corpo quanto a incontinência urinária e do esgotamento de outras reações aprendidas e compartilhadas pela sua comunidade, os homens julgaram que a única solução possível seria isolar-se do mundo social, uma vez que o seu biológico não o permitia estabelecer uma relação de equilíbrio entre às suas funções internas e o seu papel social, como ilustrado no trecho da narrativa de Jesus: *Atualmente sei que não sou igual a outros caras, por isso me isolo do mundo porque com essa urina não dá para viver mais normal. O mundo fora de casa acabou pra mim depois do câncer...* Esta ruptura no equilíbrio transparece aos homens um sentimento de medo de serem punidos socialmente devido ao não domínio de suas funções e expressões corporais.

Na masculinidade hegemônica prevalece a norma social de que os homens são seres invioláveis, fortes e dominadores, não permitindo entre suas técnicas corporais a passividade, a violação e o não domínio do seu corpo (CONNELL, 2005). Frente a não adaptação ao processo de liminaridade imposto pela incontinência urinária, os homens situam-se em uma condição de dominados. Assim, reagir a demanda da vida social com seus recursos torna-se inviável. O seguimento da vida com as manifestações da incontinência foi compreendido pelos narradores como uma perda de identidade a qual coloca-os sob julgamento social de serem desertores de sua normalidade biológica e masculinidade regressa, o que consequentemente deixou-os vulneráveis.

Considerando a diversidade e complexidade da utilização do conceito de vulnerabilidade nas ciências sociais e da saúde, adotamos para este estudo a definição de Malagón-Ovidio e Czerenia (2015) os quais postulam tratar-se de um processo de fragilização biológica, existencial e social. Portanto, estar vulnerável configura-se em uma limitação para manter a inter-relação desses domínios, uma suscetibilidade a problemas e danos, como no caso de lidar com as masculinidades e a socialização dos narradores deste estudo.

Wenger (2013) evidenciou resultados semelhantes em um estudo realizado com 30 homens adoecidos com câncer de diversas naturezas. Em sua experiência os homens

reconheceram o câncer como uma doença que os privavam do convívio social com outras pessoas, geradora de uma profunda sensação de isolamento devido ao seu estigma e falta de adaptação das limitações dos adoecidos ao antigo modo de vida.

Durante a vivência com os narradores percebemos que discutir sobre suas experiências em relação ao CP e suas masculinidades, tornou-se um exercício de constante visita aos conceitos de sexo e sexualidade. Suas narrativas foram indissociáveis destes contextos, de forma que compreender como eles percebem a sua sexualidade e suas relações torna-se fundamental para interpretar suas experiências. Assim, para os narradores o papel sexual que o homem exerce é um elemento incontestável da sua masculinidade, ser ativo ocupa o ponto máximo da cadeia sexual estabelecida culturalmente, como exemplificado no trecho da narrativa de Antônio, Thiago e Murilo: *O sexo modela a minha moral, me completa. Ser ativo é o que salva o meu casamento e me ajuda a superar as dificuldades, porque eu mando nas coisas.*

Nas narrativas, a ideia sobre a vida sexual ativa é apresentada como um determinante social de masculinidade hegemônica, contudo, no adoecimento pelo CP os homens foram evidenciados como desertores desta função. Todos os narradores apresentaram disfunção sexual e traduziram o sentido desta experiência como um mal súbito que de repente ceifou sua vida como homem, e por mais que eles queiram restituir sua normalidade *o corpo não responde, não aguenta mais fazer seu papel de homem.*

Estudos (ZAIDER *et al.*, 2010; SHAUGHNESSY *et al.*, 2013; HAMILTON *et al.*, 2014) sobre sexualidade e CP na perspectiva das masculinidades destacam que as transformações corporais e a falta de práticas sexuais têm um forte impacto na forma como os homens vivenciam suas masculinidades frente aos tratamentos do CP. Para Dieperik e colaboradores (2013) a ausência da relação sexual dificulta o convívio entre os cônjuges e a manutenção do papel masculino frente ao seu núcleo familiar.

Klaeson e colaboradores (2012; 2013) por meio de estudos realizados com homens adoecidos pelo CP mostraram que ter disfunção erétil é como ter o sentido da vida roubado, pois à sua sexualidade acaba e sua identidade masculinidade se torna ameaçada. Este fato, assim como destacado entre os resultados de nosso estudo, levam os adoecidos a apresentarem dificuldades para reelaborar sua socialização e manter preceitos da identidade hegemônica, transformando-se assim como uma liminaridade para o restabelecimento de sua normalidade.

Ancorado à disfunção sexual, a anorgasmia também esteve presente como uma liminaridade nas experiências dos narradores. O esperma foi compreendido como um

passaporte, uma identidade que todo homem tem e que precisa comprovar durante o ato sexual. Na perspectiva de Murilo, Lúcio, Miguel e Reinaldo *é meio que um carimbo, porque todo homem no final goza para mulher ver*. Para os narradores, perder a ejaculação foi como perder uma parte de si, significado como um processo constrangedor que fere à sua identidade e dificulta à sua interação conjugal e social.

A identidade do homem contextualizada na perspectiva em que a presença do esperma é simbolizado como um preditor de masculinidade, merece destaque na compreensão da experiência de adoecimento. Assim, de forma semelhante, outros estudos (ZAIDER *et al.*, 2010; MESSAOUDI *et al.*, 2011; HAMILTON *et al.*, 2014) também constataram a ausência de ejaculação na experiência de homens adoecidos pelo CP e evidenciaram que ela gera implicações diretamente na qualidade de vida dos homens representada sobre transformação da identidade masculina, perda da autoestima, gerando ansiedade sobre desempenho sexual e incômodo que leva os adoecidos a abandonarem a realização da prática sexual com suas parceiras, afetando assim suas relações diárias.

Viver em um corpo que não promove desempenho sexual, sem ereção e ejaculação é viver em um corpo que sofre constantes ataques de outros homens por uma cobrança moral para desempenhar certas características da identidade masculina (NOGUEIRA; ALCÂNTARA, 2014).

Como relatado nas narrativas, a disfunção corporal marca os homens e afeta a manutenção de suas masculinidades diferenciando-o do modelo hegemônico. Como atestado por Connell (2015), as masculinidades estão em constantes disputas pela busca dos papéis hegemônicos. Ser e sentir-se diferente gera nos homens um sentimento de busca por amenizar a identificação de sua condição, ou seja, um comportamento social defensivo na busca por retornar aos padrões hegemônicos. Motivados por esta busca os narradores enfrentaram dilemas como medicalizar o corpo, utilizar prótese e liga elástica para reverter a disfunção erétil.

Para Marcos, Lúcio, Jesus, Antônio e Reinaldo a medicalização do corpo potencializou suas funções sexuais e restituiu às suas masculinidades, entretanto, apesar de conseguirem retomar às suas identidades, reconheceram que estavam se transformando em um homem artificial, que só conseguiam resposta positiva dos seus corpos com o auxílio de medicamentos. Nenhum dos narradores chegou a utilizar a prótese peniana, pois julgavam que com ela também seriam homens artificiais. Somente Murilo utilizou a técnica da liga elástica e constatou que sua aplicabilidade é favorável na relação sexual.

Pinheiro, Couto e Silva (2011) argumentam que na cultura brasileira o ato da penetração peniana, consiste em um elemento fundamental para a construção simbólica de masculinidade, uma vez que o homem é reconhecido hegemonicamente como o sujeito ativo que penetra. Assim, o retorno para a normalidade do corpo, torna-se um paradigma cada vez mais almejado na experiência da disfunção.

Neste contexto é possível inferir que, tendo como pano de fundo as questões identitárias masculinas, os homens frente a momentos de adversidade e incerteza, conseguiram evoluir positivamente na ausência da ereção. Apesar de incorporarem a identidade reconhecida por sua comunidade como o homem artificial, conseguiram restituir (nem que seja por curtos períodos) masculinidade relacionada à função sexual. Ao contrário da experiência obtida com a incontinência urinária em que eles assumiram um comportamento de vulnerabilidade social. No contexto da disfunção sexual os narradores adotaram com base em sua agência, reações lógicas e comportamentais e lutaram contra as mazelas sexuais impostas pelos tratamentos do CP.

Pinto e colaboradores (2014) por meio de um estudo de caso etnográfico, investigou o enfrentamento de dois homens sobreviventes ao CP e constatou que os homens que antes eram fortes e viris, devido à doença, aprenderam a lidar com as limitações e sentimentos não convencionais, adaptando-se e reconstruindo suas identidades numa nova perspectiva de ser homem.

Outra transformação percebida pelos narradores foi a adição dos sintomas da andropausa em seus corpos. O sentimento de sentir a temperatura elevada na região pélvica foi comparado como um comportamento típico feminino (menopausa) que os homens gostariam de não adotar, pois distanciava dos elementos de sua identidade regressa e que os levava a serem reconhecidos como pouco masculinos. O trecho apresentado da narrativa de Vladimir e Marcos ilustra essa questão: *cada vez mais estou diferente, sinto um calor estranho entre as pernas. Não queria essas coisas de mulher, pois me sinto o pior homem do mundo!*

Considerando o padrão biomédico, Thiago, Russo e Camargo Junior (2016) destacam que a andropausa está presente na vida dos homens em uma proporção entre 10 a 30% acima de 60 anos. Sem um tratamento definitivo, os homens buscam cuidados médicos para melhorar os sintomas e a qualidade de vida. Mas estudiosos como Salazar-Molina, Klijn e Delgado (2015) revelam que sua presença é crucial na experiência de envelhecimento, pois com o tempo o corpo vai diminuindo a quantidade de produção de testosterona (hormônio do apetite sexual e caracteres sexuais masculinos) sendo inevitável o seu surgimento.

Corroborando com os resultados evidenciados no estudo, Rohden (2011, 2014) aponta que a andropausa no homem é algo que o aproxima a modelos femininos, no que os concernem estarem mais vulneráveis e sujeitos a intervenções médicas expondo-os a uma maior vigilância dos seus corpos, distanciando-os de padrões hegemônicos de masculinidade.

Na busca por retomar os padrões hegemônicos, os narradores não somaram esforços para equilibrar o corpo biológico, visto que às suas relações sexuais com suas parceiras foram abaladas devido a disfunção erétil e a falta de desejo sexual, assim eles continuaram a exercer essa prática, pois tratava-se de um preceito para o cumprimento de uma obrigação moral, como ilustrado no trecho da narrativa de Joaquim e Mateus: *Eu continuo fazendo sexo, só que agora eu faço forçado porque o problema é só comigo, minha esposa continua normal. Não posso deixar ela na mão! Então eu faço só para satisfazer ela, mesmo sem eu ter vontade.* O trecho destaca que a experiência moral também permeia os sentidos que os homens atribuem à sua masculinidade ao lidarem com as transformações do corpo.

Quanto a experiência moral, Hunt e Carnevale (2011) destacam que ela permeia a vida dos homens em seu convívio social, tratando-se de um poder regulatório constituído entre a comunidade e as estruturas que a regem, não tem o mesmo valor legal que os decretos e leis estabelecidos pelo estado, mas tem um valor simbólico e moral capaz de regular práticas e comportamentos no meio sociocultural.

A satisfação com a vida sexual reflete na satisfação com a vida de forma geral, transformando-se em uma atitude valorizada socialmente, principalmente entre a cultura masculina (SHAUGHNESSY *et al.*, 2013). Assim, a testosterona e o restabelecimento da ereção com medicamentos e outros meios, ganham um papel de destaque na experiência dos homens adoecidos por CP, pois simbolizam a possibilidade de harmonia entre os cônjuges e o rearranjo do papel identitário masculino, fatos tomados como preditores morais dentro de uma cultura hegemônica (ROHDEN, 2011).

Transformações comportamentais relacionadas a alimentação e ao trabalho também foram evidenciadas entre os narradores. Marcos, Mateus e Fabio relatam que trocaram os alimentos de sua dieta para conseguir lidar com a nova identidade. Segundo suas narrativas a comida de antigamente dava *sentido para às suas vidas*, pois eram uma forma deles se identificarem entre outros homens, e com o advento do adoecimento *a comida mudou e perdeu o sabor assim como o sentido da vida.*

Os alimentos, sua forma de preparo e consumo são elementos culturais característicos nas relações entre os gêneros. Oliffe e colaboradores (2015) por meio de um estudo realizado com 21 homens que trabalhavam e residiam no norte do Canadá, apontaram que dietas ricas

em carnes, gorduras, baixo consumo de frutas e vegetais são hipervalorizadas na cultura hegemônica de homens saudáveis, pois são dietas hipercalóricas que fornecem mais energia para produção de força física e melhor desempenho em suas atividades.

No contexto do CP, Mroź e colaboradores (2010, 2011) ressaltam que a prática alimentar foi compreendida como algo obrigatório para o estabelecimento de ações saudáveis com o corpo masculino, assim os homens adotaram mais facilmente a dietas hipocalóricas, mesmo que este comportamento fosse interpretado como algo desertor de padrões hegemônicos, pois sobreviver para eles tinha um valor maior do que ser masculino.

Outra prática bastante representativa na experiência dos homens que sofreu transformações foi a realização de atividades laborais. Por causa do CP e suas repercussões sociais e clínicas no corpo dos narradores, os homens tiveram essa conquista omitida de suas perspectivas futuras. Para Cauã, Murilo, Joaquim, Tony e Antônio o trabalho é um bem maior que auxilia firmarem suas identidades, um reconhecimento social que o homem faz parte de um grupo e uma forma de manter outros sistemas que dependem dele, como ilustrado no trecho: *Ninguém se manifesta para me dar uma oportunidade de emprego. As pessoas correm de doente. É do trabalho que tiro o sustento da minha família... Sou homem e esse é o meu papel.*

Souza, Bianco e Junquilha (2015) defendem que o trabalho é uma das maiores forças de construção de masculinidades e poder, sendo organizado por meio de uma divisão de gênero que proporciona um *status* de domínio para os homens. Para os autores ele é organizado de forma a afirmar valores e padrões culturais masculinos, sendo a masculinidade dentro de padrões julgados socialmente como hegemônicos reconhecida como algo normal, contrário a patologização do corpo que é oposta a está norma.

Connell (2005, 2015) salienta que dentro de um contexto global o universo do trabalho é cada vez mais dominado pelos homens. Entretanto, esta prática assim como afirma identidades, também cobra de seus praticantes, pois o homem adulto que não possui trabalho é percebido como não tendo chegado a uma masculinidade completa, estando assim sob o domínio de outros devido à sua posição de dependência.

Estudos sobre masculinidade, trabalho e CP, de forma quase que complementar aos resultados desta pesquisa, evidenciam que esta relação é desarmônica, pois os efeitos colaterais advindos do tratamento do CP trazem implicações para a manutenção da identidade hegemônica do homem no trabalho (EZIEFULA *et al.*, 2013; KEOGHT *et al.*, 2013; GRUNFELD *et al.*, 2013).

Assim como a alimentação e o labor, a forma como os homens apresentam seus corpos na sociedade também sofreram grande influência de suas masculinidades. Entretanto, em momentos de crise como os enfrentados frente ao adoecimento do corpo, a imagem corporal costuma se deslocar dos padrões físicos almejados pela masculinidade hegemônica. O homem que *gostava de exibir o corpo malhado* e que tinha força, deu lugar ao homem *gordo, com curvas, sem cabelo* e sem alguns órgãos do corpo como os olhos, parte da língua e as pernas. Essas transformações na imagem corporal fez com que Mateus, Miguel, Rodrigo e Alexandre se sentissem *derrotados, um homem muito pior que o gay, porque a aparência é como o RG* (uma forma de comprovar à sua identidade).

Resultados semelhantes aos apresentados sobre a alteração da imagem corporal, as implicações na qualidade de vida e na identidade masculina foram focos de alguns estudos (HARRINGTON, 2011; DE JESUS *et al.*, 2015; STAPLETON; PATTISON, 2015) que nos levam a compreender que os homens, assim como as mulheres, durante o adoecimento pelo câncer, também passam por preocupações significativas com sua imagem corporal.

Reside no senso comum um processo de culto ao corpo onde os estereótipos de beleza, força e domínio são cultivados na posse de um corpo trabalhado sobre músculos definidos (GOMES *et al.*, 2014). Mesmo nos corpos envelhecidos, os ideais identitários relacionados as suas funções também são características utilizadas para se atestar padrões de masculinidade (RIBEIRO, 2010; NOGUEIRA; ALCÂNTARA, 2014), pois os homens que não possuem uma aparência física ideal são considerados como inferiores, e por isso no contexto das masculinidades são subordinados (CONNELL, 2005).

Rhoten (2016) relata por meio de um estudo sobre a análise de conceito da alteração da imagem corporal em adultos que foram tratados por câncer, que o desequilíbrio das funções fisiológicas, sociais e identitárias tem uma estreita relação com a alteração da imagem corporal, modificando assim a forma como o homem se projeta e é projetado entre os padrões normativos do seu meio cultural. A autora destaca que as pessoas com imagem alterada pelo câncer podem desenvolver sofrimento psíquico e isolamento social devido ao descontentamento com a modificação de sua aparência. Fato este também evidenciado entre o grupo de homens deste estudo.

Frente aos sentidos empregados a viver com incontinência urinária, disfunção sexual e todas as transformações ocorridas provenientes dos tratamentos para o CP, apresentados neste capítulo, aprendemos que as experiências dos homens, mesmo com o advento da evolução de técnicas terapêuticas avançadas, ainda são escritas por momentos conflitantes que interferem na maneira como os adoecidos lidam com suas vidas no mundo social. Dessa forma,

destacamos que não basta apenas restabelecer o tratamento para o corpo biológico sem implementar cuidados para restabelecer o corpo social, pois o homem transita sua vida em um fluxo contínuo de histórias e rupturas, sendo as masculinidades imbricadas no seguimento deste fluxo.

Para além da discussão do homem biológico e da medicalização do corpo como um fator mediador da cura para o CP, trouxemos à tona desta investigação um homem que foi produto do social agenciado pela cultura do masculino. A este homem fixamos nosso olhar e compreendemos por meio da reflexividade frente a todos os sentidos apresentados nas relações com os outros (os participantes deste estudo) que os corpos masculinos adoecidos ocupam posições subordinadas para com outros corpos sadios, marginalizadas em suas relações de trabalho e cúmplices no estabelecimento de suas relações afetivas com familiares e cônjuges.

O corpo masculino também foi modelado, construído e desconstruído pelo adoecimento e pela vida social, sendo os atos empregados na representação deste eu com o mundo, reflexo da experiência e do convívio com seu grupo. Neste cenário as masculinidades foram produzidas, e por este cenário apontamos que elas devem ser interpretadas. Portanto, para acompanhar nossa leitura sob a teia de sentidos que descortinamos dos nativos, faz-se necessário compreender que frente ao processo globalizante que permeia a cultura, como atestado por Connell (2015), as masculinidades nunca ocupam uma mesma posição dentro da cocha de retalhos, elas estão sempre alocando-se, modificando e ressignificando por meio das experiências da identidade do masculino.

Nesta perspectiva, apontamos que por mais que os sentidos aqui apresentados tenham semelhança com outros estudos ao redor do mundo, sua interpretação deve partir da conscientização de que se tratam de rearranjos de masculinidades locais, ou seja, elementos que nos levam a explicação compreensiva da experiência local dos homens adoecidos. Assim, com o auxílio desta lente, despertamos alguns sentidos implícitos nas narrativas e aprendemos com estas experiências que ao contrário dos tabus que amarram as teias culturais do senso comum, o homem também chora, sofre, se transforma, tem fragilidades e adocece, ressignificando suas experiências hegemônicas e adotando novas reconfigurações identitárias, as quais trazem à tona múltiplas masculinidades.

Tomamos desta discussão, uma reflexão que tangencia os sentidos evidenciados. Em nossa compreensão as experiências de adoecimento dos narradores foram moldadas por uma masculinidade central, ou seja, uma masculinidade hegemônica moderada por domínios identitários de um passado regresso que pertenceram aos homens antes da doença e que hoje

tentam reivindicar, reagindo logicamente às adversidades por meio do seu agenciamento, almejando voltar a sua capacidade de exercer o controle. Assim, circunscreve nesta relação um homem real do presente e um homem idealizado do passado, um paradoxo que para os narradores vem acompanhado de incertezas quanto ao futuro.

Tendo dito isto, nos cabe elucidar que o conceito de agenciamento utilizado para defender os comportamentos masculinos aqui apresentados segue a matriz antropológica. Assim, concordamos com Ortner (2007) ao definir que agência (*agency*) é uma formação cultural construída pelo sujeito social, no ser que pensa, reflete e elabora significados, que os ajudam a agir no mundo. Esta característica é moldada como desejos e intenções específicas dentro de uma base de subjetividades – emoções, ideias e significados. Essa formação tornam-os capazes de agir a favor e contra as estruturas que os formaram. Fato este que vai contra ao que Bourdieu chamou de natureza do conhecimento social, pois os sujeitos não são profundamente inconscientes, eles são moldados dentro de uma matriz subjetiva específica, estruturada por uma cultura e, assim, ativos de suas ações.

Retomando as concepções explicativas sobre as transformações decorrentes dos tratamentos adotados, as atitudes empregadas para lidar com eles e os sentidos dados a ser homem após a experiência do adoecimento pelo CP, firmamos que as identidades masculinas foram narradas sob o domínio de dois intervalos temporais distintos. Um que antecede a doença e apresenta um modelo de homem personagem da sua própria história e, outro que transita após a doença e anuncia um novo homem que foi incorporado como consequente da ruptura do enredo hegemônico de sua história. Assim, frente as experiências narradas e nossa reflexividade sobre os dados reunidos para este estudo, integramos os sentidos elaborados e interpretamos que a liminaridade foi uma forma expressiva que os atos culturais masculinos assumiram na experiência do homem adoecido e, por esta característica, compreendemos que esta narrativa tem como significado central a transição da identidade.

Transição é um conceito antropológico que se apresenta ao longo das diversas fases de uma experiência e que implica em uma mudança ou reação lógica frente a um evento. Trata-se de um conceito onde é compartilhada a sensação de incertezas e perturbações da identidade, pois as pessoas transitam em um espaço onde não são identificados nem com uma coisa nem com outra, ou talvez com as duas ao mesmo tempo, devido às identidades não se encaixarem mais facilmente às categorias e simplesmente transitarem (BRUCE *et al.*, 2014). Joly (2016) salienta que o processo, a percepção e a ruptura (de formas individualizadas) são características universais da transição, a qual tem como objetivo final conseguir atingir um “status” de bem-estar.

Mota, Rodrigues e Pereira (2011) asseguram que o processo de transição é dinâmico e múltiplo dentro de uma experiência, podendo ser classificados em quatro tipos: situacionais, saúde/doença, organizacionais e desenvolvimentistas. Pontuamos que neste capítulo fixamos nossa atenção para a transição de saúde/doença, pois consideramos ser mais representativo da experiência do homem com CP em todo processo que lida com a nova identidade.

No adoecimento certamente o homem adquire experiências de transição que são confrontados por rupturas de alguns laços que suportam e fortalecem os sentimentos de segurança no mundo hegemônico, tal como os que foram apresentados nas narrativas. A transformação desses laços põe as masculinidades em um jogo de disputas que rearranjam suas identidades.

Todavia, ao conjugar as transformações e transições em um discurso antropológico, há de clarificar-se que o conceito que rege a transição não é o mesmo que rege a transformação, pois na cultura eles não se comunicam como sinônimos. Kralik, Visentin e Van Loon (2006) destacam que a transformação que converge para uma situação na vida e transição é a experiência sobre esta situação, ou seja, a transformação pode ocorrer externa a um fenômeno e a transição só pode ocorrer pela vivência deste fenômeno. Nesta perspectiva, é possível tecer que nem toda transformação gera uma transição, mas certamente toda transição, seja ela concedida ou não, gera uma transformação.

Enquanto enfermeiros vivenciamos o ato de transitar sobre vários enfoques filosóficos da ciência de Enfermagem, pois nossa profissão toma como enfoque às transições decorrentes do processo de saúde e doença, além de outros fenômenos da vida. Joly (2016) esclarece que está regido sobre a nossa competência a prestação de assistência aos outros que lidam com as mudanças no seu corpo e no seu bem - estar. Assim apontamos que é de suma importância identificar e caracterizar as transições que os homens vivem no curso de suas vidas, para que posteriormente possamos desenvolver um plano de cuidados individualizado às necessidades reais.

Quer seja do processo saúde doença, quer seja das masculinidades ou até mesmo do social, o significado de transição traduziu a experiência dos homens deste estudo e os acompanharam em tempos de crise identitária, onde reconhecer a si e seguir a vida se tornou um processo constante de resignificação da realidade, como exemplificado no trecho: *Mudei muito e tem hora que nem eu me conheço mais. É incrível como a gente se transforma, aquela moral que levamos anos pra construir, que a gente vem falando e fazendo desde quando se é garotinho e não deixava ninguém fora a mãe tocar na gente, de repente vai embora, e quando*

percebemos estamos aí todo solto. Sou outro cara mesmo, estou doente e é o jeito viver assim agora.

Frente aos rearranjos da liminaridade e do sentimento de medo de ser punido pela experiência moral, os narradores reagiram com base em sua cultura implementando estratégias compensatórias para lidar com a transição ao novo homem, utilizando a ação de se resignar como uma consequência normativa para seguir a vida. O trecho extraído de uma narrativa ilustra este aspecto e mostra que em momentos de crise os homens também se resignam o que permite que se adaptem à nova identidade: *É o jeito aceitar a vida assim, não tenho outra escolha. Eu sou homem e essas coisas não podem me abalar, sou o pilar da minha família e se eu cair todo mundo cai, então tenho que segurar a barra. Não tem para onde eu correr! A gente vai se controlando e vai aprendendo a viver no automático. Ser como o homem de antigamente já não importa mais... o que importa é o que eu vou ser daqui pra frente.*

Sobre a perspectiva do senso comum resignar recebe uma conceituação equivalente a aceitar algo, permitir ou consentir. Contudo, sob a lente da antropologia resignação é uma sensação de tensão que os indivíduos experimentam entre lutar por algo ou simplesmente desistir. Frente a esta situação tornam-se impotentes, pois não detém mais de elementos necessários para influenciar seu futuro e chegar a qualquer lugar possível ou visível de alguma saída. Assim, ser resignado consiste em um processo de aceitação ao vivenciar uma situação adversa mesmo quando esta exige mudanças que só é possível a um grande preço ou risco, sem necessitar exatamente que essas alterações sejam desejadas por aqueles que a assumem (HÖRBERG; SJÖGREN; DAHLBERG, 2012).

No contexto investigado aprendemos que as identidades masculinas se resignaram frente à experiência de adoecimento, pois não entraram em conexão com os preceitos da masculinidade hegemônica, apesar de a reconhecerem como um padrão a ser seguido. Ao resignar-se os homens sentiram-se oprimidos por seus próprios sentimentos e apresentaram dificuldade de gerir suas identidades.

Frente a uma doença como o câncer que é estigmatizada, mutiladora, geradora de incertezas e responsável por desencadear tantas mudanças no corpo biológico e social, o homem posiciona-se *entre a cruz e a espada*, ou ele aceita as mazelas e incorpora uma nova identidade ou ele permanece estável e sofre as consequências do adoecimento. Em meio a esta *encruzilhada* resignar-se foi a maneira encontrada pelos narradores de *continuar sobrevivendo de alguma forma, nem que seja em forma de lembranças do passado*, pois o presente é desafiador e o futuro é incerto na nova identidade de homem que habita em seus corpos.

O novo homem que apresentamos neste estudo transitou de uma autarquia hegemônica normatizada por sua cultura como uma identidade natural para um “status” de vulnerabilidade emocional e social, onde ser homem idoso e doente é ser reconhecido como um *inútil*, sem sexualidade, obrigado a proporcionar prazer para esposa, usar fraldas e absorventes, não ter lazer social e ainda ter que agir sobre uma visão moral para não ser julgado como um desertor da identidade de *macho*.

Neste capítulo foi evidenciado que a resignação esteve presente nos discursos dos homens adoecidos, organizando seus pensamentos e moldando suas formas de lidar com o CP, tornando suas práticas masculinizantes ressignificadas frente ao seu atual contexto de saúde. Assim, para o grupo estudado, a experiência com o CP é um fator resignante de suas masculinidades, que geram transformações em seu corpo social e biológico e que os fazem confrontar com dilemas morais de sua cultura.

De posse dos resultados, das características discutidas e das reflexões realizadas neste capítulo, afirmamos que entre o grupo estudado, a cultura influencia os homens no seu modo de pensar e lidar com o CP, levando-os a sofrerem transformações corporais e sociais que os guiaram a uma experiência de transição de identidade de um homem hegemônico para um homem resignado e acima de tudo múltiplo, como um homem produto da cultura masculina.

*Hoje em dia procuro
ocupar minha mente ao
máximo possível para
não deixar espaço para
ficar pensando
bobagem, porque se não
eu vivo só pensando na
morte, por isso penso
muito no meu futuro,
mesmo que ele só
aconteça na minha
cabeça.*

*Queria viajar com a
minha família, ir para
uma praia, poder fazer
força para carregar
minha filha nos braços,
cumrir com meu papel
de homem em casa e
ficar bom dessas coisas
que a doença me deixou.*

*Para que essas coisas
deixem de ser sonho eu
precisaria de um
milagre! Precisaria
ficar bom! Mas não
tenho mais forças para
lutar com isso não,
cansei de me iludir e
esperar.*

*Quando isso vai
acontecer eu não sei,
mas tenho esperança
que um dia aconteça.
Deus sabe o que faz!*

Miguel

7 Considerações finais

Nossas considerações não são tão finais como soa a pronúncia deste tópico, compreendemos que as experiências dos homens que propomos investigar ainda transitam no fluxo de vida dos participantes, pois ainda lidam com a doença e com suas transformações. Assim, não cessaram a criação de sentidos, fomos nós que decidimos parar de coletá-los porque nossos objetivos já foram respondidos com o que apreendemos e registramos. Portanto, por uma questão formal a que se destina este tópico dentro desta investigação, pontuamos algumas considerações com base nos resultados desta pesquisa.

Esta tese proporcionou a interpretação dos significados atribuídos pelos homens adoecidos a experiência com o CP, seus tratamentos e complicações, a partir dos pressupostos da antropologia médica e das masculinidades por meio da metodologia narrativa.

Participaram da pesquisa 17 homens diagnosticados com CP que estavam em seguimento terapêutico no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, localizado no estado de São Paulo. Em sua maioria eram casados, católicos, residiam na cidade de Ribeirão Preto, tinham casa própria, eram aposentados, ensino fundamental incompleto e idade entre 61 a 81 anos. Todos realizaram prostatectomia radical e vivenciaram as mazelas da disfunção erétil e da incontinência urinária. Cinco deles ainda foram submetidos a sessões de radioterapia e três, concomitante ao tratamento médico, utilizaram terapias complementares com ervas.

Por meio da observação e registro em diário de campo apresentamos nossas interpretações aos fatos que ocorreram durante nosso acompanhamento com os participantes. Descrevemos nossas dificuldades e facilidades para compreender suas experiências como o fato de ser homem e investigar outros homens e frequentar alguns lugares típicos masculinos. Aprendemos que para acessar a experiência dos homens devemos portar-nos com alteridade, participar de alguns momentos de sua vida para ganhar confiança e estreitar laços para superar possíveis barreiras na relação pesquisador e pesquisado, pois só assim conseguimos alcançar nossos objetivos e realizar uma descrição densa do objeto investigado.

A utilização do processo de análise temática indutiva permitiu que identificássemos os aspectos comuns e diferentes no modo como os homens pensam e lidam com o adoecimento e suas masculinidades no seu cotidiano e com o seu grupo. Posteriormente integramos os temas em unidades de sentidos e elaboramos duas sínteses narrativas temáticas para apresentação dos resultados do estudo, intituladas: 1) Enredos corporificados do câncer de próstata: normas, conflitos e descobertas; e 2) Masculinidades resignadas em tempos de crise: como nos vemos, enfrentamos e seguimos no nosso mundo social.

Na narrativa denominada **“Enredos corporificados do câncer de próstata: normas, conflitos e descobertas”** foi destacado as características socioculturais e os modelos

explicativos para o adoecimento do homem pelo CP, bem como o itinerário terapêutico adotado. Foram considerados os sentidos comuns e não comuns na construção dos textos de modo a abranger a experiência de todos. Assim, esta síntese narrativa apresentou como enredo principal o significado de corporeidade, pois o corpo foi explorado como um local de construção de sentidos durante o adoecimento, regido por normas sociais que valorizam as práticas masculinizantes hegemônicas de cuidado. Estas normas hegemônicas influenciaram na procura por cuidados médicos, na realização de exames de rastreio e adesão a tratamentos convencionados à doença. Motivados por um sentimento de medo e incerteza, os homens compartilharam o dilema de não cuidar do corpo, manter sua masculinidade hegemônica ou cuidar e ser desertor desta. Assim, o corpo biológico e o corpo social apresentaram-se desarmônicos frente ao adoecimento pelo CP, pois existe na cultura dos homens investigados a crença de que ele é um ser inviolável, forte e viril, capaz de controlar o seu corpo e não se abater pelo adoecimento.

A segunda narrativa, denominada de **“Masculinidades resignadas em tempos de crise: como nos vemos, enfrentamos e seguimos no nosso mundo social”**, apresenta os sentidos atribuídos à experiência do adoecimento pelo CP após os tratamentos, na maneira como os homens lidam com as mazelas em seu corpo e as transformações que estas trazem em suas vidas sociais. Nestes sentidos prevaleceram o significado de transição da identidade, pois os homens compartilharam a perda da identidade masculina hegemônica e adotaram outras identidades masculinas, onde o homem que era forte, potente e viril deu lugar para o homem dependente, fraco e isolado que lida com as adversidades da doença com seu agenciamento por meio da resignação do seu corpo e de suas práticas. Motivados pela esperança, suas perspectivas futuras é voltar à sua normalidade e a ser um exemplo para outros homens. Frente a esta experiência, os sentidos foram explicados de maneira compreensiva pelos conceitos da antropologia.

As narrativas focadas no acesso a experiência dos homens adoecidos pelo CP em seguimento ambulatorial no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, possibilitou descortinar uma realidade de um grupo local até então não explorado nos estudos antropológicos. Identificamos por meio de seus enredos as suas crenças, valores, símbolos e conhecimentos que dão sentido a maneira de lidar com seu adoecimento e sua masculinidade frente à cultura. Assim, defendemos que a cultura influenciou na experiência do homem adoecido pelo CP, transformando seu corpo biológico, social e sua masculinidade.

Limitações da pesquisa

Acreditamos que a experiência sobre um fenômeno está relacionada com a presença deste dentro do fluxo de vida. Nesta pesquisa o prazo de execução da aproximação do pesquisador com os informantes e de coleta de dados foram suficientes para responder nossos objetivos. Todavia, se os pesquisadores dispusessem de mais tempo para estar em campo, certamente outros sentidos ao fenômeno estudado poderiam ser ampliados para o conhecimento sobre a experiência do homem. Por esta pesquisa estar atrelada a uma tese de doutoramento, o tempo por si só se torna um fator limitante.

A ausência ou até mesmo a escassez de estudos em algumas temáticas entorno do CP dificultou o desenvolvimento de discussões mais aprofundadas. Haja vista que em alguns trechos desta pesquisa, como nos trechos que discutem a maneira de lidar com as complicações da incontinência urinária e as informações sobre o perfil de pacientes com CP em outras localidades do país, a escassez de literatura sobre essas vertentes tornaram a discussão limitada.

Outra limitação deste estudo refere-se ao fato que focalizamos nossos objetivos para investigar grupos locais, o que nos permitiram conhecer somente as masculinidades locais. Certos de que estas masculinidades são fundamentais para que o enfermeiro reflita sobre o cuidado aos homens neste contexto, apontamos que coexistem outras masculinidades em níveis regionais e globais que se relacionam com as masculinidades apresentadas neste estudo, isto aumentariam nossa compreensão sobre o adoecimento do homem pelo CP.

Implicações para a Enfermagem

As implicações dos resultados deste estudo para a assistência de enfermagem oncológica estão além da implementação de um plano de cuidados que leva em conta as particularidades do homem com CP.

Primeiro, acreditamos que o que nós produzimos em uma pesquisa, dentro da academia, é uma filosofia de cuidado, logo, isso não oferece uma resposta imediatista para a sociedade ou mesmo para os profissionais, pois esse não é o objetivo acadêmico. Nosso objetivo é aproximar a realidade empírica do saber científico e assim gerar a adição de um saber que auxilie reflexões e, somente por meio dessas, uma possível articulação de cuidados específicos aos homens com CP.

Em segundo lugar, destacamos que são as leis e os decretos legais que produzem uma resposta imediatista para a sociedade, sendo estes criados pelos nossos legisladores e executados pelos profissionais de saúde. Assim, este trabalho traz implicações para os nossos legisladores na condução de reflexões para a criação de leis e decretos assistenciais voltados para as especificidades do homem com CP, pois na atualidade até existem leis nacionais voltadas a esta população, mas nenhuma regulamentação expedida pelo Conselho Nacional de Enfermagem voltada ao atendimento das especificidades deste público.

Para além do foco na atenção do homem com CP, esta pesquisa traz aos enfermeiros a lente cultural do que se passa em torno da identidade masculina e suas transições envolvidas durante o adoecimento. Dessa forma, ressaltamos que as questões culturais, de identidade, de masculinidade e de transições trazem uma colcha de retalhos rica de sentidos que podem auxiliar os enfermeiros a lidar com homens adoecidos em outros contextos que se assemelhem aos apresentados no estudo.

*Eu de mulher só não
faço 2 serviços, não
engravido e faço sexo
pelo canal diferente,
simplesmente isso. Sei
costurar, cozinhar, lavo,
passo e aqui na minha
casa faço tudo, para
mim isso tudo está certo.*

*Me acostumei com isso,
apesar de saber que não
é normal. O certo é ela
fazer, afinal ela é
mulher! Mas como estou
doente não tenho o que
reclamar em nada não,
os papéis se invertem.*

*Não me importo com o
que os outros homens
dizem, só quero viver
tudo que eu puder antes
de morrer.*

*Deixo então um
conselho para o homem
que tem câncer: deixe de
ser fresco e procure um
médico! O homem que
não cuida morre. Eu não
sou fresco porque fui no
médico, também não sou
mais homem direito,
mas estou vivo para
contar minha estória
ainda.*

Murilo

8 Referências

ABOIM, S. **Plural masculinities**. The remaking of the self in private life. Aldershot: Ashgate, 2010. p. 1-36.

ABOIM, S. Redes sociais e comportamento sexual: para uma visão relacional da sexualidade, do risco e da prevenção. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 207-224, mar. 2011.

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. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 607-614, dez. 2014.

ALMEIDA, M. V. **Srnhores de si**: uma interpretação antropologica da masculinidade. Lisboa: 2ªed. Fim dos seculos, 2000. 264p.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2014**. Atlanta: American Cancer Society; 2014. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc042151.pdf>>. Acessado em: 05 dec. 2014.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Prostate Cancer**. Atlanta, 2013. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003134-pdf.pdf>>. Acessado em: 03 Ago. 2014.

APPLETON, L.; WYATT, D.; PERKINS, E.; PARKER, C.; CRANE, J.; JONES, A.; MOORHEAD, L.; BROWN V.; WALL, C.; PAGETT, M. The impact of prostate cancer on men's everyday life. **European Journal of Cancer Care**, England, v. 10, p. 1-14, set. 2014.

ARAÚJO, J. S.; CONCEIÇÃO, V. M.; OLIVEIRA, R. A. A.; ZAGO, M. M. F. Caracterização social e clínica dos homens com câncer de próstata atendidos em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p.196-203, abr. 2015.

ARAUJO, J. S.; CONCEIÇÃO, V. M.; SILVA, S. E. D.; SANTANA, M. E.; VASCONCELOS, E. V.; SOUZA, R. F. The social representations of men about prostate cancer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3884-93, jun. 2013.

ARAUJO, J. S.; XAVIER, E. C. L.; CONCEIÇÃO, V. M.; SILVA, S. E. D.; RODRIGUES, I. L. A.; VASCONCELOS, E. V. The acts of representational speak in day-to-day man s penectomized: amputation, religiosity and family. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 462-473, jun. 2014.

ARAÚJO, M. G.; LIMA, G. A. F.; HOLANDA, C. S. M.; CARVALHO, J. B. L.; SALES, L. K. O. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 682-689, dez. 2014.

AVARES, D. M. S.; BOLINA, A.; DIAS, F.; SANTOS, N. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 695-702, dez. 2011.

BARAZANI, Y.; STAHL, P. J.; NAGLER, H. M.; STEMBER, D. S. Is there a rationale for penile rehabilitation following radical prostatectomy?. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, v. 9, n. 1, p. 35-43, jan. 2015.

BARNETT-PAGE, E.; THOMAS, J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 9, n. 59, p. 1-11, mar. 2009.

BELINELO, R. G. S.; ALMEIDA, S. M.; OLIVEIRA, P. P.; ONOFRE, P. S. C.; VIEGAS, S. M. F.; RODRIGUES, A. B. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.697-704, dez. 2014.

BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 722-727, dez. 2014.

BEYNON, J. **Masculinities and culture**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press. 2002.

BLOWS, E.; BIRD, L.; SEYMOUR, J.; COX, K. Liminality as a framework for understanding the experience of cancer survivorship: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 68, n. 10, p.2155-2164, oct. 2012.

BOKHOUR, B. G.; POWEL, L. L.; CLARK, J. A. No less a man: reconstructing identity after prostate cancer. **Communication & Medicine**, London, v. 4, n.1, p. 99-109, jan. 2007.

BOSTWICK, D. G.; BURKE, H. B.; DJAKIEW, D.; EULING, S.; HO, S.; LANDOLPH, J.; MORRISON, H.; SONAWANE, B.; SHIFFLETT, T.; WATERS, D. J.; TIMMS, B. Human prostate cancer risk factors. **Cancer**. Atlanta, v. 101, n. 10, p. 2371- 2490. 2004.

BOWEN, G. A. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. **Qualitative Research**, London, v. 8, n. 1, p. 137–152, feb. 2008.

BRAGA, A. A Pedra, a Informante e o Etnógrafo: ou sobre quando as expectativas das nossas idas a campo não se realizam. **Religião & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 44-62, jun. 2015.

BRASIL, M. S. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016/2017: Incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL. Instituto de Defesa do Consumidor. **Guia do direito a saúde**: sistema público de saúde, medicamentos e planos de saúde. São Paulo: IDEC. 2008a, abr. Disponível em: <www.guiadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf>. Acessado em: 08 dec. 2014.

BRASIL. Lei n. 10.289, de 20 de setembro de 2001. **Dispõe sobre a Instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata**. Legislação Federal. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10289.htm>. Acessado em: 08 dec. 2014.

BRASIL. M. S. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. M. S. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Portaria nº 2439/GM de 19 dezembro 2005,

BRASIL. M. S. **Estimativa de Câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva– INCA. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. M. S. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRUCE, A.; SHEILDS, L.; MOLZAHN, A.; BEUTHIN, R.; SCHICK-MAKAROFF, SHERMAK, K. S. Stories of Liminality: Living With Life-Threatening Illness. **Journal of Holistic Nursing**, Chicago, v. 32, n. 32, p. 35-43, mar. 2014.

BURNS, S. M.; MAHALIK, J. Understanding how masculine gender scripts may contribute to men's adjustment following treatment for prostate cancer. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v.1, n. 4, p. 250-261, dec. 2007.

BUTLER, J. Gender Regulations. In:_____. **Undoing Gender**. New York, London: Routledge, 2004, p.40-56.

CAMPBELL, L. C.; KEEFE, F. J.; MCKEE, D. C.; WATERS, S. J.; MOUL, J. W. Masculinity beliefs predict psychosocial functioning in african american prostate cancer survivors. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, v. 6, n. 5, p. 400-410, sep. 2012.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-76, abr. 2008.

CAROSO, C.; RODRIGUES, N.; ALMEIDA FILHO, N. “Nem tudo na vida tem explicação”: explorações sobre causas de doenças e seus significados. In: LEIBING A. (Org.). **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004. p. 145-173.

CECIL R.; MC, C. E.; PARAHOO, K. ‘It's hard to take because it's hard to take because I am a man's man’: an ethnographic exploration of cancer and masculinity. **European Journal of Cancer Care**, England, v. 19, n. 4, p. 501-9, jul. 2010.

CHAPPLE, A.; ZIEBLAND, S. Prostate cancer: embodied experience and perceptions of masculinity. **Sociology of Health & Illness**, Boston, v. 24, n. 6, p. 820-841, nov. 2002.

CONCEIÇÃO, V. M.; ARAUJO, J. S.; SANTANA, M. E.; SILVA, S. E. D.; SANTOS, L. M. S.; VASCONCELOS, E. V.; SOUSA, R. F. Vivências de atenção a saúde na comunidade Guamá: relatos de experiência de enfermagem. **Lecturas Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 17, n. 170, p. 1-7, jun. 2012a.

CONCEIÇÃO, V. M.; SILVA, S. E. D.; PINHEIRO, S. C.; SANTANA, M. E.; ARAUJO, J. S.; SANTOS, L. M. S.; MONTEIRO, M. O. P. Representações Sociais sobre o tratamento quimioterápico por clientes oncológicos. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 83-99, set. 2012b.

CONNEL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. **Gender & Society**, v. 19, n. 6, p. 829-858, 2005.

CONNELL, R. **Gender: In World Perspective**. 2nd ed. Cambridge: Polity. 2012.

CONNELL, R. Género e corporificação na sociedade mundial. **Revista Lusófona de Estudos Culturais**, Porto, v. 3, n. 1, p. 281 – 287, jul. 2015.

CONNELL, R. **Masculinities**. Berkeley (USA): University of California Press, 2nd ed. 2005.

CONNELL, R. PEARSE, R. **Gender in World Perspective**. 3rd ed. Polity, Cambridge. 2015.

CONNELL, R. W. Masculinities and men's health. In: BARON, B.; KOTTHOFF, H. (Eds.). **Gender in interaction: perspectives on femininity and masculinity in ethnography and discourse**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company. Pragmatics, Beyond, New Series, v.93, 2001. p. 139-152.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano 52, n. 112, p. 59-62, jun. 2013.

CORMIE, P.; NEWTON, R. U.; TAAFFE, D. R.; SPRY, N.; GALVÃO, D. A. Exercise therapy for sexual dysfunction after prostate cancer. **Nature Reviews Urology**, London, v.10, p. 731–736, oct. 2013.

CORRICONDE, R.; VELHO, G. A utopia urbana: um estudo de antropologia social. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1973 (1^o edição); 1989 (5^o edição). **Revista Intratextos**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 119-139, jun. 2013.

COURTENAY, W. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, New York, v. 50, n. 10, p. 1385–401, may. 2000.

COURTENAY, W. Theorizing masculinity and men's health. In: Braom A; Tovey P. **Men's health: body, identity and social context**. United Kingdom: Wiley-Blackwell/John Wiley & Sons Ltda Publication, 2009. Cap 1, p. 9-32.

CRANG, M.; COOK, I. **Doing ethnographies**. Los Angeles: Sage Publications, 2007.

CRUZ, E. V.; HIGGINBOTTOM, G. The use of focused ethnography in nursing research. **Nurse Researcher**, Australia, v. 20, n. 4, p.36-43, mar. 2013.

CSORDAS, T. Fenomenologia cultural corporeidade: agência, diferença sexual, e doença. **Educação**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p.292-305, set. 2013.

DA MATTA, R. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1981.

DALL'OGGIO, M.; CRIPPA, A.; SROUGI, M. **Câncer de Próstata**. 1ª ed. São Paulo. Santos Ed. 2013, 328

DALL'OGGIO, M. F. (Coord.). **Diretrizes de Câncer de Próstata**. Sociedade Brasileira de Urologia. Rio de Janeiro: 2011. 96p.

DAMIÃO, R.; FIGUEIREDO, R. T.; DORNAS, M. C.; LIMA, D. S.; KOSCHORK, M. A. B. Câncer de próstata. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.14, n. supl. 1, p. 80-86, dez. 2015.

DAZIO, E. M. R.; SONOBE, H. M.; ZAGO, M. M. F.; Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 664-669, set. 2009.

DE JESUS, A. Y.; RICCIARDELLI, L. A.; FRISEN, A.; SMOLAK, L.; YAGER, Z.; FULLER-TYSZKIEWICZ, M.; GATTARIO, K. H. Media internalization and conformity to traditional masculine norms in relation to body image concerns among men. **Eating behaviors**, v. 18, p. 137-142, aug. 2015.

DELARMELINDO, R. C. A.; PARADA, C. M. G. L.; RODRIGUES, R. A. P.; BOCCHI, S. C. M. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n.2, p.296-303, apr. 2013.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, oct. 2011.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The sage handbook of qualitative research**. 4th ed. London: Sage publications, 2011.

DIEPERINK, K. B.; WAGNER, L.; HANSEN, S.; HANSEN, O. Embracing life after prostate cancer. A male perspective on treatment and rehabilitation. **European Journal of Cancer Care**, Malden, v. 22, n. 4, p. 549–558, jun. 2013.

ECCO, C. Ideário Católico sobre família e sociedade a partir dos documentos da Igreja Católica. **Fragmentos de Cultura (Online)**, Goiania, v. 21, p. 291-308, abr. 2011.

ERVIK, B.; ASPLUND, K. Dealing with a troublesome body: A qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy. **European Journal of Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 16, n. 2, p. 103-108, apr. 2012.

ESTEVES, M. F. V. **Os sentidos das experiências de mães de crianças e adolescentes oncológicos com a terapia complementar**. 2015. 125f. Dissertação (mestrado em ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

EVANS, J.; FRANK, B.; OLIFFE, J. L.; GREGORY, D. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v. 8, n. 1, p. 7-15, mar. 2011.

EZER, H.; CHACHAMOVICH, J. R.; SAAD, F.; APRIKIAN, A.; SOUHAMI, L. Psychosocial adjustment of men during the first year of prostate cancer. **Cancer Nursing**, Washington, v. 35, n. 2, p. 141-147, mar. 2012.

EZIEFULA, C. U.; GRUNFELD, E. A.; HUNTER, M. S. 'You know I've joined your club... I'm the hot flush boy': A qualitative exploration of hot flushes and night sweats in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer. **Psycho-Oncology**, Malden, v. 22, n. 12, p. 2823–2830, dec. 2013.

FERNANDES, L.; BARBOSA, R. A construção social dos corpos periféricos. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.70-82, mar. 2016.

FERNANDES, S.; COUTINHO, E. C.; DUARTE, J. C.; NELAS, P. A. B.; CHAVES, C. M. C. B.; AMARAL, O. Qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIV, n. 5, p. 93-99, jun. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO, J. R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.17, n.1, p. 63-71, jan. 2012.

FONTES, A. P.; BOTELHO, M. A.; FERNANDES, A. A. Incontinência urinária e funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa. **Acta urológica portuguesa**, Lisboa, v. 2, p.12–19, jun. 2011.

GALBRAITH, M. E.; HAYS, L.; TANNER, T. What men say about surviving prostate câncer: complexities represented in a decade of comments. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburgh, v. 16, n. 1, p. 65-72, jan. 2012.

GANNON, K.; GUERRO-BLANCO, M.; PATEL, A.; ABEL, P. Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. **The Aging Male**, New York, v. 13, n. 4, p. 258-264, dec. 2010.

GASPAR, S.; NUNES, A.; OLIVEIRA, T.; DIAS, J.; LOPES, T. Adenocarcinoma incidental da próstata em doentes submetidos a cistoprostatectomia radical/um estudo retrospectivo. **Acta Urológica Portuguesa**, Lisboa, v. 31, n. 3, p. 49-56, dec. 2014.

GAYA, A. Desenhos metodológicos: Etnografia, estudo de caso(s) e pesquisa-ação. In: GAYA, A. **Ciências do movimento humano**: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 103-105.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2011. 323p.

GILMARTIN, J. Body image concerns amongst massive weight loss patients. **Journal of Clinical Nursing**, Malden, v. 22, n. 9, p.1299-309, may. 2013.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap 12, p. 197-205.

GOMES, R. Rumo à sexualidade masculina saudável. In: GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap 6, p. 151-159.

GOMES, R.; GRANJA, E. M. S.; HONORATO, E. J. S.; RISCADO, J. L. S. Corpos masculinos no campo da saúde: ancoragens na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 165-172, jan. 2014.

GOMES, R.; LEAL, A. F.; KNAUTH, D.; SILVA, G. S. N.; Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589-96, out. 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S.; ARAUJO, F. C. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1975-84, dec. 2008.

GRUNFELD, E. A.; COATES, L. D. "The only way I know how to live is to work": A qualitative study of work following treatment for prostate cancer. **Health Psychol**, v. 32, n. 1, p. 75-82, jan. 2013.

GUERRA, V. M.; SCARPATI, A. S.; DUARTE, C. N. B.; SILVA, C. V.; MOTTA, T. A. Ser homem é...: adaptação da escala de concepções da masculinidade. **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 1, p. 155-165, apr. 2014.

HAMILTON, K.; CHAMBERS, S. K.; LEGG, M.; OLIFFE, J. L.; CORMIE, L. Sexuality and exercise in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer. **Support Care in Cancer**, New York, v. 23, n. 8, p. 133-142, jan. 2014.

HARRINGTON, J. M. Implications of treatment on body image and quality of life. **Seminars in Oncology Nursing**, New York, v. 27, n. 4, p. 290-9, nov. 2011.

HARTT, V. Controvérsias e evidências na saúde do homem. **Onco &**, Rio de Janeiro, p. 8-12, jul. 2013.

HEIDENREICH, A.; BELLMUNT, J.; BOLLA, M.; JONIAU, S.; MASON, M.; MATVEEV, V.; MOTTET, N.; SCHMID, H.; KWAST, T. V.; WIEGEL, T.; ZATTONI, F. **Guidelines on prostate cancer**. European Association of Urology (EAU). Arnhem, 2013. 154p

HEIDENREICH, A.; BELLMUNT, J.; BOLLA, M.; JONIAU, S.; MASON, M.; MATVEEV, V.; MOTTET, N.; SCHMID, H.; KWAST, T. V.; WIEGEL, T.; ZATTONI, F. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Treatment of Clinically Localised Disease. **European Urology**, Arnhem, v. 59, n.1, p.61-71, jan. 2011.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap 12, p. 197-205.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Cochrane Book Series.** The Cochrane Collaboration; 2011.

HOFF, P. M. G. **Tratado de oncologia.** São Paulo: Atheneu, p. 1887-1909. 2013.

HUNT, M. R.; CARNEVALE, F. A. Moral experience: a framework for bioethics research. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 37, n. 11, p. 1-5, apr. 2011.

INCA. Ministério da Saúde (BR). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** Ed 3, Rio de Janeiro: INCA, p: 319-331. 2008.

Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ac&tema=censodemog2010_relig. Consultado em: 11/11/2015.

JOLY, E. Integrating transition theory and bioecological theory: a theoretical perspective for nurses supporting the transition to adulthood for young people with medical complexity. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 72, n. 6, p. 1-12, jun. 2016.

JONES, J. S.; WATT, S. **Ethnography in social science practice.** London: Routledge, 2010.

JÚNIOR, A. N.; FILHO, M. Z.; REIS, R. B. **Urologia fundamental.** São Paulo: Planmark, 2010.

JÚNIOR, F. G. P.; LEÃO, A. L. M. S.; MELLO, S. C. B. Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em administração. **Revista de ciência da administração**, Santa Catarina, v.13, n. 31, p:190-209, set. 2011.

KARNILOWICZ, W. Identity and psychological ownership in chronic illness and disease state. **European Journal of Cancer Care**, Australia, v. 20, n. 2, p. 276-82, mar. 2011.

KAZER, M. W.; HARDEN, J.; BURKE, M.; SANDA, M. G.; HARDY, J.; BAILEY, D. E. The experiences of unpartnered men with prostate cancer: a qualitative analysis. **Journal of Cancer Survivorship**, New York, v. 5, n. 2, p. 132–141, jun. 2011.

KELLY, D. Male sexuality in theory and practice. **Nursing Clinics**, v. 39, n. 2, p. 341-356, jun. 2004.

KEOGH, J. W. L.; PATEL, A.; MACLEOD, R. D.; MASTERS, J. Perceptions of physically active men with prostate cancer on the role of physical activity in maintaining their quality of

life: possible influence of androgen deprivation therapy. **Psycho-Oncology**, Malden, v. 22, n. 12, p. 2869–2875, dec. 2013.

KING, A. J. L.; EVANS, M.; MOORE, T. H. M.; PATERSON, C.; SHARP, D.; PERSAD, R.; HUNTLEY, A. L. Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. **European journal of cancer care**, London, v. 24, n.5, p.618-34, sep. 2015.

KLAESON, K.; SANDELL, K.; BERTERO, C. M. Sexuality in the context of prostate cancer narratives. **Qualitative Health Research**, Califórnia, v. 22, n. 9, p. 1184–1194, sep. 2012.

KLAESON, K.; SANDELL, K.; BERTERÖ, C. M. Talking about sexuality: desire, virility, and Intimacy in the context of prostate cancer associations. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, v. 7, n. 1, p. 42-55, jan. 2013.

KLEINMAN, A. **The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition**. New York: Basic Books. 1988. p. 3-30.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 457-467, set. 2014.

KRALIK, D.; VISENTIN, K.; VAN LOON, A. Transition: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 55, n. 3, p. 320-9, aug. 2006.

KRUMWIEDE, K. A.; KRUMWIEDE, N. The lived experience of men diagnosed with prostate cancer. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 39, n. 5, p.443-50, mai. 2012.

LANGDON, E. J. Cultura e processos de saúde e doença. In: JEOLÁS, L. S.; OLIVEIRA, M. (Orgs.). SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 1., 2003, Londrina. **Anais...** Londrina (PR): Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, jun. 2003. p. 91-107.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 3, p. 174-181, mar. 2010.

LEITE, M. A. C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. S. Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 38-45, maç. 2015.

LEITZMANN, M.; ROHRMANN, S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 4, p. 1-11, jan. 2012.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R.; CORDEIRO, S. N.; RODRIGUES, E. N. A.; LEVI D'ANCONA, C. A.; TURATO, E. R. Life experiences of brasilian men with urinary incontinence and erectile dysfunction following radical prostatectomy. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing**, Virginia, v. 39, n. 1, p. 90-94, feb. 2012.

MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 15, n. 32, p. 129-156, jul. 2009.

MALAGÓN-OVIEDO, R. A.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-49, jun. 2015.

MALINOWSKI, B. **Introdução**: o assunto, o método e o objetivo desta investigação. In: DURHAM, E. R. organizador. Bronislaw Malinowski. São Paulo: Ática; 1986.

MALISKI, S. L.; RIVERA, S.; CONNOR, S.; LOPEZ, G.; LITWIN, M. S. Renegotiating masculine identity after prostate cancer treatment. **Qualitative Health Research**, Califórnia, v. 18, n. 12, p. 1609-1620, dec. 2008.

MAO, Q.; LIN, Y.; CHEN, H.; BAI, Y.; QIN, J.; ZHENG, X.; XIE, L. Preoperative risk factors for early postoperative urinary continence recovery after non-nerve-sparing radical prostatectomy in Chinese patients: a single institute retrospective analysis. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, v. 8, n. 8, p. 14105-14109, aug. 2015.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 399 – 420, abr. 2016.

MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspectos de identidad en lá experiência de deficiencia física: un enfoque socio-antropológico. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.15, n.36, p.109-21, jan. 2011.

MATA, L. R. F.; NAPOLEAO, A. A. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 574-579, ago. 2010.

MATTINGLY, C.; GARRO, L. C. Narrative and the cultural construction of illness and healing. Berkely-EUA: **University of California Press**, 2000.

MCANINCH, J. W.; LUE, T. F. **General Urology**: Smith and Tanagho. 18ª Ed, New York: McGraw Hill, 2014. 768 p.

MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEAO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 385-388, jun. 2011.

MESQUITA, M. G.; MOREIRA, M. C.; MALISKI, S. L. "But I'm (became) different": cancer generates reprioritizations in masculine identity. **Cancer Nursing**. v. 34, n. 2, p. 150-7, apr. 2011.

MESSAOUDI, R.; MENARD, J.; PARQUET, H.; RIPERT, T.; STAERMAN, T. Modification de la libido et de l'orgasme après prostatectomie totale. **Progrès en urologie**, France, v. 21, n.1, p. 48-52, jan. 2011.

MESSAOUDI, R.; MENARD, J.; RIPERT, T.; PARQUET, H.; STAERMAN, F. Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation. **International Journal of Impotence Research: The Journal of Sexual Medicine**, New York, v. 23, n. 2, p. 81-6, apr. 2011.

MIELE, R.; CLARKE, J. "We remain very much the second sex": the constructions of prostate cancer in popular news magazines, 2000-2010. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, v. 8, n. 1, p.15-25, jan. 2014.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 344-352, apr. 2010.

MILNE, J. L.; SPIERS, J. A.; MOORE, K. N. Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: a qualitative descriptive study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, n. 5, p. 765-774, 2008.

MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, out. 2012.

MODENA, C. M.; MARTINS, A. M.; GAZZINELLI, A. P.; SCHALL, S. S. L. A. V. T. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 67-78, abr. 2014.

MODENA, C. M.; MARTINS, A. M.; RIBEIRO, R. B. N.; ALMEIDA, S. S. L. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 3, p.644-60, jul. 2013.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. organizadores. **Estigma e Saúde**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

MOTA, L. A. N.; RODRIGUES, L. F. S. V.; PEREIRA, I. M. G. A transição no transplante hepático: um estudo de caso **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIII, n. 5, p. 19-26, dez. 2011.

MRO'Z, L.W.; CHAPMAN, G. E.; OLIFFE, J. L.; BOTTORFF, J. L. Gender relations, prostate cancer and diet: re-inscribing hetero-normative food practices. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 72, n. 9, p. 1499-1506, may. 2011.

MRO'Z, L.W.; CHAPMAN, G. E.; OLIFFE, J. L.; BOTTORFF, J. L. Men, food, and prostate cancer: gender influences on men's diets. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, v. 55, n. 2, p. 398–406, aug. 2011.

MRO'Z, L.W.; CHAPMAN, G. E.; OLIFFE, J. L.; BOTTORFF, J. L. Prostate cancer, masculinity and food: rationales for perceived diet change. **Appetite**. v. 55, n. 3, p. 177-188, dec. 2010.

MRÓZ, L.; OLIFFE, J. L.; DAVISON, J. Masculinities and patient perspectives of communication about active surveillance for prostate cancer. **Health Psychol, Florida**, v. 32, n. 1, p. 83-90, jan. 2013.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Physician Data Query (PDQ): Prostate Cancer Treatment**. Bethesda, 2014. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/prostate/HealthProfessional/page10/AllPages>>. Acessado em: 03 Ago. 2014.

NG, E.; WOO, H. H.; TURNER, S.; LEONG, E.; JACKSON, M.; SPRY, N. The influence of testosterone suppression and recovery on sexual function in men with prostate cancer: observations from a prospective study in men undergoing intermittent androgen suppression. **The Journal of Urology, New York**, v. 187, n. 6, p.2162–2166, jun. 2012.

NOBLE, H.; SMITH, J. Issues of validity and reliability in qualitative research. **Evidence-Based Nursing**, London, v. 18, n. 2, p. 34-35, abr. 2015.

NOGUEIRA, I. R. R.; ALCÂNTARA, A. O. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando?. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo. v. 17, n. 1, p. 263-282, mar. 2014.

OLIFFE, J. Health Behaviors, Prostate Cancer, and Masculinities: A Life Course Perspective. **Men and Masculinities**, Vancouver, v. 11, n. 3, p. 346-366, apr. 2009.

OLIFFE, J. L.; BOTTORFF, J. L.; SHARP, P.; CAPERCHIONE, C. M.; JOHNSON, S. T.; HEALY, T.; LAMONT, S.; JONES-BRICKER, M.; MEDHURST, K.; ERREY, S. Healthy Eating and Active Living: Rural-Based Working Men's Perspectives. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, n. 14, dec. 2015.

OLIFFE, J. L.; MRO'Z, L. W.; DAVISON, B. J. Masculinities and patient perspectives of communication about active surveillance for prostate cancer. **Health Psychol.** New York, v; 32, n. 1, p. 83-90, jan. 2013.

OLLIFE, J.; THORNE, S. Men, masculinities, and prostate cancer: Australian and Canadian patient perspectives of communication with male physicians. **Qualitative Health Research**, Califórnia, v. 17, n. 2, p. 149-161, feb. 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricouer, Walter Benjamin e da Antropologia médica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013.

O'REILLY, M.; PARKER, P. Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. **Qualitative Research**, London, v.13, n. 2, p. 190-197, may. 2012.

ORTNER, S. B. Subjetividade e crítica cultural. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 13, n. 28, p. 375-405, dec. 2007.

PADGETT, D. K. **Qualitative methods in social work research**: challenges and rewards. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008.

PEATE, I. **Men's health: the practice nurse's handbook**. England: John Wiley & Sons, p. 289-305. 2007.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 845-858, sep. 2011.

PINTO, B. K.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; BUDÓ, M. L. D.; LANGE, R. M. H. Identidade do homem resiliente no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 942-948, dec. 2014.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3th ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTUGAL, C. M. Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.1-14, jan. 2016.

RABELO, A. O. Contribuições dos estudos de gênero às investigações que enfocam a masculinidade. **Ex-Aequo**, Vila Franca de Xira. v.21, p.161-178, mar. 2010.

REIS, R. B.; FILHO, J. C. S. T.; SIMÕES, F. A. **Guia Rápido de Urologia – GRU**. 1^a Ed. São Paulo: Lemar, 2012. 269 p.

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

RHOTEN B. A. Body image disturbance in adults treated for cancer – a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Malden, v. 72, n. 5, p. 1001-1011, may. 2016.

RIBEIRO, O. **Saúde, masculinidade e envelhecimento**: reflexões sociais numa perspectiva de gênero. In: STREY, M. S.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M. R. **Gênero & Saúde: Diálogos Íbero Brasileiros**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Edipucrs; 2010. cap. 12, p:303-24.

RIESSMAN, C. K. **Narrative methods for the human sciences**. Los Angeles: Sage Publications, 2008.

ROBERTSON, S.; SHEIKH, K.; MOORE, A. Embodied masculinities in the context of cardiac rehabilitation. **Sociology of Health & Illness**, Boston, v. 32, n. 5, p. 695–710, jun. 2010.

ROHDEN, F. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 161-196, Jun. 2011.

ROHDEN, F. A centralidade do sexo nas estratégias recentes de promoção da saúde do homem no Brasil. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 173-214, dec. 2014.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: 2ª ed. FIOCRUZ, 2009. 224p.

ROT, I.; OGAH, I.; WASSERSUG, R. J. The language of prostate cancer treatments and implications for informed decision making by patients. **European Journal of Cancer Care**, Malden, v. 21, n. 6, p. 766-775, nov. 2012.

SALAZAR-MOLINA, A.; KLIJN, T. P.; DELGADO, J. B. Sexual satisfaction in couples in the male and female climacteric stage. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 311-320, feb. 2015.

SALVAJOLI, J. V.; SOUHAMI, L.; FARIA, S. L. **Radioterapia em oncologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, p. 875-904. 2013.

SANTINELLO, J. A identidade do indivíduo e sua construção nas relações sociais: pressupostos teóricos. **Revista de Estudos da Comunicação**, Curitiba, v. 12, n. 28, p. 153-159, ago. 2011.

SANTOS, E. M.; BOTO, C. Algumas notas sobre educação e ética à luz do pensamento de Kant. **Educação**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p.441-453, dez. 2014.

SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p.488-497, dez. 2010.

SANTOS, L. M. S.; ARAUJO, J. S.; LIMA JUNIOR, R. N.; SOUSA, R. F.; CONCEIÇÃO, V. M.; SANTANA, M. E.; SANTANA, M. E. Cuidados paliativos para a criança com câncer: reflexões sobre o processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 130-138, set. 2013.

SANTOS, R. B. **Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana**. 2006. 243p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SCHMIDT, L. K. **Hermenêutica**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. 261p.

SENKEVICS, A. S.; POLIDORO, J. Z. Corpo, gênero e ciência: na interface entre biologia e sociedade. **Revista da Biologia** v.9 n. 1, p.16-21, dez. 2012.

SHAUGHNESSY, P. K. O.; IRELAND, C.; PELENTSOV, L.; THOMAS, L. A.; ESTERMAN, A. J. Impaired sexual function and prostate cancer: a mixed method investigation into the experiences of men and their partners. **Journal of Clinical Nursing**, Boston, v. 22, p. 3492–3502, dec. 2013.

SIEGEL, R.; MA, J.; ZOU, Z.; JEMAL, A. Cancer Statistics, 2015. **Cancer Journal for Clinicians**. Atlanta, v. 65, n. 1, p. 5-29, jan. 2015.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.3, p. 423-432, mai. 2002.

SILVA, M. M.; DUARTE, A.; GALO, J.; DOMINGUES, N. **Enfermagem em Urologia**. Lisboa: Lidel, 2012b. 369 p.

SILVA, P. A. S.; FURTADO, M. S.; GUILHON, A. B.; SOUZA, N. V. D. O.; DAVID, H. M. S. L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, set. 2012c.

SILVA, S. É. D.; VASCONCELOS, E. V.; PINTO, A. P. G.; NASCIMENTO, D. C.; MARINHO, I. P.; PANTOJA, J. F.; SILVA, M. L.; SILVA, R. G. E.; ARAUJO, J. S.; OURIVES, A. As representações sociais do câncer ginecológico no conhecimento da enfermagem brasileira. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 05, n. 1, p. 17-25, jan. 2014.

SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E.; ARAUJO, J. S.; LEITE, T. V.; OLIVEIRA, J. B.; CUNHA, N. M. F.; CONCEIÇÃO, V. M. Câncer de mama uma doença temida: Representações sociais de mulheres mastectomizadas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.03, n. 02, p. 730-742, jun. 2012a.

SILVA, T. Q.; ALMEIDA, D. M. F. Corpo, cultura e técnicas: uma perspectiva de pesquisadores brasileiros. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Florianópolis, v. 36, n. 2, p. S197-S211, abr. 2014.

SILVA, T. T. (Org.) **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. 13ª ed. Petrópolis, Editora Vozes, 2012.

SMILER, A. P. Thirty years after the discovery of gender: psychological concepts and measures of masculinity. **Sex Roles**, New York, v. 50, n. 1, p.15-26, jan. 2004.

SOUZA, E. M.; BIANCO, M. F.; JUNQUILHO, G. S. Contestações sobre o Masculino no Contexto do Trabalho: Estudo Pós-modernista em Mineradoras e Siderurgias. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 19, n. spe3, p. 269-287, out. 2015.

SOUZA, E. Olhares sobre a identidade masculina. **Protestantismo em Revista**, São Leopoldo, v. 21, p. 34 – 42, jan. 2010

SOUZA, M. R. **Experiência do outro, estranhamento de si**: dimensões da alteridade em antropologia e psicanálise. São Paulo. EDUSP, 2015.

SQUIRE, C. **Experience-centred and culturally-oriented approaches to narrative**. In: ANDREWS, M.; SQUIRE, C.; TAMBOUKOU, M. Doing narrative research. London: Sage publications, 2008. p. 41-63.

SQUIRE, C. From experience – centred to socioculturally oriented approaches to narrative. IN: ANDREWS, M.; SQUIRE, C.; TAMBOUKON, M., Doing narrative research. 2nd ed. Los Angeles: **Sage Publications LTDA**, p. 41-63, 2012.

SROUGI, M.; PARANHOS, M. **Disfunção sexual**: diagnóstico e tratamento. Barueri. Ed. Manole, 2007. 332 p.

STAPLETON, S.; PATTISON, N. The lived experience of men with advanced cancer in relation to their perceptions of masculinity: a qualitative phenomenological study. **Journal of Clinical Nursing**, Malden, v. 24, n. 7, p. 1069–1078, apr. 2015.

TEMPLETON, H. Prostate cancer – presentation, diagnosis and treatment: what does the literature say?. **International Journal of Urological Nursing**, Malden, v.1, n.1, p. 6-17, jan. 2007.

THIAGO, C. C.; RUSSO, J. A.; CAMARGO, J. K. R. Hormônios, sexualidade e envelhecimento masculino: um estudo de imagens em websites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 37-50, mar. 2016.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 19, n. 6, p. 349–357, sep. 2007.

TONON, T. C. A.; SCHOFFEN, J. P. F. Câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 3, p. 403-410, set. 2009.

ULLRICH, D. R.; OLIVEIRA, J. S.; BASSO, K.; VISENTINI, M. S. Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas: em direção à reflexividade analítica. **Análise**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 19-30, jan. 2012.

VASCONCELOS, A. C. S.; MONTEIRO, R. J. S.; FACUNDES, VERA, L. D.; TRAJANO, M. F. C.; GONTIJO, D. T. Eu virei homem!: a construção das masculinidades para adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 186-197, mar. 2016.

VASCONCELOS, E. V.; ARAUJO, J. S.; SANTANA, M. E.; SILVA, S. E. D.; CONCEIÇÃO, V. M. Cancer in the social representations of caregivers: implications for care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 474-484, jun. 2014.

VELHO, G. Antropologia Urbana: interdisciplinaridade e fronteiras do conhecimento. **MANA**. Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p.161-185, ago. 2011.

VICTORA, C. G. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 104-112, mar. 2011.

WALL, D.; KRISTJANSON, L. Men, culture and hegemonic masculinity: understanding the experience of prostate câncer. **Nursing Inquiry**, Australia, v. 12, n.2, p. 87-97, jun. 2004.

WALSH, D.; DOWNE, S. Appraising the quality of qualitative research. **Midwifery**, New York, v. 22, n.2, p. 108-119, jun. 2006.

WATSON, J. **Male bodies**: health, culture and identity. Buckingham: Open University Press. 2000. p. 43-60.

WENGER, L. M. Living under assault: men making sense of cancer. **European Journal of Cancer Care**, London, v.22, n 3, p.389–399, may. 2013.

WENGER, L. M.; OLIFFE, J. L. Men managing cancer: a gender analysis. **European journal of cancer care**, London, v. 36, n. 1, p. 108-122, jan. 2014.

WENGER, L. OLIFFE, J. L. Moving beyond the prostate: benefits in broadening the scope of research on men and cancer. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, v. 7, n. 2, p.138-141, may. 2013.

WINTERICH, J. A.; QUANDT, S. A.; GRZYWACZ, J. G.; CLARK, P. E.; MILLER, D. P.; ACUÑA, J. et al. Masculinity and the body: how african american and white men experience cancer screening exams involving the rectum. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, v. 3, n. 4, p. 300-311, dec. 2009.

WOOTTEN, A. C.; ABBOTT, J. M.; OSBORNE, D.; AUSTIN, D. W.; KLEIN, B.; COSTELLO, A. J. et al. The impact of prostate cancer on partners: a qualitative exploration. **Psycho-Oncology**, Malden, v. 23, n. 8, p. 1252–1258, nov. 2014.

ZAIDER, T.; MANNE, S.; NELSON, C.; MULHALL, J.; KISSANE, D. Loss of masculine Identity, marital affection, and sexual bother in men with localized prostate cancer. **The Journal of Sexual Medicine**, Oxford, v. 9, n. 10, p. 2724–2732, oct. 2010.

ZHANG, A. Y.; BODNER, D. R.; FU, A. Z.; GUNZLER, D. D.; KLEIN, E.; KRESEVIC, D.; MOORE, S.; PONSKY, L.; PURDUM, M.; STRAUSS, G.; ZHU, H. Effects of patient centered interventions on persistent urinary incontinence after prostate cancer treatment: a randomized, controlled trial. **The Journal of Urology**, v. 194, n. 6, p. 1675-81, dec. 2015.

ZILLMER, J. G. V.; LIMA, L. M.; FEIJÓ, A. M.; SCHWARTZ, E.; HISSE, C. N.; VIEGAS, A. C. Caracterização dos clientes em tratamento radioterápico em um serviço no sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 315-25, jun. 2013.

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: “A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades”

Pesquisador Responsável: Jeferson Santos Araujo (Nº. USP – 7893712)

Orientador Responsável: Profª Drª Márcia Maria Fontão Zago (Nº. USP – 88861; COREN – SP – 13394).

O câncer de próstata (CP) é um dos tipos de câncer mais incidente entre os homens brasileiros, principalmente na região sudeste do país. Ele ocupa uma fiel posição na vida do homem, sendo os sinais, os sintomas e os tratamentos, responsáveis por proporcionar a pessoa diversas experiências.

Dessa forma, você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que busca identificar quais são os seus significados atribuídos a experiência com o CP, seus tratamentos e suas complicações. Esta pesquisa será realizada no ambulatório de urologia do Hospital das Clínicas – HCFMRP-USP e na sua casa. O estudo será realizado por mim, Jeferson Santos Araújo.

Para participar, você precisará responder a algumas perguntas, durante três ou quatro entrevistas, que serão gravadas com sua concordância. Também precisarei observar e participar de algumas das atividades que você faz, dos contatos com seus familiares e amigos, e do ambiente da sua casa, para não perder informações que possam ajudar a entender o que você pensa e faz em relação ao câncer de próstata. Farei as entrevistas e observações na sua casa, após combinarmos o dia e horário, e elas serão finalizadas após uma hora e trinta minutos, no máximo, ou quando você desejar o término.

O roteiro de entrevista utilizado será composto por perguntas, como: Como você se sentiu ao saber que estava com a doença? Como é lidar com os tratamentos? Eles trouxeram alguma complicação? O que você faz para se cuidar? O que mudou na sua vida? Como você se vê como homem? O que espera do futuro?

Toda vez que estivermos juntos, poderei fazer anotações em um diário que vão me ajudar a pensar sobre a pesquisa.

As informações que você der, em nossas conversas, serão utilizadas para esta pesquisa e serão mantidas no máximo sigilo para que você não seja identificado.

Durante as nossas conversas, você poderá sentir emoções, como tristeza e chorar, ao se lembrar da doença e do tratamento; nesse caso, poderemos interromper a conversa sempre que você desejar e comprometo-me a ficar do seu lado, apoiando-o. Sua participação não causará interrupção do seu atendimento e nem custos, pois, a entrevista ocorrerá em dias previamente agendados, de acordo com a sua disponibilidade em me receber na sua casa; você também não receberá pagamento pela participação no estudo e terá toda a liberdade em participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Os resultados deste estudo serão analisados, publicados e apresentados em eventos científicos. Eles serão importantes para nós podermos entender como são as experiências do homem adoecido por CP.

O risco existente, na realização deste trabalho para você, pode ser o constrangimento de expressar as suas ideias sobre a doença, isso poderá causar alterações no resultado desta pesquisa, para que isso não ocorra o seu nome não será identificado no questionário da pesquisa nem tampouco divulgado, ele será substituído por um nome imaginário, preservando assim sua identidade. Esta pesquisa lhe proporcionará benefícios indiretos no sentido de permitir que você fale a respeito de suas experiências sobre o Câncer de próstata e reflita sobre o seguimento de sua vida.

Você receberá uma cópia assinada deste documento e qualquer dúvida que você tiver ou informação que precisar sobre o estudo e sua metodologia, poderá entrar em contato comigo pelo telefone: (16) 98233-9606; email: jefaraujo@usp.br, ou através do meu endereço, Rua Machado de Assis, 1034 – Vila Tibério – Ribeirão Preto-SP, CEP: 14050-490.

Agradeço pela sua colaboração.

Atenciosamente,

Jeferson Santos Araújo

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa. Afirmo estar ciente das informações contidas no presente documento, além de ter recebido uma cópia do mesmo, dessa forma, autorizo a utilização dos dados sobre minha doença e os tratamentos contidos em meu prontuário médico e da entrevista concedida ao pesquisador para o estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos. Também concordo que a entrevista seja gravada, e que o pesquisador me observe no hospital e na minha residência.

Ribeirão Preto, de

20____

Entrevistado

Apêndice II

Instrumento para coleta de dados

1º Momento

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E DEMOGRÁFICAS

1. Identificação |_____|
2. Nome fictício: _____
3. Idade: |_____| anos completos (à data da coleta)
4. Estado civil:
 1. ☐ casado/união de fato
 2. ☐ solteiro
 3. ☐ divorciado/separado
 4. ☐ viúvo
5. Escolaridade: |_____|
6. Religião: |_____|
7. Profissão / Atividade atual? _____
8. Renda familiar: |_____|
9. Cidade / estado em que reside: _____

CARACTERÍSTICA DO TRATAMENTO

10. diagnóstico: |_____|
11. Data da realização da cirurgia: |_____|
12. Tratamentos passados: _____
13. Tipo de tratamento atual: _____
14. Ocorreu complicações decorrentes do tratamento ao câncer de próstata? Caso sim, quais? _____

2º Momento – Questões norteadoras para a entrevista

15. Como você se sentiu ao saber do diagnóstico da doença?
16. Porque você teve essa doença?
17. Como é lidar com os tratamentos?
18. Eles trouxeram alguma complicação? Se sim, quais?
19. Como você se sente como homem após a doença e durante os tratamentos?
20. Como está sua vida agora?
21. O que mudou na sua vida?
22. O que você faz para se cuidar?
23. O que você pensa sobre o futuro?

Data da coleta de dados: |_____| |_____| |_____|
dia mês ano

Anexo I

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 054/2013

Ribeirão Preto, 15 de março de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de março de 2013.

Protocolo CAAE: 08292612.9.0000.5393

Projeto: A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades.

Pesquisadores: Márcia Maria Fontão Zago
Jeferson Santos Araujo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dr.ª. Márcia Maria Fontão Zago
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo II

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 02 de abril de 2013

Projeto de pesquisa: “A experiência do homem com câncer de próstata na perspectiva da antropologia das masculinidades”

Pesquisadores responsáveis: Jeferson Santos Araújo e Profa. Dra. Márcia Maria Fontão Zago

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ciente e de acordo:

Dr.ª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Cipriano
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica – HCFMRP-USP