

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ALBERTO MESAQUE MARTINS

**“EU NÃO SOU HOMEM MAIS”:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CORPO PARA
HOMENS APÓS O ADOECIMENTO POR CÂNCER DA
PRÓSTATA**

**Belo Horizonte
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ALBERTO MESAQUE MARTINS

**“EU NÃO SOU HOMEM MAIS”:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE CORPO PARA
HOMENS APÓS O ADOECIMENTO POR CÂNCER DA
PRÓSTATA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Cultura, Modernidade e Subjetividade.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento

**Belo Horizonte
2015**

150

M386e

2015

Martins, Alberto Mesaque

“Eu não sou homem mais!” [manuscrito] representações sociais de corpo para homens após o adoecimento por câncer da próstata / Alberto Mesaque Martins. - 2015.

211 f.

Orientador: Adriano Roberto Afonso do Nascimento.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Tese. 2. Psicologia social - Teses. 3. Saúde – Teses. 4. Representações sociais – Teses. 5. Próstata - Câncer – Aspectos psicológicos – Teses. I. Nascimento, Adriano Roberto Afonso do. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

“Eu não sou homem mais!”: Representações Sociais de Corpo para homens após o adoecimento por câncer da próstata.

ALBERTO MESAQUE MARTINS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 09 de fevereiro de 2015, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Adriano Roberto Afonso do Nascimento - Orientador
UFMG


Prof(a). Zeidi Araujo Trindade
UFES


Prof(a). Maria Isabel Antunes Rocha
UFMG

Aos homens que participaram deste estudo e que, generosamente, compartilharam suas memórias e histórias e fizeram de suas recordações motivos de reflexões e de intensa aprendizagem, a minha gratidão!

AGRADECIMENTOS

"Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovakloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: - Pai, me ensina a olhar!" (Eduardo Galeano)

Como muitos mineiros, conheci a praia muito tardiamente. Como muitos estudantes brasileiros, conheci o mundo da pesquisa científica apenas no decorrer do curso de graduação, quase que concomitante, à minha primeira viagem à praia. Penso que existe uma certa semelhança entre o mar e o mundo acadêmico. Para mim, a experiência de ir à praia e a de adentrar o universo acadêmico se tornam muito mais prazerosas e produtivas quando compartilhadas com as pessoas que aprendemos a amar e a admirar. Portanto, nessas idas e vindas à praia e à universidade, tenho muito a agradecer.

À minha família, em especial à minha mãe Lélia Maria, por acreditar em mim e por propiciar condições para que eu pudesse mergulhar nesse novo universo!

Aos meus amigos e às minhas amigas, sem exceção, que fazem de cada encontro, cada conversa, cada sorriso, um momento de verdadeiro refrigério... sombra e brisa em meio à seriedade da vida!

Aos meus queridos amigos mestrandos e às minhas queridas amigas mestrandas do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPG-UFMG) Aline Picardi, Ana Beraldo (Aninha), Ana Paula Almeida (do RH), Anne Rafaela, Bárbara Gonçalves (Barela), Deolinda Turci (Diolis), Everton Cordeiro, Gregório Miranda (Gregs), Luanda Queiroga, João Paulo Bernardes (Jhonis), Naiara Silva, Sara Campos, Thalita Rodrigues, pela alegria de sermos companheiros dessa longa viagem... por fazer dos nossos Tchays, sejam aqueles na cantina da

FAFICH, como aqueles em uma mesa de bar, um momento de paz, descontração, tranquilidade e também de formação política e de verdadeira aprendizagem!

À Prof.^a Celina Modena (FIOCRUZ), amiga e modelo de muita inspiração.... agradeço por me guiar nos primeiros passos nessa praia acadêmica e pela felicidade de pegarmos várias ondas científicas juntos....

Aos meus amigos e às minhas amigas do Grupo de Pesquisa em Memórias, Representações e Práticas Sociais (GPMRPS – UFMG) pelo acolhimento, receptividade e pelos momentos de afeto/aprendizagem... Tenho muito orgulho de pertencer a este grupo!!!

À Prof.^a Ingrid Gianardoli-Nascimento, por participar do meu processo de formação, seja nas bancas, nas disciplinas, nos encontros do GPMRPS ou nas conversas do cotidiano. Por dedicar tempo ao nosso crescimento... muito obrigado!

Aos meus amigos e às minhas amigas do Grupo de Estudos em Representações Sociais (GERES-UFMG), pela amizade gostosa, por compartilharmos saberes, sorrisos e sonhos, dentre eles, as viagens pelos mares da ciência... Há muito de vocês neste trabalho!

Aos educandos e educandas com os quais tive/tenho o privilégio de “ensinar enquanto aprendo e aprender enquanto ensino”. Por tornarem real aquilo que Paulo Freire já nos lembrava: “Importante na escola não é só estudar, não é só trabalhar, é também criar laços de amizade”.

À Prof.^a Maria Isabel Antunes Rocha, pelo afeto, pela amizade e, por cuidar, com tanto carinho da minha formação, desde o início da minha chegada a esta praia acadêmica. É uma honra inexplicável tê-la na minha banca! Obrigado por encher a minha praia de terra vermelha... o meu coração está cheio dela também!

À Prof.^a Zeidi Araújo Trindade, por aceitar o convite de participar da minha banca... e pelos textos que, ainda na graduação, já me inspiravam e aguçavam o meu interesse pelo tema das masculinidades.

À Casa de Apoio às Pessoas com Câncer (CAPEC), em especial, à psicóloga Mariele Duarte e, ao Grupo de Assistência dos Portadores de Câncer (GAPC-BH), especialmente, à Assistente Social, Raqueline Assunção, pela acolhida e por abrirem as portas para que este trabalho se tornasse possível.

Aos Professores e às Professoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFMG), pelos ricos momentos de reflexão e crescimento pessoal e acadêmico.

Ao Prof. Adriano Nascimento, por acreditar na proposta deste trabalho e por cuidar de cada detalhe para que a mesma se concretizasse... pela parceria, pelo respeito, pelas orientações e pela generosidade em compartilhar conhecimentos que me ajudaram a olhar com outros olhos para esse mar da pesquisa em Psicologia.

A todos e a todas que de forma direta e/ou indireta contribuíram para a concretização desta dissertação.... a minha gratidão!

Por fim, agradeço à vida e ao universo, pelas oportunidades de crescimento, aprendizagem e desenvolvimento humano e social! Namastê!!!

*“Somos e temos um corpo, que nos acompanha do nascimento à morte.
Contudo, este corpo não cessa de nos surpreender e inquietar.
Ele nos é familiar e, igualmente, um grande desconhecido.
Entendê-lo é um eterno desafio. Controlá-lo uma tarefa infinita.
Frequentemente vasculhado, nunca, contudo, totalmente compreendido.
Jamais em rascunho, em nenhum momento, porém, acabado”.*

(Sant’Anna, 2005)

RESUMO

Martins, A.M. (2015). *“Eu não sou homem mais!”: Representações Sociais de Corpo para homens após o adoecimento por câncer da próstata*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Ainda hoje, o câncer, em suas múltiplas formas, vem sendo apontado como um importante problema de Saúde Coletiva, desafiando gestores e formuladores de políticas públicas em todo o mundo. Embora apresente taxas de incidência semelhantes entre homens e mulheres, constata-se a maior mortalidade por câncer entre a população masculina brasileira, especialmente relacionada às neoplasias da próstata, indicando assim, a maior vulnerabilidade dos homens a essa enfermidade. Apesar das constantes transformações nas relações de gênero, ainda persiste a representação dos homens como fortes, corajosos, agressivos e invulneráveis, abrindo pouco espaço para manifestação de limitações e para o engajamento em práticas de autocuidado. Desse modo, a adesão aos exames de prevenção das neoplasias e ao tratamento oncológico, bem como o processo de adoecimento, vêm sendo apontados como experiências marcantes, que se contrapõem ao modelo de masculinidade hegemônica. Durante o tratamento oncológico é recorrente que os homens se deparem com uma série de transformações corporais, que exigem a construção de novas formas de conceber e de utilizar os seus corpos cotidianamente. Na perspectiva da Pesquisa Qualitativa e, ancorado nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais e dos Estudos de Gênero, esse estudo tem como objetivo identificar e analisar as Representações Sociais de corpo para homens após o adoecimento por câncer de próstata. Foram realizadas entrevistas narrativas com 08 homens, com idade entre 50 e 70 anos, diagnosticados com essa doença e que realizaram tratamento oncológico, há pelo menos um ano. As entrevistas procuraram explorar as narrativas dos homens acerca do processo de adoecimento por câncer e tratamento oncológico, a percepção de mudanças corporais, as implicações psicossociais da nova corporalidade, as representações sociais do corpo e, ainda, a maneira como estes sujeitos constroem suas representações. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da Abordagem Fenomenológica Interpretativa. Os resultados apontam que antes do adoecimento, os participantes representavam seus corpos como fortes, resistentes e saudáveis, tendo no modelo de masculinidade hegemônica um importante ponto de ancoragem para estas representações. A ausência de sintomas que provocassem desconfortos corporais contribuiu para a ideia de não ter nada. A busca por serviços de saúde somente ocorreu após a manifestação e agravamentos dos primeiros sintomas, que limitaram suas ações diárias e alteraram o seu cotidiano. O adoecimento por câncer da próstata e as propostas de tratamento oncológico, em especial, a prostatectomia, foram destacados pelos participantes como uma experiência marcante e produtora de grande desconforto físico e psicológico. Após o adoecimento, os homens passaram a representar os seus corpos como frágeis, doentes e debilitados. Os entrevistados chamam a atenção para o impacto das transformações corporais, especialmente aquelas relacionadas às disfunções sexuais e urológicas, nos modos de pensar, sentir e agir, em relação à própria masculinidade. Nesse sentido, as limitações impostas pelo adoecimento e tratamento oncológico se contrapõem ao modelo de masculinidade hegemônica, favorecendo o sentimento de ser menos homem do que antes do adoecimento. Apesar de se configurar como uma experiência triste e difícil de ser suportada, o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico também abriu espaço para que os homens reelaborassem suas concepções acerca de seus corpos e, ao mesmo tempo, parece ter favorecido um espaço para construção de novas formas de se pensar e exercitar a própria masculinidade.

Palavras-chave: Corpo; Neoplasias; Masculinidade; Representações Sociais.

ABSTRACT

Martins, A. M. (2015). *“I am not so man”*: Social Representations of the body to men after the illness by prostate cancer. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Even today, the cancer in its many forms is regarded as an important Public Health problem, challenging managers and public policymakers around the world. Although it has similar incidence rates between men and women, is evidenced the higher mortality from cancer in Brazilian males, especially related to prostate cancer, thus indicating the greater vulnerability of men to this disease. Despite constant changes in gender relations, there is still the representation of men as strong and brave, aggressive and invulnerable that opens little space for expressions of limitations and for them to engage in self-care practices. Thus, the adherence to preventive cancer screening and to oncological treatment, as well as the sickening process, has been pointed out as remarkable experiences, they have been pointed out as powerful experiences, which are opposed to the hegemonic masculinity model. During oncological treatment is recurrent that men find a series of body changes, requiring the construction of new ways of designing and using their bodies daily. During oncological treatment is recurrent that men find a series of body changes, requiring the construction of new ways of designing and using their bodies daily. From the perspective of Qualitative Research, and anchored on the assumptions of the Social Representations Theory and the Gender Studies, this study aims to identify and analyze the social representations of body for men after the illness from prostate cancer. Narrative interviews were conducted with 08 men with ages ranging from 50 and 70 years, diagnosed with this disease and who had undergone oncological treatment, at least one year. The interviews looked explore the narratives of men about the illness process of cancer and oncological treatment, the perception of the body changes, the psychosocial implications of the new corporeality, the social representations of the body and also the way these guys build their representations. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using the Interpretative Phenomenological Approach. The results show that before the illness, the participants represented their bodies as strong, sturdy and healthy taking in the hegemonic masculinity model an important anchorage point for these representations. The absence of symptoms that cause bodily discomforts contributed to the idea of not have anything. The search for health services only occurred after the manifestation of the first symptoms and its exacerbations, which limited their daily actions and change their daily lives. Participants mentioned the illness by prostate cancer and oncological treatment proposals, in particular the prostatectomy, as a remarkable experience that producer of great physical and psychological discomfort. After the illness, the men began to represent their bodies as fragile, sick and weak. Those interviewed point to the impact of body changes, especially those related to sexual and urological dysfunctions in ways of thinking, feeling and acting in relation to his masculinity. Accordingly, the limitations imposed by illness and oncological treatments are opposed to the hegemonic masculinity model, favoring the feeling of being less a man than before the illness. Although it is

configured as a sad experience and difficult of being supported, the illness by cancer and oncological treatment also contributes to men rework their conceptions of their bodies and at the same time, favored the construction of new ways of thinking and exercise their masculinity.

Keywords: Body; Neoplasms; Masculinity; Social Representations.

LISTA DE FIGURAS

Quadro I – Perfil dos participantes.....	66
Quadro II – RS de corpo dos homens no período anterior à manifestação dos primeiros sintomas do câncer da próstata.....	186
Quadro III – Impactos do adoecimento por câncer da próstata e do tratamento na corporalidade.....	188
Quadro IV – RS de corpo dos homens no período posterior ao diagnóstico de câncer da próstata e do tratamento oncológico.....	189

LISTA DE SIGLAS

AFI	Abordagem Fenomenológica Interpretativa
ACA	American Cancer Society
CAPEC	Casa de Apoio às Pessoas com Câncer
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
ILDV	Inspetoria de Lepra e de Doenças Venéreas
ILDVC	Inspetoria da Lepra, Doenças Venéreas e Câncer
MG	Minas Gerais
NCIN	National Cancer Intelligence Network
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSA	Prostate Specific Antigen
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
Câncer: aspectos epidemiológicos e construção social da doença.....	18
Câncer e Masculinidades: impactos na prevenção e no tratamento oncológico	29
Corpo e Masculinidades no processo de adoecimento e tratamento oncológico	41
REFERENCIAL TEÓRICO EMETODOLÓGICO	51
OBJETIVOS	59
Objetivo Geral.....	59
Objetivos Específicos.....	59
MÉTODOS	60
RESULTADOS	66
Paulo: “eu não sou homem mais”	66
Plínio: “Eu tenho assim na cabeça que talvez se eu não tivesse feito a cirurgia, talvez até hoje eu tava com a esposa do meu lado”	82
Pacheco: “Eu falei com Deus: eu quero entregar o meu corpo, devolver o meu corpo do mesmo jeito que eu recebi”	94
Péricles: o corpo humano “é uma máquina” que “pode estar funcionando agora, normal e, no outro dia já não estar mais”.....	106
Pierre: “o câncer é a doença mais perigosa que tem (...) é doença matadora!”	113
Patrício: “o câncer é uma doença como qualquer outra”	122
Pablo: “Você faz a cirurgia e aí você fica pensando: eu não sou homem mais”	128
Pedro: “Se todos os câncer for isso... (...) câncer pra mim não existe”	138
Vivências Compartilhadas	145
DISCUSSÃO	170
RS de corpo e o cuidado dos homens com a saúde.....	170
A experiência de adoecimento por câncer e o tratamento oncológico.....	176
Impactos do adoecimento e do tratamento oncológico nas RS de corpo.....	181
As RS de corpo antes e após o adoecimento por câncer	185

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	192
APÊNDICE I - ROTEIRO ORIENTADOR DAS ENTREVISTAS.....	208
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	211

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as Representações Sociais de corpo para homens, após o processo de adoecimento por câncer da próstata. O interesse pelo tema surgiu através da inserção dos pesquisadores no campo dos estudos sobre masculinidades e, a partir da atuação de um dos autores como estagiário de Psicologia de um hospital referência em Oncologia e, ainda, por meio de sua experiência como bolsista de iniciação científica em projetos de pesquisa voltados para o desenvolvimento de ações e materiais educativos voltados para homens com câncer.

Atualmente, o câncer da próstata vem se constituindo como o principal de tipo de neoplasia que acomete a população masculina mundial, em constante e acelerado crescimento. Apesar dos esforços para conter esta doença, milhares de novos casos vem sendo registrados anualmente, resultando em um grande número de óbitos e internações hospitalares.

Como os avanços das propostas de tratamento e o investimento em estratégias de diagnóstico precoce, vem crescendo o número de homens que sobrevivem ao tratamento desta doença. Entretanto, esses sujeitos passam a conviver com uma rotina, marcada por tratamentos e cuidados de saúde específicos constantes, além e vivenciar uma série de transformações corporais que contribuem para um desconforto físico e psicológico.

Assim, cabe questionar: que Representações Sociais (RS) de corpo são construídas por homens após o adoecimento por câncer da próstata? Como esses homens vivenciam o processo de transformação de seus corpos e se posicionam frente à facticidade de construção de uma nova corporalidade após o adoecimento e tratamento oncológico? Como essas representações são construídas? Essas são algumas das questões que este estudo buscará compreender.

CÂNCER: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA

Nas últimas décadas, o câncer, em suas múltiplas formas, vem sendo considerado um dos mais importantes problemas de Saúde Coletiva, desafiando gestores e formuladores de políticas públicas, em todo o mundo (NCIN, 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define esta enfermidade como um processo de crescimento e disseminação desordenados de células que pode se manifestar em qualquer parte do corpo e, em alguns casos, espalhar-se para outras regiões do organismo (WHO, 2013). Ao se dividirem rapidamente, tais células se tornam agressivas e incontroláveis, contribuindo para formação de tumores que podem ser malignos ou benignos, dependendo das características das células acumuladas (INCA, 2013a).

Embora seja uma doença antiga e há muito tempo estudada no campo biomédico, ainda hoje há um intenso debate acerca dos fatores que compõem a base etiológica das neoplasias. Cada vez mais, constata-se a complexidade dessa enfermidade, marcada por causas multivariadas e multideterminadas, que incluem fatores internos, relacionados à hereditariedade, e externos ao organismo, relacionados a causas ambientais, estando ambos inter-relacionados (INCA, 2013a).

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), apesar da importância dos aspectos hereditários, cerca de 80% a 90% dos casos de cânceres encontram-se associados a fatores ambientais, como, por exemplo, ao tabagismo para as neoplasias do pulmão, à exposição excessiva e/ou desprotegida ao sol para os cânceres de pele, e a alguns vírus, quando considerada a leucemia (INCA, 2013b). Na mesma direção, a *American Cancer Society* (ACA) aponta para a carga genética, o uso de tabaco, a dieta alimentar inadequada, a ausência de prática de atividades físicas, a exposição ao sol e à radiação como os principais fatores ambientais que podem interferir no desenvolvimento de neoplasias (ACA, 2013).

Apesar do crescente investimento no desenvolvimento de estratégias, programas e políticas públicas de saúde voltados para a prevenção, controle e diagnóstico precoce das neoplasias, as taxas de morbidade e mortalidade por essa doença continuam em ascensão (IARC, 2008; INCA, 2013c). Estima-se que até o ano de 2030 ocorrerão, em todo o mundo, aproximadamente 27 milhões de novos casos de cânceres e 17 milhões de mortes por essa doença, resultando em cerca de 75 milhões de pessoas convivendo anualmente com algum tipo de neoplasia (INCA, 2013c).

No Brasil, para o ano de 2014, estima-se a ocorrência de cerca de 394.450 novos casos de cânceres, sendo 203.930 casos entre a população masculina e 190.520 entre a feminina¹ (INCA, 2013c). Tratando-se das mulheres brasileiras, os tipos de cânceres mais incidentes são os tumores da mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão, estômago, tireoide e ovário. Já entre os homens brasileiros, os tipos mais incidentes de neoplasias são os cânceres da próstata, pulmão, cólon e reto, estômago, cavidade oral, leucemias e esôfago (INCA, 2013c)². No que se referem aos cânceres da próstata, especificamente, para o biênio 2014-2015, são esperados cerca de 69 mil novos casos deste tipo de neoplasia entre os homens brasileiros, revelando-se como um problema de saúde urgente e de grandes proporções (INCA, 2013c).

Nas últimas décadas, tornaram-se evidentes e difundidos os avanços científicos e tecnológicos no âmbito da oncologia que permitiram uma maior compreensão acerca dos aspectos nosológicos, etiológicos e epidemiológicos dos diferentes tipos de cânceres. Entretanto, é preciso considerar que, ainda hoje, o câncer carrega consigo marcas de um processo sócio-histórico, cultural e político que contribuiu para a forte associação da enfermidade e do doente às ideias de castigo, morte, pecado e sofrimento, dentre outras (Silva, 2009).

¹Exceto cânceres de pele não melanoma. Total de novos casos com esse tipo de neoplasia: 576.580

² A estimativa do INCA exclui desse número os casos de cânceres de pelo não-melanoma.

As primeiras menções aos tumores malignos na história da medicina, remontam ao ano 3.000 a.C, entre os povos egípcios, persas e indianos. Porém, é no cenário da medicina hipocrática grega que o câncer receberá suas primeiras tentativas de definição e serão ensaiadas as primeiras propostas de tratamento. Nesse contexto, a doença era referida como um tumor duro, causado por desequilíbrio dos fluidos que constituíam o organismo e que necessitava ser extirpado, correndo o risco de espalhar-se pelo corpo ou mesmo reaparecer após sua retirada (Teixeira &Fonseca, 2007; Teixeira, 2009).

A compreensão do câncer como uma enfermidade total do organismo perdurou durante séculos, sendo questionada e problematizada a partir de meados do século XVIII, especialmente a partir dos avanços nos estudos da influência do sistema linfático no aparecimento de doenças no organismo. A partir desse período, o câncer ganha um caráter de doença localizada em uma parte específica do corpo, acompanhando assim um processo de reformulação das concepções e práticas médicas desse período específico (Teixeira &Fonseca, 2007; Teixeira, 2010).

É preciso destacar que, seja por deficiência e incipiência das práticas epidemiológicas da época, ou mesmo devido a menor expectativa de vida da população mundial desse período, os cânceres, embora já evidenciados e minimamente descritos, não apresentavam relevância estatística significativa que justificasse grandes investimentos para seu estudo e controle. A existência e a possibilidade de adoecimento por câncer era praticamente desconhecida pela população leiga, especialmente nos países não-europeus, como o Brasil (Teixeira &Fonseca, 2007; Teixeira, 2009).

O mesmo se repetia nos contextos acadêmicos, científicos e clínicos, de modo que, durante séculos, a nosologia, a etiologia e as possibilidades terapêuticas para enfrentamento das neoplasias configuraram-se como um grande enigma para a medicina. Por outro lado, a dificuldade de compreensão das causalidades e sistematização da evolução e tratamento dessa

doença mobilizaram diversos debates na comunidade médica internacional, contribuindo para a produção e difusão de saberes a esse respeito (Teixeira &Fonseca, 2007).

Ao contrário de outras enfermidades presentes nesse período histórico, quanto mais se estudava sobre o câncer, maior era a clareza a respeito da complexidade e do desconhecimento da comunidade médico-científica sobre a mesma. Segundo Teixeira e Fonseca (2007), o caráter cada vez mais enigmático da doença, somado à negatividade dos prognósticos dos pacientes que, em geral, evoluíam para quadros marcados por sofrimento e morte, aumentavam o interesse e produziam o pavor da comunidade científica pelo câncer, posteriormente também difundido entre a população leiga³, especialmente a partir da hipótese de uma possível contagiosidade dessa enfermidade.

Diante do incômodo produzido pelo desconhecimento de propriedades detalhadas dos cânceres, pesquisadores e médicos recorriam a modelos de compreensão de outras doenças com elevada prevalência e incidência na época, em especial, a tuberculose, a sífilis e a até então pouco conhecida cientificamente, mas já temida pela população, hanseníase, também intitulada como lepra. As tentativas de aplicação desses modelos ao estudo dos cânceres contribuíram para o desenvolvimento de práticas segregacionistas como, por exemplo, o isolamento social dos cancerosos, a internação compulsória dos doentes e a criação de asilos para tumorosos e, conseqüentemente, a estigmatização dos enfermos na sociedade (Teixeira &Fonseca, 2007).

A partir do final do século XIX e início do século XX, o câncer passa a ser um tema recorrente nos encontros científicos da comunidade médica e científica mundial, deixando de ser uma doença desconhecida e passando a se configurar como um problema médico. Ao

³Cabe destacar que, no presente estudo, o termo população leiga foi utilizado em contraposição ao grupo composto por cientistas e profissionais de saúde. Os autores reconhecem que a população leiga não deve ser considerada como um grupo sem conhecimento ou, ainda, apresentando um conhecimento menor. Antes, trata-se de considerar que ambos os grupos se orientam por modos de pensar distintos, tendo em vista as diferenças relacionadas ao acesso a informação e as singularidades do contexto no qual cada um desses sujeitos existem.

mesmo tempo, essa enfermidade passa a assumir um status de ameaça social significativa, tendo em vista o seu potencial de acometer indivíduos de ambos os sexos, de diferentes idades, raças e classes sociais. É nesse mesmo período que diversos médicos e pesquisadores brasileiros começam a ter os primeiros contatos com estudos sistemáticos sobre as neoplasias, ainda com baixa notificação no Brasil (Teixeira, Porto & Habib, 2012).

À medida que a comunidade médica brasileira aumentava sua participação nos grupos de pesquisas internacionais, bem como em encontros e congressos científicos voltados para discussão de temas em oncologia, tornavam-se cada vez mais urgente o desenvolvimento e implementação de ações governamentais para estudo do câncer no cenário brasileiro. Percebia-se ainda a necessidade de desenvolvimento de análises epidemiológicas, bem como da criação de instituições específicas voltadas para o diagnóstico precoce e o tratamento de neoplasias (Teixeira, Porto & Habib, 2012).

Vale ressaltar que nas primeiras décadas do século XX o Brasil já assistia a um processo, ainda que incipiente, de reformulação dos serviços de saúde e reorientação das ações de cuidado, com vistas a uma reforma sanitária. Nesse sentido, em novembro de 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) com o objetivo de fazer a gestão da saúde pública no país, com atenção especial aos principais agravos e enfermidades que acometiam a população brasileira da época.

Considerando-se a forte crença na possibilidade de contaminação e propagação do câncer, as ações em oncologia foram inseridas no escopo de atuação da Inspeção de Leprosia e de Doenças Venéreas (ILDV) do DNSP, reforçando mais uma vez a sua forte associação a outras enfermidades também estigmatizadas. Teixeira e Fonseca (2007) ressaltam que, nesse período, o câncer deixa de ser um objeto de interesse médico e passa a ganhar status de um problema de Saúde Pública, de grande importância.

O interesse acadêmico pela enfermidade até então enigmática, somado ao aumento do número de novos casos no país, contribuiu não apenas para o aumento de pesquisas, como também para o surgimento de diferentes instituições, serviços e ações em saúde voltados para estudos, diagnósticos e tratamento dos diferentes tipos de cânceres no Brasil. Dentre essas instituições destacam-se o Instituto de Radium de São Paulo, criado em 1929 e popularmente conhecido como porta do céu, devido ao grande índice de mortalidade entre os pacientes que o utilizavam; a Liga Paulista de Combate ao Câncer e a Liga Baiana Contra o Câncer, ambas criadas em 1934; o Serviço Nacional do Câncer, em 1941; o Instituto Nacional de Câncer e a Seção de Organização e Controle, criados em 1944, dentre muitos outros (Teixeira &Fonseca, 2007).

Em geral, as ações de controle do câncer no país consistiam no investimento em campanhas para diagnóstico precoce, notificação compulsória dos casos identificados e tratamento dos enfermos. Cabe ressaltar que as possibilidades de cura da doença nesse período eram extremamente incipientes. Desse modo, importância significativa foi dada às ações de esclarecimento da população brasileira leiga que, até então, desconhecia a existência e a magnitude da enfermidade. Nesse período, começou a ser difundida no país a ideia, ainda presente nos discursos atuais, de que, caso a doença fosse identificada precocemente, maior seriam as possibilidades de cura (Teixeira &Fonseca, 2007).

É nesse mesmo período que os conhecimentos sobre o câncer deixam de estar restritos aos centros de pesquisas, universidades e serviços de saúde e passam a circular entre a população leiga brasileira, por meio de ações nacionais de educação sanitária, organizadas pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária. Essas ações integraram a Campanha Nacional do Câncer, sendo as primeiras delas elaboradas pelo médico Mario Kroeff, diretor da Inspeção da Lepra, Doenças Venéreas e Câncer (ILDVC), criada como substituta da antiga ILDV (Teixeira &Fonseca, 2007; Teixeira, 2010).

Desse modo, a partir de meados do século XX, foram produzidos diversos folhetos informativos, cartazes e outros materiais impressos que passaram a circular entre diferentes contextos do país (Juberg & Verjovsky, 2010). Com o aperfeiçoamento dos meios de comunicação de massa, a temática do câncer também esteve presente em exposições itinerantes em locais públicos, programas e anúncios de rádio, propagandas de jornais e revistas periódicas e, posteriormente, em diversos espaços na televisão e cinema, exibidos em rede nacional (Juberg, Gouveia, & Belisário, 2006; Juberg & Macchiute, 2007; Juberg & Verjovsky, 2010; Costa & Teixeira, 2010; Juberg, Verjovsky, Pereira & Teixeira, 2012).

Deve-se considerar que a popularização de conhecimentos sobre o câncer no Brasil foi orientada por uma perspectiva de educação sanitária que enfatizava a transmissão de informações e conselhos sanitários acerca de aspectos biomédicos das enfermidades e, muitas vezes, culpabilizavam os indivíduos adoecidos pelo próprio adoecimento.

Tratando-se das primeiras práticas educativas brasileiras em oncologia, as mesmas situavam os enfermos de câncer juntamente a outros grupos de pacientes marginalizados, especialmente, os leprosos, tuberculosos, sífilíticos e doentes mentais. Estas ações compunham o espoco de propostas da ILDVC (Bertolli Filho, 2002).

Tal associação contribuiu para o fortalecimento do processo de estigmatização dos enfermos por câncer que, junto a outros grupos de indivíduos, passavam a ser temidos e excluídos de uma sociedade que, cada vez mais, temia o contágio da doença. Nesse sentido, eram recorrentes os conselhos para que a população sadia se afastasse dos pacientes denominados debilitados e cancerosos, especialmente no que se referia às crianças que, dada à sua suposta ingenuidade, poderiam configurar-se como alvos frágeis para transmissão pelo contato (Bernolli Filho, 2002).

Outra característica importante também marcava as ações de educação sanitária do câncer no país: o forte apelo ao medo e à morte como estratégia para mobilização da

população às ações de diagnóstico precoce. Analisando as primeiras campanhas educativas contra o câncer no país, Costa e Teixeira (2010) destacam que, em grande parte dos materiais impressos e de divulgação, era recorrente a presença de figuras e metáforas que reafirmavam a periculosidade da doença, especialmente representada por um grande caranguejo vermelho, que muitas vezes era retratado destruindo sujeitos com seus tentáculos, sobretudo mulheres, e devastando cidades inteiras, ilustrando assim o potencial destruidor da enfermidade.

Ainda no que se refere aos primeiros materiais educativos, chama a atenção a utilização de imagens e termos bélicos para se referir às ações de diminuição da doença no cenário nacional. Vale ressaltar que o Dr. Kroeff, principal idealizador das práticas de educação sanitária em oncologia desse período, além de médico também atuou como combatente na Primeira Guerra Mundial, de modo que a linguagem utilizada nas campanhas contra o câncer também reproduziam termos bélicos, até hoje utilizados, como por exemplo, luta, combate, armas. Também eram comuns nessas campanhas a inserção de imagens de soldados e aviões de guerra, espadas, punhais e outros armamentos, em uma clara menção ao posicionamento do país em relação aos novos inimigos: os cânceres (Rocha, 2010).

Soma-se ainda a esse conjunto de referências o forte apelo às consequências nefastas do câncer ao corpo dos indivíduos acometidos pela enfermidade. Em grande parte dos materiais educativos difundidos nesse período é possível encontrar imagens de corpos com tumores avançados, órgãos deteriorados e mutilados, bem como descrições que visavam provocar nas pessoas o medo de contrair a doença e incentivar a busca pelas ações de prevenção e diagnóstico precoce.

Segundo Costa e Teixeira (2010), a difusão dos conhecimentos sobre o câncer por meio desses materiais produziu uma cancerofobia na população brasileira que, apesar de muito criticada, era vista com bons olhos pelo seu idealizador, Dr Kroeff. Mas, conforme destacam Ramos, Carvalho e Mangiavicalli (2007), o forte apelo à dimensão da morte,

presente nas campanhas e materiais educativos de oncologia, apesar de ser impactantes, também são imobilizantes. Para os autores, ao associar a luta contra o câncer à figura da morte, os sujeitos veem-se diante de um inimigo simbolicamente poderoso, diante dos quais são impotentes, restando apenas a fuga e o distanciamento do diagnóstico como possibilidades de enfrentamento da enfermidade.

Desse modo, o câncer, até então desconhecido pela população leiga brasileira, passa não apenas a ser difundido, como também temido e seus portadores estigmatizados. Entretanto, as concepções relacionadas ao contágio, ao medo, à morte e à exclusão associadas ao câncer e aos portadores da doença, não se restringiam à população leiga. Também encontravam-se presentes nos discursos médicos e acadêmicos vigentes (Juberg, Gouveia, & Belisário, 2006; Juberg & Verjovsky, 2010).

Analisando as representações dos portadores de câncer no estado de São Paulo na primeira metade do século XX, Bertolli Filho (2002) chama a atenção para a forte estigmatização dos enfermos, que passavam a ser caracterizados nos materiais educativos com termos associados à própria enfermidade, como, por exemplo: asquerosos, sórdidos e repugnantes. Ainda segundo o autor, também eram recorrentes explicações para o aumento de casos de cânceres alicerçadas em valores morais e ideológicos da época, como, por exemplo, a ampliação do número de cinemas nas grandes cidades, refeições rápidas e irregulares, uso de trajes impróprios, em especial, roupas femininas apertadas, como cintas, saias justas, além do uso de sapatos de salto alto, meias de seda, maquiagem exagerada, dentre outros.

Também era recorrente a associação do surgimento da doença à degenerescência espiritual, ao aborto, ao ócio e, principalmente, à promiscuidade. Soma-se ainda a esse conjunto de argumentos que associavam o câncer ao aumento do número de empregados nordestinos e nipônicos nos domicílios burgueses paulista, à homo e à bissexualidade, à

prática do sexo oral e anal entre casais homo e heterossexuais, como também à legitimação do casamento de mães solteiras no país (Bertolli Filho, 2002).

Em seu estudo histórico, Bertolli Filho (2002) apresenta um trecho da obra “Alerta: o perigo social dos cancerosos”, do cirurgião dentista (!!!) D’Aville (1947), voltado para o esclarecimento da população brasileira sobre a doença enigmática, que ilustra o uso das ideias cancerofóbicas:

O câncer só acomete os fracos e corruptos do espírito. As prostitutas e os rufiões, os vagabundos e as esposas que não honram o casal são os principais atacados pelo mal. Pior que isto, estas pessoas mostram-se felizes (sic) em disseminar a doença, tocando os sadios, mormente as crianças. São uns monstros que beijam as crianças, tocam os corpos impolutos com suas chagas para disseminar o câncer entre os inocentes e desavisados. (...) A Saúde Pública e a Polícia deveriam formar batalhões especiais para localizar, prender e remeter para bem longe das cidades esses criminosos. A maior parte da legião destes doentes são imigrantes, vindo da Japão, da China ou mesmo do Norte e Nordeste do Brasil e que deveriam ser remetidos para seus locais de origem, deixando assim em paz a gente paulista, que não quer outra coisa sinão (sic) a saúde para poderem trabalhar e perpetuar São Paulo como o estado dirigente da nação. (...) Como cirurgião dentista que honra os sagrados compromissos da profissão, evito atender a estes infames pacientes. Mais do que a piedade que devemos nutrir pelos condenados à morte, o que eles merecem é nosso repúdio. Todos aqueles que hoje negam a validade das minhas palavras verão em pouco tempo que tenho razão. Exclua-se os cancerosos do convívio com os sadios e São Paulo e o Brasil será uma terra menos poluída, mais saudável porque com menor degradação moral” (D’Aville apud Bertolli Filho, p. 22-23).

Esse conjunto de ideias, concepções e valores acerca do câncer e dos acometidos por essa enfermidade contribuía para a construção de representações acerca do câncer e dos enfermos que não ficaram restritas ao século XX, mas que ainda hoje circulam nos discursos de alguns profissionais de saúde e em parte da população leiga, como também, podem ser percebidos nos materiais educativos e campanhas largamente difundidas, ainda que com uma proposta estética completamente distinta das anteriores.

Assim, o medo e o pavor associados à doença vêm sendo identificados em diversos estudos, com populações diferentes, sejam elas pacientes, cuidadores familiares, profissionais de saúde e população em geral (Juberg & Macchiute, 2007; Malta, Schall & Modena, 2009; Malta, Schall, Reis & Modena, 2009; Silva, 2009; Rezende, Schall & Modena, 2011; Juberg

et al., 2012; Almeida, Martins, Rezende, Schall & Modena, 2013; Modena, Martins, Ribeiro & Almeida, 2014).

Apesar das mudanças nas estratégias educativas e de mobilização que, a partir da década de 1990, passam a enfatizar a vida e não apenas o adoecimento, o temor ao câncer ainda mostra-se como um grande impeditivo para pronunciamento do seu nome (aquela doença, o C.A., aquele mal, dentre outros), como também vem sendo apontado como uma importante barreira para a busca de diagnóstico e tratamento precoces e manutenção do tratamento oncológico (Silva, 2009).

Analisando a veiculação de notícias sobre o câncer em 12 emissoras brasileiras de televisão nos anos de 2006 e 2007, Juberg & Verjovsky (2010) apontam para resquícios da cancerofobia difundida nas décadas anteriores. As autoras constataam importantes mudanças na abordagem das veiculações que agora apresentam uma estética pouco aterrorizante e que também inclui temas como prevenção dessa enfermidade. Entretanto, as autoras observam uma menor veiculação dessas reportagens aos domingos e feriados, especialmente aqueles com grande mobilização da família, como, por exemplo, o Natal, revelando que nesses dias são priorizados temas felizes, restringindo a veiculação daqueles ainda associados à ideia da morte, como o câncer.

Nota-se, portanto, que, apesar dos avanços em novas terapêuticas para tratamento dos cânceres, o mesmo ainda é veiculado no discurso de parte da população leiga e de profissionais de saúde como uma doença grave e estigmatizada, cercada de mitos e crenças que a tornam, ainda hoje, em uma das mais temidas dos nossos tempos.

CÂNCER E MASCULINIDADES: IMPACTOS NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Sem desconsiderar a importância dos aspectos biológicos e hereditários, cada vez mais constata-se a necessidade de se considerar as implicações de gênero no processo de prevenção e diagnóstico precoce das neoplasias, na maneira como homens e mulheres vivenciam a experiência de adoecimento por câncer e nos modos como estes aderem ao tratamento oncológico (Branney, 2008; Wilkins, Thomson, Forman & Meryn, 2008; Xavier *et al.*, 2010; Costa Junior & Maia, 2009; Martins, Gazzinelli, Lima & Modena, 2013a; Modena, Martins, Ribeiro & Almeida, 2013; Modena, Martins, Ribeiro & Almeida, 2014).

De acordo com a *National Cancer Intelligence Network* (NCIN, 2009), os homens apresentam riscos significativamente maiores para serem acometidos por tumores comuns a ambos os sexos. Analisando a incidência e mortalidade por câncer entre a população do Reino Unido, a NCIN aponta para a maior incidência e mortalidade por câncer entre os homens, bem como para um maior número de casos de cânceres fatais entre esse público específico. Em um estudo semelhante, White, Thomson, Forman & Meryn (2010) também constataram maiores taxas de incidência, reincidência e óbitos por câncer entre os homens do Reino Unido associadas a uma menor taxa de sobrevivência, quando comparados às mulheres do mesmo contexto.

Wilkins *et al.* (2008) destacam que as questões de gênero, juntamente às diferenças étnicas, raciais e de classe, configuram-se como dimensões importantes a serem consideradas no delineamento de práticas em oncologia, especialmente aquelas situadas no âmbito da Atenção Primária, voltadas para a prevenção e diagnóstico de neoplasias. Os autores destacam que, embora importantes, as questões de gênero ainda encontram dificuldades para serem inseridas no âmbito das políticas públicas em oncologia.

Quando comparados às mulheres, os homens apresentam uma menor adesão às ações de prevenção e diagnóstico precoce e uma busca tardia por serviços e profissionais de saúde, resultando em atendimentos em estágios já avançados de adoecimento e com reduzidas possibilidades de tratamento, cura e reabilitação (Gomes, 2008; Gomes, Nascimento, Rebello & Araújo, 2008; Wilkins *et al.*, 2008; Amorin *et al.*, 2011; Modena *et al.*, 2014). O mesmo ocorre após a constatação do câncer, uma vez que os homens também apresentam dificuldades de aderir aos tratamentos propostos e de se adaptar à nova rotina de cuidados (Costa Junior & Maia, 2009; Mesquita, Moreira & Maliski, 2011; Martins, Gazzinelli, Almeida & Modena, 2012; Burille, Schwartz & Zillmer, 2013).

Tratando-se do contexto brasileiro, embora sejam observadas taxas de incidência e prevalência de câncer relativamente semelhantes entre ambos os sexos, constata-se uma maior mortalidade entre a população masculina (INCA, 2013b). Segundo dados do Atlas de Mortalidade por Câncer do INCA, no período entre 1979 a 2011, a taxa bruta de mortalidade por câncer entre os homens brasileiros foi de 73,6 por cem mil habitantes, contra 60,57 por cem mil entre as mulheres (INCA, 2013b). Atualmente, a mortalidade por neoplasias (tumores) configura-se como a terceira principal causa de morte entre a população masculina brasileira (Schwarz *et al.*, 2012).

Conforme já destacado anteriormente, não há um consenso entre a comunidade científica sobre as causas das neoplasias. Cada vez mais o câncer é considerado como uma doença multifatorial e multideterminada, onde fatores biológicos e hereditários se somam a aspectos comportamentais e ambientais, relacionados ao contexto e ao estilo de vida (INCA, 2014). No que se refere a esses últimos, estudos apontam que os modos pelos quais os homens concebem e vivenciam suas masculinidades podem interferir diretamente em seu bem estar, nas suas práticas de autocuidado e nas suas condições de saúde, favorecendo assim a manifestação e o agravamento de doenças crônicas como o câncer (Gomes, 2008; Courtenay, 2009).

Ainda hoje, persiste a caracterização dos homens como seres fortes, autossuficientes e invulneráveis contribuindo para o maior distanciamento desses sujeitos dos serviços de saúde e das práticas de autocuidado (Gomes, 2008). Adicionalmente, atributos como a coragem, a força física, a agressividade e a violência passam a ser socialmente reconhecidos como tipicamente masculinos, abrindo pouco espaço para manifestação de limitações e fragilidades, como aquelas impostas pelas situações de adoecimento (Braz, 2005; Galdas, 2009; Tonelli & Muller, 2011). Ao contrário das mulheres, os homens, desde a infância, são incentivados a suportar o sofrimento físico e emocional, a ocultar suas limitações e negligenciar suas fragilidades (Gomes, 2008; Medrado, Lyra, Azevedo, Granja & Vieira, 2009).

Tais comportamentos e crenças refletem o modelo de masculinidade hegemônica, que, segundo Connel (1995), refere-se a um modo específico de ser-homem difundido cotidianamente por meio de diferentes instituições sociais, como, por exemplo, a família, a escola, o trabalho, dentre outras, e que exigem que os homens, desde tenra idade, persigam e exerçam comportamentos e atitudes que atestem, frente aos demais membros do grupo, a sua virilidade e hombridade.

Por outro lado, é preciso considerar que tal modelo de masculinidade, embora hegemônico, não se refere ao único padrão difundido, idealizado e incorporado (Connell, 1998). Assim, faz-se necessário reconhecer a coexistência de uma diversidade de maneiras de exercício da masculinidade que, dado seu caráter sócio histórico e político, sofrem influências dos contextos nos quais os homens que as incorporam vivem (Connell & Messerschmidt, 2013). Frente às multiplicidades de possibilidades de exercício do ser-homem, Connel (1995) aponta para a necessidade de se pensar em masculinidades, no plural, tendo em vista as variações desses padrões em função de elementos como cor/raça, classe social, orientação sexual, geração, tradições culturais, dentre outros.

Kimmel (1998) chama atenção para o fato de que a coexistência de múltiplas masculinidades também se encontra perpassada por uma disputa hierárquica e de poder, de modo que o modelo de masculinidade hegemônica somente se estabelece por meio da subordinação de outros padrões poucos valorizados, denominados por ele como subalternos. Nesse grupo encontram-se todos aqueles homens que assumem concepções de ser-homem e práticas de masculinidades que se distanciam e/ou contrapõe-se aos padrões estabelecidos pelo modelo hegemônico e se aproximam daqueles culturalmente atribuídos às mulheres, como, por exemplo, os grupos de homens homossexuais.

Analisando a disputa de poder entre o modelo de masculinidade hegemônica e outros padrões de masculinidades, Connel e Messerschmidt (2013) afirmam:

A masculinidade hegemônica se distinguiu de outras masculinidades, especialmente das masculinidades subordinadas. A masculinidade hegemônica não se assumiu normal num sentido estatístico; apenas uma minoria dos homens talvez a adote. Mas certamente ela é normativa. Ela incorpora a forma mais honrada de ser homem, ela exige que todos os outros homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens (p. 245)

Nessa perspectiva, as masculinidades referem-se a uma construção social produzida no âmbito de uma intensa disputa de poder, seja dos homens sobre as mulheres, como também entre os próprios homens (Kimmel, 1998). Ainda nessa direção Silva (2000) destaca que o processo de construção da identidade masculina exige que os meninos se afastem de quaisquer atitudes e comportamentos socialmente denominados de femininos e das práticas que os comparem aos homens homossexuais. Desse modo, é necessário que os homens, constantemente, deem provas de sua virilidade e a atestem frente aos demais membros do grupo, visando obter não apenas status nessa tessitura hierárquica, como também o reconhecimento de sua hombridade pelas mulheres e outros homens.

Os sentidos atribuídos ao ser-homem, permeados pelas imposições do modelo hegemônico de masculinidade, também vêm sendo apontados como fatores que dificultam e, em alguns casos, impossibilitam o desempenho de práticas adequadas de autocuidado e a

utilização dos serviços de saúde por esse público específico (Gomes, 2008; Galdas, 2009; Courtenay, 2009).

Estudos realizados em diferentes contextos apontam para a dificuldade de mobilização dos homens para as ações em saúde, especialmente aquelas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de enfermidades (Gomes *et al.*, 2011a; Jatrana & Crampton, 2012; Vieira, Gomes, Borba & Costa, 2013). Por outro lado, observa-se uma maior recorrência de uso de automedicação entre a população masculina, bem como uma maior utilização de serviços de urgência e emergência, em casos de doenças já manifestas e em estágios avançados de adoecimento (Braz, 2005; Gomes, 2008; Galdas, 2009).

Conforme destaca Figueiredo (2005) os serviços de saúde se configuram como espaços que refletem o processo de divisão sexual do cuidado e, portanto, associam as práticas de saúde às mulheres. Nesse sentido, é recorrente que os serviços de saúde sejam compostos por um grande número de usuárias e profissionais do sexo feminino, o que contribui para a feminilização dessas instituições. De forma semelhante, não apenas as propostas assistenciais, como também a ambiência, os cartazes e outros dispositivos institucionais também se encontram direcionadas ao público materno-infantil, favorecendo o sentimento de não pertencimento dos homens a esses espaços.

Soma-se ainda a esse contexto a dificuldade que esse público encontra para conciliar as atividades de trabalho com o horário de funcionamento dos serviços de saúde, quase sempre, não conciliáveis (Figueiredo, 2005; Gomes, Nascimento & Araújo, 2007, Vieira *et al.*, 2013). As questões trabalhistas também apresentam-se como barreiras que dificultam e/ou inviabilizam o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Conforme destacam Miquilin, Marin-Leon, Monteiro & Correa Filho, (2013), a incompatibilidade entre o horário de trabalho e funcionamento das instituições de saúde se refere ao motivo mais frequente para a

não procura de atendimento por trabalhadores formais e informais, mesmo em situações em que consideram necessitar da assistência à saúde.

O distanciamento dos homens dos serviços de saúde e das práticas de autocuidado também se refletem nas condições de saúde dessa população (Braz, 2005; Courtenay, 2009; Miquilin *et al.*, 2013). Apesar do aumento na expectativa de vida dos brasileiros, os homens vivem cerca de 7,5 anos menos que as mulheres. Quando consideradas as principais causas de adoecimento, internação e óbito desse público, observa-se que se tratam de agravos evitáveis e que, em sua maioria, estão relacionados à violência hetero e autodirigida e à adoção de comportamentos de risco e prejudiciais à saúde (Schwarz *et al.*, 2012).

Estudos apontam para a necessidade de compreensão das implicações dos diferentes modos de pensar, sentir e agir dos homens nas suas práticas de saúde (Courtenay, 2009; Almeida & Santos, 2011; Nascimento, Trindade & Gianordoli-Nascimento, 2011; Nascimento *et al.*, 2011). Nessa perspectiva, cada vez mais vem sendo evidenciado que a maneira como os homens percebem os serviços de saúde e os modos como representam as práticas de cuidado interferem no modo como eles aderem e/ou se distanciam das práticas de cuidado (Mendonça, Menandro & Trindade, 2011; Trindade, Menandro, Nascimento, Cortez & Ceotto, 2011).

Buscando analisar as explicações de homens com baixa escolaridade e ensino superior para a pouca procura aos serviços de saúde, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) constatam que, para os mesmos, o cuidado de si é considerado como um comportamento atribuído exclusivamente às mulheres, indo de encontro ao modelo de masculinidade hegemônica perseguido e idealizado por esses sujeitos. Assim, o medo de descobrir que algo vai mal, a vergonha de expor-se à equipe de saúde, a preocupação com uma possível necessidade de perda ou afastamento temporário das atividades laborais e o temor da possibilidade de não

manter a posição de provedor material da família também foram apontados como dificultadores para a busca de assistência à saúde (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007).

Ainda nessa perspectiva, buscando analisar as representações sociais de saúde e doença de homens residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Nascimento, Trindade e Gianordoli-Nascimento (2011) e Nascimento *et al.* (2011) constataram uma baixa utilização dos serviços públicos de saúde por essa população específica. Entretanto, para os homens entrevistados nos referidos estudos, o cuidado de si ultrapassa as práticas instituídas e restritas às instituições de saúde. Os autores observam que, para os homens, práticas autônomas, como o cuidado com a alimentação e a prática de atividades físicas, também são compreendidas como cuidado com a saúde e, portanto, exercitadas por eles.

Na mesma vertente, investigando os sentidos e modos de cuidar de si construídos por homens que utilizam uma Unidade Básica de Saúde na Região Amazônia, Silva (2014) destaca que, apesar dos homens apresentarem dificuldades de aderir às práticas prescritas e institucionalizadas pelos serviços de saúde, os mesmos buscam alternativas de cuidado mais autônomas, pautadas nos seus sentidos sobre o processo de saúde/adoecimento/cuidado e que pouco se enquadram nos padrões pré-estabelecidos pelo modelo de masculinidade hegemônica.

Em um estudo semelhante que analisou os discursos de homens jovens de uma comunidade rural do Nordeste do Brasil sobre o acesso aos serviços de saúde, Machado e Ribeiro (2012) observam que, no que tange ao autocuidado, a maior parte dos homens opta primeiramente pelos saberes populares, pela farmácia e pela automedicação, deixando a busca por um serviço de saúde apenas para o último caso, quando a enfermidade encontra-se agravada e com poucas possibilidades de automedicação. Tais resultados vêm sendo corroborados por diversos outros estudos realizados no país, em contextos diferentes (Figueiredo, 2005; Vieira *et al.*, 2013,

Deve-se considerar ainda que os serviços de saúde, especialmente aqueles situados no âmbito da Atenção Primária, responsáveis pelas ações de prevenção e detecção precoce, também encontram dificuldades para mobilizar, acolher e encaminhar as demandas do público masculino (Schraiber *et al.*, 2010; Gomes *et al.*, 2011a; Gomes *et al.*, 2011b). Historicamente atravessados pelas questões de gênero, os serviços de saúde brasileiros encontram-se direcionados para o atendimento de mulheres, crianças e idosos, de modo que, ainda hoje, a inclusão das necessidades masculinas na agenda de prioridades dos serviços de saúde configura-se como um grande desafio (Leal, Figueiredo & Silva, 2012; Schraiber, 2012).

Investigando as dificuldades dos profissionais e gestores em saúde para incluir os homens nas pautas assistenciais, Schraiber (2012) chama a atenção para a necessidade de se compreender as ações em saúde como práticas genderificadas, uma vez que as instituições de saúde encontram-se impregnadas pelas questões de gênero que promovem a associação das mulheres ao cuidado e a dos homens ao risco e ao não-cuidado. Na mesma direção, Gomes *et al.* (2011c) e Couto *et al.* (2010) apontam para o status de invisibilidade que os homens assumem nos serviços de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária. Desse modo, mesmo quando presentes, é recorrente que os profissionais e gestores de saúde não reconheçam a presença física dos homens e tampouco suas necessidades e demandas específicas.

Somam-se ainda a esse contexto outros entraves organizacionais, como, por exemplo, a precariedade de alguns serviços de saúde, distanciamento físico da comunidade assistida, ausência de profissionais treinados e qualificados, sobrecarga de trabalho e um volume de pacientes muito superior ao preconizado como ideal pelo Ministério da Saúde. Todos esses fatores, sejam eles organizacionais ou culturais, tornam a assistência ao público masculino um grande desafio (Gomes, *et al.*, 2012; Knauth, Couto & Figueiredo, 2012).

Visando transformar esse cenário, no ano de 2009 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com o objetivo de contribuir para o aumento da expectativa de vida e melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira e contribuição para a redução das taxas de morbimortalidade desse público específico. A PNAISH propõe ainda o desenvolvimento de ações de mobilização dos homens para as Unidades Básicas de Saúde e qualificação do acolhimento, fomentando assim a construção de vínculos entre esses sujeitos e as equipes que atuam nesses espaços (Brasil, 2009).

Tendo em vista o aumento crescente do número de casos de cânceres entre a população masculina no país, um grande enfoque é dado às ações de prevenção, detecção precoce e tratamento das neoplasias (Brasil, 2009). Nos últimos anos, embora ainda incipiente, observa-se um crescimento significativo do número de estudos nacionais interessados em compreender as singularidades dos homens frente ao processo de adoecimento por câncer e analisar as especificidades desse público diante das ações de prevenção, tratamento e diagnóstico precoce dessa enfermidade, levando em conta os sentidos atribuídos ao ser-homem (Martins *et al.*, 2013a).

No âmbito da oncologia, o processo de socialização e construção da identidade masculina também vem sendo apontado como um importante elemento para a compreensão da maior mortalidade masculina por câncer (Olliffe, 2009; White *et al.*, 2010). O distanciamento da população masculina dos serviços de saúde, a dificuldade que essas instituições ainda encontram para incorporar os homens na pauta de ações assistenciais e a maneira como os homens exercem o autocuidado, contribuem para a busca de atendimento e diagnóstico tardios, frequentemente, em casos de neoplasias já manifestas e em estágios avançados de adoecimento, reduzindo assim as possibilidades de cura e favorecendo o aumento da mortalidade por câncer entre essa população (Mesquita, Moreira & Maliski, 2011; Martins *et al.*, 2012).

Como já apontado, o câncer é uma enfermidade ainda muito temida por homens e mulheres de diferentes idades e classes sociais. Apesar dos avanços nos tratamentos, atualmente menos dolorosos e com efeitos colaterais mais suportáveis, e do aumento do índice de sobreviventes a essa enfermidade, a população ainda considera o câncer como uma das enfermidades mais temidas e estigmatizadas. Desse modo, o medo de descobrir que possui uma enfermidade grave e o pavor de suas possíveis consequências físicas e psicossociais afastam a população das ações de diagnóstico precoce (Silva, 2009).

No que se refere às neoplasias que acometem a próstata, grande ênfase é dada no Brasil para a mobilização da população masculina para as ações de detecção precoce, traduzidas nos exames de toque retal e na dosagem do Antígeno Prostático Específico no sangue - *Prostate Specific Antigen* (PSA). Entretanto, estudos apontam para o distanciamento dos homens dessas práticas, levando em consideração aspectos culturais, relacionados às crenças e valores desses sujeitos, como também a fatores institucionais, que dizem respeito à forma como os serviços de saúde estão organizados e estruturados (Amorim *et al.*, 2011; Paiva, Motta & Griep, 2011a; Paiva, Motta & Griep, 2011b; Souza, Silva & Pinheiro, 2011).

Analisando os sentidos atribuídos por homens ao exame de toque retal, Gomes *et al.* (2008) chamam a atenção para a dimensão simbólica deste procedimento, revelando um conjunto de preconceitos e mitos socialmente compartilhados em relação a essa prática. Os autores destacam que, para os homens, o exame de toque não se restringe a um ato médico que atinge apenas a próstata. Por se tratar de um procedimento que perpassa o ânus, o exame é percebido pelos homens entrevistados no referido estudo como um ato sexual invasivo e violador, sendo motivo de constrangimento, medo, vergonha, ferindo assim a sua própria masculinidade.

Em um estudo semelhante, Paiva, Motta e Griep (2010; 2011) investigaram os elementos que dificultam a realização dos exames de diagnóstico de câncer de próstata. As

autoras destacam que, embora possuam conhecimentos significativos sobre a importância do procedimento, tais informações não se traduzem em comportamentos de adesão às práticas de diagnóstico, refletindo em um grande contingente de homens que nunca realizaram os exames.

Embora estudos apontem para a menor realização dos exames de detecção de neoplasias da próstata entre os homens pobres e com baixa escolaridade, é preciso considerar que a renda elevada e o maior nível de escolaridade nem sempre se traduzem em maior adesão a esses procedimentos. Analisando as práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre homens de elevada escolaridade, médicos e professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Miranda *et al.* (2004) também identificaram uma baixa frequência de realização dos exames de toque e PSA, revelando assim o abismo que ainda persiste entre a saber e o fazer e a importância de se levar em consideração os aspectos psicossociais que permeiam essas práticas. Da mesma forma, Souza, Silva e Pinheiro (2011) analisaram as práticas de prevenção do câncer de próstata entre gaúchos integrantes de um grupo tradicionalista que recebiam altos salários e possuíam elevada escolaridade. Os autores também identificaram dificuldades e resistências para realização dos exames preventivos associadas às concepções de masculinidade desses sujeitos.

Outros elementos também vêm sendo apontados como importantes barreiras para realização dos exames de detecção precoce pela população masculina, a saber: a não percepção de sintomas; práticas de automedicação; dificuldade de conciliar a jornada de trabalho com o horário de funcionamento dos serviços de saúde; deficiências dos serviços públicos de saúde marcados por agendas cheias e incipiência de profissionais qualificados para realização dos exames, a ausência de indicação ao procedimento pelo médico geral, ausência de recursos financeiros para pagar pelos exames, uma vez que os mesmos ainda são

incipientes nos serviços públicos de saúde, dentre outros (Paiva, Motta & Griep, 2011a; Paiva, Motta & Griep, 2011b; Souza, Silva & Pinheiro, 2011).

A vivência do processo de adoecimento e tratamento oncológico também vem sendo apontada na literatura científica como experiência geradora de sofrimento, tristeza intensa e ansiedade para muitos homens (Xavier *et al.*, 2010; Mesquita, Moreira & Maliski, 2011). As limitações físicas e a nova rotina impostas pelo adoecimento e tratamentos mostram-se bastante diferentes dos modos de vida dos homens anteriores à enfermidade. Frequentemente necessárias, a internação hospitalar e a visita constante a profissionais e serviços de saúde revelam ao homem um mundo pouco familiar, marcado por perda da autonomia e controle de si, gerando sentimentos de ansiedade e inadaptação (Costa-Junior & Maia, 2009; Martins *et al.*, 2012).

No que se refere à assistência oferecida ao público masculino nos Serviços Especializados em Oncologia, observa-se que os profissionais e gestores de saúde ainda valorizam o atendimento de mulheres e crianças, abrindo pouco espaço para a inclusão das necessidades e demandas específicas dos homens. O mesmo se repete no que tange à assistência psicológica, que também parece priorizar a demanda da população feminina e possuir dificuldades de manejar o atendimento de homens com câncer (Martins *et al.*, 2012; Martins *et al.*, 2013a).

Nessa perspectiva, Martins *et al.* (2012) chamam a atenção para a necessidade de se considerar as questões de gênero no âmbito das práticas assistenciais em oncologia, possibilitando assim explicitar as singularidades de homens e mulheres frente ao processo de adoecimento e tratamento oncológico e contribuir para o planejamento de ações em saúde que considerem suas demandas e necessidades.

CORPO E MASCULINIDADES NO PROCESSO DE ADOECIMENTO E TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A cisão cartesiana entre corpo e mente perdurou durante séculos e, ainda hoje, pode ser encontrada em discursos científicos contemporâneos que circulam tanto nos espaços acadêmicos como também nos processos de conversação populares. Durante séculos o corpo foi compreendido como um conjunto de órgãos e tecidos, reduzidos a seus elementos físicos e anatômicos, compondo assim a dimensão biológica dos seres humanos (Grosz, 2000).

Entretanto, nas últimas décadas, constata-se um esforço no campo das Ciências Humanas e Sociais pela produção de novas compreensões acerca do corpo, buscando considerá-lo para além da sua dimensão biológica e anatômica, reconhecendo seu caráter biopsicossocial (Connerton, 1999; Grosz, 2000). Diversos autores vêm chamando a atenção para a necessidade de se considerar o corpo como um portador de significados sociais que remetem a um conjunto de signos, práticas, concepções e valores que circulam e compõem a tessitura social da qual o sujeito faz parte (Ferreira, 1995; Camargo, Justo & Jodelet, 2010).

Segundo Goetz *et al.* (2008):

além de ser um organismo natural, o corpo se constitui a partir de representações individuais e sociais em uma unidade somato-psíquica, que pode ser desconstruída e reconstruída de maneira indefinida. Essa dinâmica se manifesta na forma como cada um usa, adocece, percebe, modifica, degrada e transforma o corpo (p.226)

Para Jodelet (2006a) o corpo, composto por seus movimentos, expressões e aparências, é um importante elemento mediador das relações do sujeito consigo mesmo e dos processos de interação com os grupos aos quais pertence. Para a autora, a noção de eu é composta pela imagem da nossa apresentação aos outros, pela consciência do julgamento que

os outros podem fazer a nosso respeito e também pelos sentimentos positivos ou negativos resultantes desse processo (Jodelet, 2006a).

Nesse sentido, pode-se considerar que o corpo atua como mediador dos laços sociais dos indivíduos, auxiliando-os na produção e no reconhecimento da alteridade. É por meio de seus corpos que os sujeitos podem reconhecer a si mesmos como eus distinto de outros não eus. Conforme destaca Jodelet (1998), o reconhecimento da alteridade evidencia ainda a existência de um outro semelhante a nós e um outro diferente e distante, pertencente a outro grupo social. Assim, é por meio dos atributos e características corporais que o reconhecimento da alteridade passa a ser constituído e concretizado.

Na mesma direção, Camargo, Justo e Alves (2011) apontam para a existência de três funções sociais associadas ao corpo. A primeira delas refere-se à perspectiva da ação, relacionada a comportamentos corporais relativos à aparência física, levando os sujeitos a buscarem a aceitação social de si e o relacionamento com membros de seu próprio grupo. A segunda função diz respeito à perspectiva da cognição que abarca as ações que buscam auxiliar os sujeitos a se posicionarem frente às normas sociais hegemônicas relacionadas ao corpo difundidas no contexto onde o mesmo está inserido. A terceira função corporal proposta pelos autores está associada aos comportamentos que buscam garantir a atenção e a afeição dos membros do seu grupo, por meio de sua corporalidade (Camargo, Justo & Alves, 2011).

Portanto, o corpo é compreendido como um importante elemento no processo de constituição do self do sujeito e ocupa um lugar central na construção de sua identidade pessoal e social. Conforme destacam Justo e Camargo (2013), para além dos aspectos orgânicos, o corpo humano é permeado por representações individuais e sociais, configurando-se como um resultado da interação entre a matéria genética e o ambiente sociocultural no qual o sujeito existe.

A indissociabilidade entre corpo e cultura é destacada por Connerton (1999) que afirma que, em nossa corporalidade, encontram-se inscritos e incorporados traços do nosso passado, conservando em nossos corpos saberes produzidos na cotidianidade. Para o autor, o corpo vai muito além da matéria física e palpável, sendo considerado, portanto, como um espaço simbólico para inscrição de significados e significações, interpelados pela linguagem.

Analisando as práticas corporais, sob uma perspectiva antropológica, Mauss (1974) propõe o conceito de Técnicas do Corpo que, segundo ele, refere-se às “maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se do seu corpo” (p.401). Em outras palavras, a maneira como lidamos com nossos corpos não se reduz à nossa existência individual, mas, antes, também reflete produções culturais anteriores referentes aos nossos grupos de pertença.

Nessa perspectiva, o corpo pode ser considerado como um objeto físico que materializa a existência humana, mas que, ao mesmo tempo, configura-se como um reflexo da sociedade, sendo, portanto, uma produção cultural (Justo & Camargo, 2013). Desse modo, as diferentes concepções e saberes relacionados aos corpos, construídos e compartilhados socialmente, irão definir como os sujeitos irão pensar, sentir e agir em relação às suas corporalidades e auxiliar na constituição de suas identidades individuais e sociais.

As técnicas corporais se distinguem ainda tendo em vista as singularidades dos diferentes sujeitos, sofrendo influências de aspectos como seu sexo, idade, raça/cor, classe e status social, dentre outros. Ainda segundo Mauss (1974), inseridos em contexto sociocultural marcado por uma multiplicidade de configurações de corpos, os sujeitos não apenas observam como também buscam se apropriar de determinados padrões corporais idealizados, constituindo um processo denominado por ele de imitação prestigiosa.

Analisando a relação entre corporalidades e gênero na sociedade brasileira, Goldemberg (2011) aponta para a existência de determinados padrões hegemônicos de corpos

masculinos e femininos que orientam homens e mulheres na (re)construção de seus corpos e comportamentos. A autora lembra ainda que tais modelos hegemônicos variam de acordo com o tempo e o contexto sociocultural e político. Por outro lado, enquanto há corpos que devem ser imitados, também coexistem padrões corporais que são socialmente desprestigiados e desvalorizados, levando em consideração aspectos estéticos e funcionais.

Conforme lembra Marlysse (2002), é por meio de um processo de comparação social que cada indivíduo percebe e avalia o seu próprio corpo. Tratando-se da sociedade brasileira, observa-se na atualidade a supervalorização de corpos femininos e masculinos malhados, moldados por meio de dietas e (re)construídos por meio exercícios físicos nos ginásios esportivos e academias. Embora uma pequena parcela da população consiga obtê-los, tais modelos circulam nos meios de comunicação, especialmente por meio da televisão, contribuindo para a busca do corpo perfeito ainda que isso se traduza em elevados custos financeiros e/ou subjetivos.

Segundo Goldemberg (2007), “o corpo, no Brasil contemporâneo é um capital, uma riqueza, talvez a mais desejada pelos indivíduos das camadas médias urbanas e também das camadas mais pobres que percebem seu corpo como um importante veículo de ascensão social” (p.13). Assim, cada vez mais, os sujeitos são pressionados a investir tempo, dinheiro e suas emoções na adequação de seus corpos, buscando estar mais próximos dos modelos estéticos valorizados pela sociedade contemporânea e difundidos pela mídia, mesmo que isso signifique colocar em risco a sua saúde individual. Desse modo, cada sujeito torna-se um gestor de sua corporalidade, sofrendo grande pressão social para adequá-la a padrões e modelos socialmente estabelecidos (Iriart, Chaves & Orleans, 2009).

A insatisfação com o próprio corpo vem sendo constatada em diversos estudos no país e, embora as mulheres apresentem maiores índices deste tipo de insatisfação, esse fenômeno cada vez mais tem sido observado entre a população masculina. Estudos recentes vêm

apontando para o acelerado e constante crescimento do número de pessoas que recorrem a procedimentos cirúrgicos buscando alcançar o corpo ideal, colocando o Brasil nos primeiros lugares do ranking mundial de realização de cirurgias plásticas com finalidades estéticas. De forma associada, estudos apontam para o crescente número de pessoas que adotam o uso não terapêutico de esteroides, suplementos alimentares e anabolizantes visando acelerar as modificações corporais e elevar o desempenho corporal (Iriart, Chaves & Orleans, 2009).

O corpo também possui centralidade no processo de construção do sentimento de ser-homem e no exercício da masculinidade, já que a ideia de homem, quase sempre, corresponde à imagem de um corpo masculino (Connel, 1995). Conforme destaca Connel (2005):

(...) em nossa cultura, ao menos, o sentido físico de masculinidade e feminilidade é central para a interpretação cultural de gênero. O gênero masculino é (dentre outras coisas) uma certa sensação de pele, certas formas e tensões musculares, certas posturas e maneiras de se mover, certas possibilidades sexuais. A experiência corporal é, muitas vezes, central em nossas memórias de vida, e, portanto, em nosso entendimento de quem nós somos. (Tradução nossa, p. 52-53)⁴.

Desse modo, é no corpo e através do corpo que a dimensão simbólica das masculinidades pode ser materializada, contribuindo assim para busca constante pela (re)produção de corporalidades que contribuam para a concretização e manutenção dos ideais impostos pelo modelo de masculinidade hegemônica (Connel, 1995).

Jardim (1995) chama a atenção para o fato de que a maneira como o sujeito delinea e transforma o seu corpo também irá refletir no lugar que esse irá ocupar na hierarquia de gênero. Nesse sentido, é recorrente que os homens se engajem em processos de comparação social de seus corpos identificando aspectos como musculatura, peso, volume, altura e capacidade funcional para reconhecer aqueles sujeitos que atendem ou não ao modelo de masculinidade hegemônica. Ainda segundo a autora, são os próprios corpos, por meio das

⁴“(...) in our culture at least, the physical sense of maleness and femaleness is central to the cultural interpretation of gender. Masculine gender is (among other things) a certain feel to the skin, certain muscular shapes and tensions, certain postures and ways of moving, certain possibilities in sex. Bodily experience is often central in memories of our lives, and thus in our understanding of who and we are”.

formas, cicatrizes, tatuagens e outras marcas socialmente reconhecidas que irão atestar ao grupo social a virilidade, produzindo assim performances corporais que interferem diretamente na experiência masculina desses sujeitos.

Elliott e Elliott (2005) chamam a atenção para o fato de que, nas últimas décadas, o corpo masculino também vem sendo transformado em objeto pela mídia, que utiliza de determinados padrões de corpos masculinos ideais, quase sempre fortes e definidos em academias de musculação, associando-os a produtos e modos de vida que passam a ser comercializados e difundidos cotidianamente pelos meios de comunicação.

Padrões semelhantes de corpos masculinos vêm sendo valorizados e fortemente difundidos em outros veículos de comunicação, como por exemplo, em filmes, novelas, livros de literatura, revistas, propagandas de TV, dentre outros (Monteiro, 2001; Fantinatti, 2008; Lucena, 2008; Mendonça, 2008). O mesmo parece se repetir no campo da saúde coletiva. Analisando uma revista de grande circulação nacional de divulgação de informações em saúde voltada para o público masculino, Gomes (2008) aponta para a (re)produção e difusão de modelos corporais, quase sempre brancos, heterossexuais, musculosos e definidos, com grande valorização da capacidade de trabalho e exercício sexual.

Para além da dimensão estética – que também aponta e reconhece modelos hegemônicos de masculinidade – a saúde física e a capacidade funcional do corpo também se configuram como importantes elementos que atestam a virilidade dos homens brasileiros (Figueiredo & Schraiber, 2011). Desse modo, um grande esforço é feito para garantir a construção e manutenção de um corpo saudável capaz de encarnar e exercer os padrões hegemônicos de masculinidade, especialmente no que se refere à capacidade de trabalhar e manter atividades sexuais. Nesse sentido, Figueiredo e Schraiber (2011) afirmam que:

(...) não é possível ignorar os significados da experiência corporal na interpretação cultural de gênero. Tampouco é possível desconsiderar a importância das construções de gênero nas representações e na forma de se viver e praticar o corpo no cotidiano. Assim, podemos afirmar que a materialidade dos corpos está inserida nos processos de construção de gênero

no sentido de uma *incorporação* das práticas de gênero ou de uma *encarnação* social de gênero. Nesse processo os corpos são tanto agentes como objeto dessas práticas, tornando-as práticas reflexivas do corpo (p. 942, grifo nosso).

No âmbito da oncologia, apesar do desenvolvimento de novas tecnologias terapêuticas e dos recentes avanços no desenvolvimento de novos fármacos para controle das neoplasias, o tratamento oncológico ainda é marcado por uso de procedimentos invasivos que exigem a manipulação constante dos corpos dos pacientes e sua exposição intensa diante da equipe de saúde (Silva, 2009).

Nesse sentido, durante o processo de adoecimento por câncer e no decorrer de todo o tratamento, os pacientes se deparam com uma série de transformações corporais, geralmente traduzidas em redução da força física, emagrecimento ou ganho de peso, inchaço, alopecia, náuseas e vômitos, inapetência e, no caso dos homens, dificuldades de ter/manter uma ereção, ejaculação precoce, dentre outros sintomas que incidem na imagem corporal e na autoestima desses sujeitos (Kelly, 2009; Silva, 2009). Portanto, as implicações do adoecimento e tratamento oncológico não se restringem à dimensão biológica, de modo que as alterações corporais também produzem implicações psicossociais (Martins *et al.*, 2012).

Estudos apontam que as mudanças corporais impostas pelo adoecimento por câncer exigem dos homens uma reformulação da sua autoimagem e afetam as atitudes sobre si mesmos, contribuindo assim para a redefinição de papéis sociais (Gordon, 1995; Dazio, Sonobe & Zago, 2009; Burille, Schwartz & Zillmer, 2013). Nesse sentido, após o descobrimento da doença e durante todo o tratamento oncológico, os homens são convocados a reconstruírem a maneira de perceber seus corpos, refletindo na ressignificação de sua própria identidade (Price, 2009).

Considerando-se os padrões hegemônicos de corpos masculinos difundidos em nossa sociedade, as mudanças corporais produzidas pelo adoecimento e tratamento oncológico parecem contribuir para o sentimento de que seus corpos falharam na sustentação dos ideais e

padrões estabelecidos pelo modelo de masculinidade hegemônica, provocando-os a ressignificar seus modos de pensar, sentir e agir em relação aos seus corpos e à sua própria masculinidade (Whienke, 1998; Kelly, 2009; Cayless *et al.*, 2010; Gannon, Guerro-Blanco, Patel & Abel, 2010; Krumwiede e Krumwiede, 2012).

Analisando a maneira como homens ingleses, diagnosticados com câncer de próstata, vivenciam as mudanças corporais impostas pelo adoecimento e tratamento oncológico, Chapple e Ziebland (2002) destacam que essas alterações produzem importantes mudanças nos papéis sociais dos pacientes e no senso de masculinidade. A nova corporalidade imposta pelo adoecimento gera o sentimento de perda do controle de seus próprios corpos, resultando na sensação de perda da autonomia, vergonha e constrangimento frente aos demais membros do grupo social.

Em um estudo semelhante, Wall e Kristjanson (2004) investigaram o processo de adoecimento e tratamento de homens australianos com câncer de próstata. Os autores apontam que as alterações estéticas e as limitações funcionais do corpo que surgem durante o tratamento oncológico colocam esses sujeitos em uma posição social distante dos padrões estabelecidos pelo modelo de masculinidade hegemônica, gerando o sentimento de ser menos homem que os demais. Na mesma direção, Harrington e Badger (2009) chamam a atenção para a significativa correlação entre a insatisfação corporal produzida pelo câncer de próstata e a redução da qualidade de vida dos homens acometidos por câncer da próstata.

Resultados semelhantes vêm sendo encontrados no cenário nacional. Buscando identificar as respostas de pacientes frente à amputação de pênis (penectomia), Barros e Mello (2009) constataram a manifestação de sintomas como ansiedade, medo, tristeza intensa e ideação suicida. De forma semelhante, Tofani e Vaz (2007) investigaram a presença de depressão, sentimento de impotência e fracasso entre homens com câncer de próstata. Os autores também identificaram estratégias defensivas pautadas em negação, fuga da realidade e

racionalização, que muitas vezes dificultam e/ou inviabilizam a manutenção do tratamento oncológico.

É preciso considerar ainda que as neoplasias e o tratamento oncológico não produzem apenas mudanças estéticas, mas também incidem em perdas funcionais e de capacidade. Nesse sentido, é recorrente que os homens vivenciem sentimentos de incompetência, uma vez que já não podem mais realizar ações e atividades da mesma forma como antes do adoecimento (Martins *et al.*, 2012; Modena *et al.*, 2014). Dentre essas mudanças, importante destaque vem sendo dado na literatura científica nacional e internacional à redução da potência sexual no dia a dia de homens adoecidos por câncer (Gordon, 1995; Carpentier & Fortenberry, 2010, Carpentier *et al.*, 2011; Mesquita, Moreira & Maliski, 2011; Modena *et al.*, 2014).

Carpentier e Fortenberry (2010) e Carpentier *et al.* (2011) chamam a atenção para os prejuízos causados pelas alterações corporais, especialmente infertilidade e impotência sexual na autoestima de adolescentes e adultos jovens diagnosticados com câncer de testículo. É recorrente que esses sujeitos vivenciem sentimentos de vergonha, incompletude, redução da masculinidade, passando a se sentirem menos normais e viris que outros homens de seu grupo social.

Na mesma vertente, Dowswell *et al.* (2011) destacam que a experiência de disfunção erétil imposta pelo câncer colorretal produz stress intenso, afetando a autoimagem e comportamentos dos homens acometidos por essa enfermidade e prejudicando suas relações afetivas e interpessoais. Gannon *et al.* (2010), por sua vez, destacam que alterações corporais que afetam o desempenho sexual, especialmente a impotência sexual, exigem que os homens produzam novos sentidos para o ser-homem e para o exercício de sua sexualidade, exigindo assim uma (re)construção de sua própria masculinidade.

Desse modo, ao alterar as formas e funcionalidade do corpo, o câncer e o tratamento oncológico pressionam os homens a ressignificarem seus modos de pensar sua própria masculinidade. Conforme destaca Gordon (1995), frente às transformações corporais, é recorrente que os homens recorram a duas estratégias de enfrentamento. A primeira refere-se supervalorização de elementos tradicionais dos papéis sexuais masculinos, como por exemplo, busca de próteses penianas, uso de medicamentos para melhoria do desempenho sexual, prática de musculação e esportes radicais, dentre outros.

A segunda estratégia de enfrentamento refere-se à ressignificação dos sentidos atribuídos ao ser homem. Nesse sentido, aqueles sujeitos que, impossibilitados de exercitarem a sua masculinidade de forma similar ao período anterior ao adoecimento, são levados a produzir novos sentidos à masculinidade. Desse modo, passam a questionar os valores tradicionais impostos pelo modelo de masculinidade hegemônica e buscam alternativas que possibilitam novas práticas e novos padrões de interação sociais.

No próximo capítulo, será apresentado referencial teórico que subsidiou a pesquisa, mais especificamente, a Teoria das Representações Sociais e suas contribuições para o estudo do corpo e da experiência de adoecimento.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O referencial teórico que orientou o estudo foi a Teoria das Representações Sociais (TRS). Sistematizada por Serge Moscovici na década de 1960, a TRS provoca um rompimento com pressupostos positivistas, hegemonicamente presentes na Psicologia Social que compreendiam o homem como um indivíduo passivo diante do mundo e fortemente manipulado pelos estímulos e contingências ao seu redor (Moscovici, 1978; Sá, 1998).

A TRS procura romper com as compreensões mecanicistas de homem e passa a compreendê-lo como um sujeito ativo que, a todo instante, busca conhecer e produzir sentidos ao mundo e aos fenômenos com os quais se depara. Assim, mais do que indivíduos autômatos, agimos sobre o mundo como cientistas amadores buscando informações e elementos que possibilitem orientar nossas concepções, sentimentos e práticas sobre o mundo (Moscovici, 2011).

Segundo Castro (2011), a proposta moscovicianiana abriu novas possibilidades de se conceber o pensamento social, especialmente no que tange ao reconhecimento e a valorização do senso comum. Dessa forma, os conhecimentos produzidos no cotidiano e que circulam nos processos de conversação social, antes desprezados pelos modelos científicistas do século XX, passam então a ocupar centralidade na TRS, sendo percebidos como estruturantes do processo de organização dos modos de pensar e agir dos sujeitos e de seus grupos de pertença. Conforme aponta o próprio Moscovici (1978):

(...) os indivíduos, no dia a dia, não são unicamente máquinas passivas que obedecem a máquinas, registrando mensagens e reagindo aos estímulos externos, no que uma psicologia sumária, reduzida às opiniões e imagens, tende a transformá-los. Ao contrário, possuem o frescor da imaginação e o desejo de dar sentido à sociedade e ao universo. (p.52).

Ao conceber os sujeitos como seres cognoscentes e ativos na busca de produção de sentidos para o mundo ao seu redor, a TRS busca compreender como os mesmos se

posicionam frente aos conflitos cognitivos e como se posicionam frente aos fenômenos pouco e/ou não familiares que, de alguma forma, os pressionam para tomada de decisões e produção de saberes. Mais do que procurar descobrir os conteúdos do pensamento desses sujeitos, a teoria proposta por Moscovici enfatiza a riqueza, a complexidade e a necessidade da Psicologia Social atentar-se para os processos de produção desses modos de pensar, abrindo espaço para uma Psicossociologia do Conhecimento (Sá, 1993).

Moscovici (2011) chama a atenção para a coexistência de duas classes distintas de universos de pensamento. O primeiro refere-se ao universo consensual caracterizado pela presença de saberes populares que compõe o senso comum. Tratam-se de teorias e conhecimentos (re)produzidos e difundidos cotidianamente por pessoas comuns, que atuam como observadores curiosos e cientistas amadores buscando entender o mundo ao seu redor. Embora não compartilhem das formas de sistematização e dos pressupostos próprios do conhecimento científico, os saberes que compõem o universo consensual ocupam um importante papel na organização simbólica do mundo dos sujeitos e grupos sociais, auxiliando-os na produção de sentidos para os fenômenos e desafios que o provocam (Moscovici, 2011).

Já o universo reificado, por sua vez, é marcado pela (re)produção do conhecimento científico, representado pelos saberes acadêmicos e eruditos, elaborados de forma muito distinta daqueles presentes no consensual. Nesse universo, a cientificidade e o rigor metodológico são tomados de forma normativa, buscando garantir a neutralidade do pesquisador e a sistematicidade necessária para a verificação e validação do conhecimento produzido (Moscovici, 2011).

Rompendo com a hierarquização presente em sua época, Moscovici (2011) ressalta que, embora sejam universos distintos, ambos universos agem de forma simultânea na construção de nossa realidade. Em outras palavras, sujeitos e grupos sociais são

constantemente confrontados com saberes produzidos por ambos universos, compondo assim a complexidade que permeia os processos de comunicação. É nesse contexto que os sujeitos serão defrontados com conflitos cognitivos que exigirão dos mesmos a produção de saberes que os orientarão quanto aos modos de pensar, sentir e agir em relação aos desafios do cotidiano. Tais conflitos cognitivos exercem sobre os sujeitos uma pressão à inferência, ou seja, os pressiona a produzir saberes e conhecimentos que possibilitem construir um consenso e produzir equilíbrio cognitivo (Moscovici, 2003).

Assim, na perspectiva moscoviciana, as Representações Sociais podem ser compreendidas como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2001, p.22). Trata-se de teorias do senso comum, elaboradas a partir de problemas cotidianos impostos por fenômenos percebidos como estranhos e não familiares, que desafiam os sujeitos a emitir um posicionamento e alterar suas formas de pensar, sentir e agir, em relação a determinado objeto (Sá, 1993).

Para Moscovici (2003) as Representações Sociais são constituídas em dois processos. O primeiro é a ancoragem que se refere aos esforços dos sujeitos em tornar o objeto estranho em algo familiar. Para tanto, irá buscar apoio para as novas representações em outras já existentes previamente, modificando-as. O segundo processo é denominado de objetivação. Nele, os conceitos e ideias passam a se configurar como esquemas ou imagens concretas, quase tangíveis, transformando o abstrato em concreto, o ideal em algo empírico (Trindade, Santos & Almeida, 2011).

Dentre as diferentes perspectivas de pesquisa em Representações Sociais, optou-se no presente estudo pelo uso da Abordagem Processual que, segundo Jodelet (2001), ocupa-se do estudo e investigação do processo de gênese e (re)construção das Representações Sociais,

dando grande ênfase à compreensão e problematização dos pontos de ancoragem e objetivação.

No Brasil, a TRS encontrou um cenário fértil para o seu desenvolvimento, sendo a Saúde um dos campos com maior número de estudos desenvolvidos. Tal campo tem sido marcado por um constante crescimento de estudos interessados na aplicabilidade da teoria para a compreensão dos processos de saúde/adoecimento/cuidado, bem como para o desenvolvimento de propostas de intervenção psicossocial dirigidas a esse contexto (Martins, Carvalho, Antunes-Rocha, 2014).

Conforme destacam Nascimento *et al.* (2012), a TRS vem estabelecendo profícuos diálogos com o campo da Saúde Coletiva, favorecendo a compreensão dos fenômenos relacionados ao processo de saúde/adoecimento, podendo subsidiar uma compreensão contextualizada das implicações das relações de gênero nas práticas de saúde e nas ações de autocuidado.

Para Jodelet (2006b), o campo da saúde configura-se como um espaço privilegiado para estudo da TRS tendo em vista a indissociabilidade das práticas de saúde do âmbito da cultura. Em outras palavras, a integração da cultura no estudo dos fenômenos da saúde possibilita uma compreensão ampliada que considera não apenas a dimensão biológica, como também os aspectos políticos, socioculturais e psicológicos que permeiam o processo de saúde/adoecimento/cuidado.

Na mesma direção, Herzlich (2004) destaca que a doença é um fenômeno que ultrapassa o campo biomédico, sendo, portanto, imperativo incluir no seu estudo considerações referentes aos processos psicológicos e sociais que permeiam essa experiência. Para a autora, tendo em vista o seu caráter psicossocial, o estudo do adoecimento possibilita ao pesquisador acessar a imagem da sociedade, suas imposições e a forma como os sujeitos as vivenciam. Desse modo:

Por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira. Essa forte exigência de discurso interpretativo me parece ser uma das condições de cristalização de uma representação estruturada. Por outro lado, nas representações da saúde e da doença aparecem, relacionadas, nas nossas visões do biológico e do social (Herzlich, 2004).

Herzlich (2005) chama a atenção ainda para as especificidades da produção de sentido no processo de adoecimento crônico. Diferentemente dos agravos e condições agudas, as enfermidades crônicas produzem um rompimento na biografia dos sujeitos acometidos, além de interferir no seu cotidiano, exigindo tomadas de posições práticas quanto à rotina ao autocuidado e produzindo mudanças individuais e sociais, em especial no que se refere à família e ao trabalho. Por outro lado, a doença crônica também pode abrir espaço para autodescobertas e fomentar processos de mudança dos modos de pensar, sentir e agir do sujeito em relação a si mesmo e aos outros, próximos ou não (Herzlich, 2005).

Nessa perspectiva, o adoecimento não deve ser reduzido à sua dimensão biológica e orgânica. Antes, refere-se também a uma experiência complexa que remete a seu caráter biopsicossocial. Rodrigues e Cardoso (1998) ressaltam o papel ativo que os sujeitos ocupam frente às situações de adoecimento. Desse modo, mais do que indivíduos passivos, os sujeitos constroem concepções e representações que os auxiliem a compreender e a produzir sentido em relação à enfermidade, incidindo assim na experiência de adoecimento e na busca de tratamento.

Jodelet (2006b), como já dissemos, destaca a necessidade de se compreender o processo de saúde/adoecimento/cuidado em uma perspectiva que integre a dimensão cultural. Para a autora, essa abordagem possibilita considerar a complexidade que perpassa a relação entre indivíduos, profissionais e serviços de saúde e, ainda, resgatar a dimensão subjetiva e psicológica desse processo.

Ao reconhecer a inseparabilidade do processo de saúde/adoecimento/cuidado do campo da cultura abre-se espaço para consideração da experiência subjetiva dos sujeitos que

adoecem, bem como oportunidades para que os seus modos de pensar, sentir e agir frente ao adoecimento sejam considerados (Jodelet, 2006b). Essa perspectiva rompe ainda com a hegemonia dos saberes reificados e abre espaço para o reconhecimento do saber do senso comum, produzido e compartilhado pelos sujeitos frente às situações cotidianas que exigem posicionamentos.

Destacam-se ainda as potencialidades da Psicologia Social para aprofundar a compreensão das experiências de adoecimento, bem como os sentidos a ela atribuídos subjetivamente. Na mesma direção já apontada, Jodelet (2006b) reafirma a indissociabilidade do processo de adoecimento da cultura e da história de vida do sujeito e dos grupos sociais aos quais pertence. Para tanto, a autora retoma a noção de experiência, utilizando-a para além de sua dimensão individual, resgatando assim o seu caráter psicossocial.

Segundo Jodelet (2005), a noção de experiência abarca duas dimensões: a do conhecimento e a do experimentado. Na dimensão do experimentado situam-se as experiências diretamente relacionadas ao vivido, permeadas pelos afetos e pelas emoções que possibilitam que o sujeito tome consciência de sua subjetividade e identidade. Nas palavras da autora, a noção de experiência vivida diz respeito ao:

modo através do qual as pessoas sentem uma situação, em seu foro íntimo, e modo como elas elaboram através de um trabalho psíquico e cognitivo, as ressonâncias positivas ou negativas dessa situação e das relações e ações que elas desenvolvem naquela situação. (p.29)

Já a dimensão do conhecimento diz respeito aos aspectos cognitivos da experiência, onde o sujeito que vivencia, ao mesmo tempo, busca produzir sentidos que o ajudem a compreender os acontecimentos, situações, objetos e pessoas que compõem o seu mundo de vida (Jodelet, 2005). Entretanto, deve-se considerar que a produção de sentido para tais experiências, tanto na sua dimensão experimentada como na do conhecimento, não se dá alheia ao contexto social no qual o sujeito se encontra inserido. Assim, “a experiência social é marcada pelos aspectos sociais de sua enunciação e de sua comunicação” (p.33).

No que se refere ao corpo, Jodelet (1991) ressalta que o mesmo configura-se como um promissor objeto da pesquisa em Representações Sociais, tendo em vista tratar-se de um mediador do conhecimento de si e do outro, ocupando a função de mediador das relações interpessoais. Assim, a maneira como os indivíduos percebem, imaginam e utilizam os seus corpos encontra-se atravessada pelas representações sociais que compartilham. Na mesma direção, Camargo, Justo e Jodelet (2010) ressaltam a importância da TRS para auxiliar na compreensão acerca do papel dos conhecimentos difundidos e compartilhados acerca do corpo, suas normas e funções sociais, bem como suas implicações nas práticas de saúde dos sujeitos.

Analisando as RS de corpo veiculadas em revistas populares de grande circulação no Brasil, Goetz *et al.* (2008) apontam para a forte associação do corpo à beleza física e à saúde corporal. Os autores também chamam a atenção para o papel da mídia na produção, difusão e manutenção de RS do corpo que são apropriadas pelos sujeitos como padrões idealizados e a serem imitados. Na mesma direção, Camargo *et al.* (2011) investigaram as RS de corpo para estudantes universitários dos cursos de Moda e Educação Física. Os autores também evidenciaram representações de corpo vinculadas à ideia de saúde, movimento, beleza e boa forma física.

Deve-se considerar que a TRS também tem sido aplicada ao estudo do corpo em processo de modificação, seja por efeitos do tempo, como também devido a alguma enfermidade. Analisando as RS de corpo e das mudanças impostas pelo envelhecimento para um grupo de homens brasileiros, Araújo, Sá e Amaral (2011) constataram uma forte associação do corpo à saúde e à beleza. No que se refere ao corpo envelhecido, o mesmo é associado pelos homens ao adoecimento, ao cansaço, à fraqueza, à incapacidade e à improdutividade.

Diversos estudos apontam para as representações sociais do câncer, ainda (re)produzidas e difundidas na sociedade brasileira. Nessa perspectiva, apesar dos avanços nos tratamentos oncológicos e do aumento das possibilidades de cura e reabilitação dos pacientes acometidos por essa enfermidade, o câncer ainda é representado como uma doença grave e mortal, sendo fortemente associado à morte, ao castigo, à dor e ao sofrimento.

O medo e o pavor associados à doença vêm sendo identificados em diversos estudos, com populações distintas, sejam pacientes de diferentes idades (Gomes, Skaba & Viera, 2002; Cagnin, Liston & Dupas, 2004; Insa, Monleo & Espallargas, 2010), cuidadores familiares (Vieira & Marcon, 2008; Silva *et al.*, 2009) profissionais de saúde (Prieto *et al.*, 2005; Vieira & Queiroz, 2006) e população em geral (Bertolli Filho, 2002).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Identificar e analisar as Representações Sociais de corpo para homens após o adoecimento por câncer da próstata.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o processo de adoecimento masculino por câncer da próstata no que se refere aos seguintes aspectos: percepção de sintomas, busca por serviços de saúde, mudanças corporais percebidas, constatação do diagnóstico de câncer.

- Investigar a maneira como os homens experienciam o processo de internação hospitalar, o uso de medicamentos e demais práticas assistenciais que compõem o tratamento oncológico.

- Descrever a percepção de mudanças corporais impostas pelo adoecimento por câncer e pelo tratamento oncológico.

- Identificar e analisar as implicações da percepção de mudanças corporais.

- Compreender de que forma as representações de corpo interferem no cotidiano dos homens e nas suas práticas de autocuidado.

MÉTODOS

Esse estudo encontra-se alicerçado nos pressupostos da Pesquisa Qualitativa que, segundo Minayo (2007), “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (p.57). Minayo (2010) destaca ainda o potencial dos estudos qualitativos para a análise dos diferentes sentidos e significados que os sujeitos atribuem aos fenômenos da saúde e, também, para a compreensão da maneira como as pessoas experienciam o processo de adoecimento e vivenciam as práticas de cuidado.

Flick (2001) destaca as contribuições dos métodos qualitativos para as pesquisas em RS, uma vez que eles possibilitam ampliar a compreensão sobre como as pessoas lidam com os problemas e os desafios com os quais se deparam em seu cotidiano. Ainda segundo o autor, as pesquisas qualitativas buscam analisar os conhecimentos e as práticas de diferentes sujeitos, sob uma diversidade de perspectivas, revelando, assim, caminhos possíveis para o estudo e para compreensão do processo de transformação do estranho em familiar.

Sabe-se que os estudos em RS podem ser desenvolvidos sob diferentes perspectivas metodológicas. Entretanto, procedimentos de coleta e de análise qualitativa de dados vêm sendo considerados como os mais adequados para a condução de estudos em RS que se orientam pela Abordagem Processual, especialmente por possibilitarem uma compreensão mais aprofundada sobre os processos de gênese e (re)construção das RS (Sá, 1998; Flick, 2001).

Dentre as diversas possibilidades de análise qualitativa, optou-se pela Abordagem Fenomenológica Interpretativa (AFI) que, conforme destacam Smith e Eathough (2010), concebe os sujeitos como seres autointerpretantes que, a todo o instante, encontram-se mobilizados a interpretar os fenômenos, eventos, objetos e pessoas que integram o seu

cotidiano, buscando dar sentido às suas experiências. Nesse sentido, a AFI busca analisar “como os indivíduos dão sentido às suas experiências” e compreender “o significado particular que as experiências, os estados, os eventos e os objetos têm para os participantes” (Smith & Eathough, 2010, p. 324).

Segundo Trindade, Menandro e Gianordoli-Nascimento (2007), nas pesquisas orientadas pela AFI, “o pesquisador busca o(s) significado(s) para os mais variados fenômenos usando as descrições e as explicações das experiências dadas pelos sujeitos” (p.74). Para tanto, a AFI se encontra alicerçada na fenomenologia e na hermenêutica, buscando considerar o modo como os fenômenos se apresentam ao sujeitos, em suas experiências, e, ainda, se ater à maneira como os indivíduos interpretam e buscam compreender o mundo ao seu redor (Smith & Eathough, 2010).

No presente estudo, optou-se pela “conjugação de um aporte teórico próprio da Psicologia Social e a utilização de um método de pesquisa de base fenomenológica” (Trindade, Menandro, Gianordoli-Nascimento, 2007, p. 75). Smith e Eathoug (2010) ressaltam que os estudos de AFI exigem métodos de coleta de dados flexíveis, que confirmem um lugar central à experiência e, ao mesmo tempo, levem em consideração a importância do contexto histórico e cultural, da linguagem, das normas e das práticas culturais na sua constituição. Embora não seja o único método de coleta possível neste tipo de pesquisa, as entrevistas vêm sendo apontadas na literatura como uma importante estratégia que possibilita ao pesquisador apreender os sentidos que sujeitos atribuem à sua experiência e criar um espaço dialógico no qual as RS dos sujeitos possam se tornar acessíveis para o pesquisador (Arruda, 2005; Smith, Eathoug, 2010).

Nesse sentido, no presente estudo, optamos pela realização de entrevistas narrativas episódicas que, segundo Flick (2009), concentram-se na compreensão dos relatos dos sujeitos

acerca de fatos, episódios e acontecimentos que se mostram relevantes para a compreensão do fenômeno estudado.

Ao todo, foram entrevistados 08 homens que atenderam aos seguintes critérios de intencionalidade: ter entre 50 e 70 anos de idade, ter sido diagnosticado com câncer da próstata, declarar ter concluído o tratamento oncológico há pelo menos seis meses e aceitar o convite de participação.

Inicialmente, os pesquisadores buscaram acessar os participantes por meio da Técnica de Bola de Neve (Minayo, 2007). Desse modo, o pesquisador indicaria o primeiro participante a partir de sua rede pessoal de contatos, levando em consideração os critérios de intencionalidade expostos acima. Ao final de cada entrevista, cada sujeito indicaria um novo participante que também atendesse aos critérios de seleção. Entretanto, essa estratégia não se mostrou eficaz.

Assim, os pesquisadores fizeram contato com instituições filantrópicas e beneficentes, que atuam como casas de apoio a pacientes oncológicos, localizadas na cidade de Belo Horizonte – MG. Após identificação dessas instituições, foi feito contato com o Serviço de Psicologia de cada uma delas, propondo a parceria para indicação de participantes que atendessem aos critérios de seleção da pesquisa. Essa estratégia possibilitou identificar duas casas de apoio, as quais indicaram 06 participantes. Outros 02 sujeitos foram selecionados por meio da rede de contatos pessoais de um dos pesquisadores.

Cabe ressaltar ainda que a proposta inicial seria dividir os participantes em dois grupos geracionais, sendo o primeiro composto por homens com idade entre 20 e 30 anos e o segundo com idade entre 50 e 60 anos. Com essa divisão etária, propunha-se investigar de que forma os aspectos geracionais interferiam nas representações sociais de corpo dos sujeitos acometidos pelo câncer da próstata. Entretanto, a dificuldade de encontrar homens jovens

diagnosticados com essa enfermidade e que se dispusessem a participar da pesquisa inviabilizou a formação do primeiro grupo.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE I), que procurou explorar as narrativas dos homens acerca do processo de adoecimento por câncer e tratamento oncológico, a percepção de mudanças corporais durante esse processo, as implicações psicossociais da nova corporalidade, as representações sociais do corpo e, ainda, a maneira como estes sujeitos constroem suas representações.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da AFI. Apesar de haver diversas possibilidades de aplicação do método fenomenológico para a análise de experiências, em especial, aquelas apreendidas por meio de entrevistas, Giorgi (2008) apresenta três etapas de análise distintas, mas intimamente relacionadas. A primeira se refere à redução fenomenológica, que consiste em uma atitude do pesquisador em se ater ao fenômeno da forma como este se apresenta, deixando em suspenso, ainda que momentaneamente, o arcabouço teórico e os conhecimentos acerca do objeto “a fim de apreendê-lo em toda inocência e descrevê-lo exatamente tal como se tem dele intuição” (p. 392).

A segunda etapa referida por Giorgi (2008) diz respeito à descrição do fenômeno estudado que, segundo o autor, consiste em “utilizar a linguagem, de modo a articular os objetivos intencionais da consciência nos limites das coerções impostas pela evidência intuitiva” (p.394). Em outras palavras, nesta etapa, os pesquisadores buscam descrever o fenômeno e as experiências da forma como elas se apresentam e são narradas pelos sujeitos da pesquisa, evitando imprimir sobre elas suas concepções pessoais ou realizar, neste momento, quaisquer tipos de interpretação.

A terceira e última etapa proposta por Giorgi (2008) consiste na busca das essências. Segundo este autor:

A essência representaria, isso sim, aquilo que, enquanto sentido, mantém-se mais duradouramente em um contexto determinado. É a articulação, baseada na intuição, de um sentido fundamental, sem o qual o fenômeno não poderia se apresentar tal como ele é: uma identidade constante que contém as variações que um fenômeno é capaz de sofrer, e que as limita (p.395).

Nessa perspectiva, os pesquisadores devem buscar identificar, nos relatos dos entrevistados, os sentidos atribuídos pelos sujeitos à experiência e aos fenômenos investigados, identificando aquilo que é essencial.

Assim, a redução fenomenológica, a descrição do fenômeno e a busca das essências se constituíram como linhas norteadoras do nosso processo de interpretação dos resultados. Para análise das entrevistas, de modo mais específico, nos baseamos em Trindade, Menandro e Gianordoli-Nascimento (2007) que sistematizaram uma possibilidade de utilização desse método para o estudo de fenômenos de RS.

Nessa perspectiva, em um primeiro momento, foi realizada a transcrição literal das entrevistas, pelos próprios pesquisadores, abrindo espaço para que fossem evidenciados aspectos emocionais, como choros e silêncios, dentre outros, sem suprimir nenhuma fala. Em um segundo momento, realizou-se a leitura exaustiva das transcrições integrais, mantendo a atitude de redução fenomenológica, buscando construir unidades de significado, ou seja, aspectos da fala dos entrevistados que são relevantes para o objetivo do estudo. Em seguida, os trechos das entrevistas foram reorganizados a partir dos temas e das unidades identificadas, respeitando a transcrição literal. No quarto momento, os relatos relevantes para o tema do estudo foram convertidos em linguagem parcialmente padronizada e, na quinta e última etapa, os temas e as unidades de significado foram transformadas em uma estrutura que considerou os significados e as vivências dos participantes relativos ao fenômeno de estudo, possibilitando assim a interpretação dos dados (Trindade, Mendandro & Gianordoli-Nascimento, 2007).

Conforme nos lembra Arruda (2005), “a coleção de dados que se obtêm e se processam não são ainda a representação social – ela surge da costura que só o olhar do/a pesquisador/a pode fazer, numa perspectiva (...) holística e integradora” (p.232). Tratando-se dos estudos de RS desenvolvidos segundo a Abordagem Processual, torna-se necessário, nesta fase, identificar como o grupo de sujeitos elabora e faz circular internamente as representações, revelando sua lógica de organização interna e sua relação com contexto no qual esses sujeitos se situam (Arruda, 2005).

Todos os participantes tiveram conhecimento dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e recebeu aprovação através do parecer 451.027, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No Quadro I encontra-se uma breve descrição dos homens participantes do presente estudo. Em seguida, serão apresentadas as narrativas individuais de cada um dos entrevistados, explicitando suas histórias e, especialmente, os sentidos que esses sujeitos atribuem ao adoecimento e a sua corporalidade.

Nome Fictício	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Religião	Ocupação anterior	Ocupação atual	Filhos
Paulo ⁵	58	Casado	Ensino Fundamental	Evangélico	Caseiro	Desempregado	04
Plínio	61	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélico	Mestre de obras (construção civil)	Buscando aposentadoria	05
Pacheco	62	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Católico	Construção civil	Processo de aposentadoria	04
Pérciles	68	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Católico	Atendente de bar e lanchonete	Aposentado	07
Pierre	63	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Católico	Copeiro, braçal e vigilante	Porteiro	09
Patrício	67	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Católico	Minerador	Aposentado	01
Pablo	62	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Católico	Atendente em lanchonete, bar e restaurante	Desempregado	02
Pedro	61	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Católico	Aposentado	Aposentado	02

Quadro I: Perfil dos participantes

⁵ Neste trabalho, os nomes dos participantes foram substituídos por pseudônimos. Os trechos destacados em itálico se referem às falas dos próprios entrevistados.

Paulo: “eu não sou homem mais”

Paulo tem 58 anos, é evangélico, casado há 37 anos e pai de 04 filhos. Antes do adoecimento, percebia a si próprio como um *cara sadio* e que utilizava com pouca frequência os serviços de saúde, frequentando-os apenas quando *tinha uma dor*, uma *gripe* ou quando algum problema já se manifestara, buscando um *médico pra passar remédio* e produzir algum alívio para os sintomas. Conforme ele mesmo destaca, *só foi no médico pra arrancar dente* e, conta que, *era meio difícil* ir ao médico para tratar de questões relacionadas à sua saúde. Na sua opinião, a busca por esses serviços não se referia a uma tarefa simples, mas sim, *difícil*.

Paulo relata diversas situações nas quais teve seu estado de saúde alterado e como reagiu a cada uma delas. Certo dia, ele se acidentou caindo de um galpão suspenso a 13 metros de altura, o que exigiu a sua internação por cinco meses e quinze dias. Paulo afirma ter sentido fortes dores na coluna, difíceis de serem suportadas, dando a sensação de que seu corpo estava *cheio de pregos*. Segundo ele, a queda produziu *sangue pisado* em sua coluna, exigindo assim uma intervenção cirúrgica para sua retirada.

Paulo fala ainda acerca da sua relação com o álcool e com o cigarro. Segundo ele, fazia uso diário de bebida alcoólica que, na sua opinião, além de prejudicar sua saúde, também interferia nas relações estabelecidas com sua família, em especial, com sua esposa e filhos: *Todo dia [bebia]. Eu bebia pra ficar bêbado mesmo! Tinha dia que eu dormia sem tomar banho, sem comer, sem nada. Eu tava parecendo até que era mendigo. Minha mulher tava com um ódio desgramado, os meninos já tava aborrecido com aquilo.*

Ao narrar o processo de adoecimento, Paulo aponta que, em algumas situações, a bebida também era utilizada para alívio de sintomas e de aborrecimentos. Em uma ocasião, quando trabalhava como *caseiro* em uma chácara, começou a sentir fortes dores estomacais que, posteriormente, viriam a ser diagnosticadas como gastrite e úlcera. Num certo dia, o seu patrão o encontra em seu local de trabalho embriagado e o questiona pela situação. *Trabalhei*

aqui na Pampulha numa chácara quatro anos, depois eu vi que os braços já tava doendo e aí eu comecei a tomar cachaça. Aí o patrão chegou um dia e eu bebi tanto que eu peguei e deitei assim (...) Aí eles [os patrões] falou assim: Ô Paulo, eu vou te dar umas férias que eu tô vendo que você tá cansando. Falei: Eu tô não seu Carlos! Mas por quê que você tá bebendo assim? Não, é porque tem hora que a gente aborrece da vida da gente (...), mas já era isso [câncer] que tava ne mim... Tava começando, tava começando. Aí eu peguei e falei com ele: Ô senhor Carlos, eu tô com muita dor na boca do estômago, tá doendo demais da conta, então o senhor podia dar um jeito num remédio. Em seguida, o patrão busca um médico que o atende e oferece uma medicação: Aí veio ele [o patrão], o filho dele, a mulher dele e um médico. Trouxeram um vidro assim de remédio assim, hidróxido de alumínio, um remédio branco, tem gosto de hortelã aquela coisa toda e trouxe um comprimidinho da cor de terra. Falou: ó você vai tomar esse comprimido aqui, se você morrer agora nós leva você e enterra (...) Aí foi aquela coisa toda né, ele me deu o comprimido, eu tomei, daí a pouco aquela dor acabou tudo.

Após o episódio, Paulo procura um médico especialista para iniciar um tratamento do quadro, que resultou no alívio dos sintomas que, para ele, remetiam a uma *ferida* aberta em seu estômago. Além dos medicamentos, o médico recomendou que *pra poder controlar e fechar* Paulo não poderia mais *beber* bebidas alcoólicas, *nem ficar tomando muito café*, tampouco *comer muito comida engordurada*. Segundo ele, *com dois mês ela [a ferida] já tinha fechado*.

Tempos depois, Paulo apresentava novamente os sintomas que produziam a sensação que seu estômago ou, nas suas palavras, seu *bucho*, estava *alargando, rachando*, motivando-o a buscar novamente um serviço de saúde. *Agora, quando foi desses dias aí pra trás aí, deu muita dor na boca do meu estômago (...) Parecia que o bucho tava fazendo assim, tava alargando, rachando*. Ao procurar o posto de saúde, próximo à sua casa, *o médico passou pra*

mim vinte comprimidos, os quais, foi tomando, foi tomando, foi tomando. Após realizar uma endoscopia, constatou que o problema havia acabado.

Nesse mesmo período, Paulo passa a apresentar um quadro de gastrite, vivenciada como um queimação e dor intensa que se complicava a partir de seus hábitos alimentares, em especial, a ingestão de bebida alcoólica, produzindo a sensação de que uma *ferida lavrava* no seu estômago. *Que ela [a úlcera] começou a gastrite né. Que a gastrite começa com queimação, aquela coisa, aquela dorzinha. Aí conforme as coisas que você vai bebendo, igual eu bebia pinga... E aquele trem foi lavrando. A bÍlis derramava, não tinha nada pra construir, que tinha que ter comida né. Não tinha. Aí foi ferindo mais ainda, aí foi onde que alargou a ferida no meu estômago.* Analisando retrospectivamente a situação Paulo afirma seu receio de que algo pior pudesse ter ocorrido, especialmente, se tal *ferida* entrasse em contato com o *câncer* que pudesse *passar por ali*, podendo de alguma forma contaminá-la. *Por nada que era isso que ia passar o câncer viu. Que se passa um câncer nisso aí eu tava mais ferrado ainda.*

Há alguns anos, em uma das situações em que buscou auxílio médico foi instruído a deixar a bebida e o cigarro: *aí o médico falou comigo: ó, se o senhor quiser viver, o senhor não vai beber bebida alcoólica mais e nem fumar (...).* Desde então, Paulo abandonou o uso da bebida, entretanto, afirma que ainda não conseguiu abster-se do uso do cigarro: *A bebida eu não bebo nenhuma mais, mas o cigarro eu não parei com o cigarro!.* Recentemente, iniciou um tratamento do tabagismo conjugando atendimentos médicos e psicológicos, mas sem sucesso.

Certo dia, Paulo começou a vivenciar diversas alterações em seu corpo. Ele conta que suas fezes e urina estavam alteradas, especificamente que suas fezes saiam como as de um cabrito, em forma de bolinhas e que vivenciava a sensação de queimação ao urinar: *as minhas fezes começou a sair igual fezes de cabrito. (...) Começou a sair daquele jeito e a urina*

começou a sair aqueles pingos queimando. Os sintomas não desapareciam, mas ao contrário, aumentavam gradativamente com o passar do tempo, alterando o seu dia a dia (capacidade de andar, apetite, por exemplo) e eram percebidos por Paulo como uma piora: Piorou que eu não tava nem aguentando andar mais. É, e não tava comendo, que a gente perde o apetite.

As mudanças percebidas e as fortes dores passam a preocupá-lo, levando-o a questionar o que estaria acontecendo com o seu próprio corpo, que já não era o mesmo de antes: *(...) eu tava sentindo muito, eu tava sentindo muita, muita dor, principalmente quando ia fazer xixi, fazer coco, aquela coisa toda. Eu falei: Meu Deus do céu! Quê que pode ser isso?*

Num certo dia, não suportando mais, Paulo chama a esposa ao banheiro e mostra como estavam suas fezes, resultado das alterações em seu corpo: *Aí expliquei minha esposa, mostrei ela, levei ela no banheiro e falei: espia como tá a situação aí ó. Ao constatar a situação de Paulo, a esposa sai em busca de um atendimento de saúde, que, para ele, foi um ato importante para sua sobrevivência: Se ela [esposa] não corre no Padre Eustáquio outra vez e fala com os médicos a situação que eu tava eu tinha morrido. (...). Entretanto, os serviços de saúde de seu bairro não eram tão ágeis quanto esperava Paulo, de modo que ele teve que se haver também com a demora para conseguir atendimento em saúde. Enquanto isso, para ele, foi *delatando minha consulta, delatando, delatando* e, ao mesmo tempo, o seu quadro de saúde ia se *alterando, alterando, alterando*.*

Ainda que com um certa demora, a consulta é marcada e diante do médico Paulo expõe sua angústia em relação ao desconhecimento e estranhamento do que passava consigo, dentro do seu corpo: *(...) eu falei [com o médico]: eu quero que o senhor fala a verdade comigo, eu não quero ficar assim, sem saber a verdade! Quê que é que tem ne mim?.* Na consulta, Paulo é informado do diagnóstico de câncer, de que seu corpo tinha *um carocinho* que estava *começando*, mas que podia se alterar com o tempo, sendo necessária a retirada da

próstata, para seu controle: *O médico falou que tava começando um carocinho, que ele não podia deixar alterar.*

Diante do diagnóstico, Paulo diz ter ficado *alegre*, já que, apesar da constatação da doença, seu estado de sofrimento passa a receber uma explicação e também possibilidades de tratamento, afastando assim a ideia da morte. *Aí eu fiquei alegre [de saber que era câncer]. Eu fiquei alegre porque eu falei: graças a Deus que eu sei do quê que eu vou operar, de que eu vou operar, porque eu tenho certeza que isso não vai me matar não, né. (...) até que eu não fiquei com medo não [de ser câncer].* Por outro lado, a doença que, segundo o médico *não podia deixar alterar*, parecia sair do controle, de modo, que continuava a crescer e alterar-se, continuamente: *E o negócio só foi alterando, só alterando (...) Aí o trem foi aumentado, o câncer foi aumentando e o tumor também foi crescendo. Se passa mais umas duas semanas eu não ia aguentar não, que ele ia tomar conta do intestino todo (...).*

Apesar da *alegria* expressada ao saber do diagnóstico de câncer, Paulo se depara com uma doença que julga ser grave, letal e de difícil tratamento. Nesse sentido, Paulo associa a origem do câncer à figura do *capeta* e da *morte*, percebendo-a em alguns momentos a um *caroço*, ora a uma *praga* que cria raízes pelo seu corpo: *ó, o câncer parece que é uma doença que é do capeta, porque essa praga dessa doença mata! Aqui eles meteram a mão e tiraram aquele caroço, aquele tumor fora, mas só que ficou o... a raiz ficou pra trás, aí foi o que causou ir pros ossos.* Para ele, assim como a AIDS, o câncer é uma enfermidade que acomete um grupo grande de pessoas, de diferentes idades, atingindo diferentes partes do corpo: *você sabe por quê que eu falo isso [doença do capeta]? E falo aqui e falo em todo o lugar que tiver eu falo. Porque ó, tinha começado a AIDS né. Parou de falar na AIDS, agora só vem falar num tal de câncer. Até criancinha nova, igual eu vi nos hospitais onde eu tava, criancinha nova com aquela doença sô.*

Através de sua experiência de vida e de outros homens que conheceu durante a vida e tratamento oncológico, Paulo afirma que além da doença, o tratamento do câncer também produz sofrimentos, exigindo intervenções que invadem o corpo do paciente, de maneira agressiva, percebidas por ele como *rachar, furar, pôr, meter: Meu colega deu câncer dentro do ouvido! O outro deu na garganta! Teve que rachar a garganta dele, furar a barriga dele, furar o... um lugar a fora lá, pra pôr uma mangueira pra ele alimentar.* Conforme relata Paulo, ao se deparar com essa enfermidade *a pessoa desanima! Fica toda desanimada! Você pensa que vai morrer!*. Tais sentidos parecem se materializar em sua vivência em relação aos procedimentos cirúrgicos aos quais se submeteu, descritos mais adiante.

Paulo também divide o câncer em dois grupos: cânceres *malignos* e *benignos*. Em alguns momentos, é possível notar que ele também faz uma distinção entre *câncer* e *tumor*. Para ele, ambos matam, entretanto o câncer maligno seria mais ágil para isso, comendo o corpo da pessoa acometida pela enfermidade. Ao falar sobre o câncer Paulo aponta para uma ideia de movimento do câncer dentro do corpo do sujeito que se muda de um órgão pra outro, aumentando assim, gradativamente a piora do quadro. Embora, para ele, ambos tipos de cânceres sejam letais e que comem o corpo da pessoa, o câncer maligno requer uma maior preocupação, dada a velocidade que o mesmo se movimenta e tira a vida dos pacientes: *Porque o negócio [câncer] é comilão mesmo, principalmente o maligno! O maligno ele anda rápido (...) Agora o maligno, eu vou falar com você não deixa não, não dá tempo pra ele não, que ele leva o peão mesmo! Porque o câncer não é brincadeira! O maligno não é brincadeira! Ele mata mesmo!*.

Por outro lado, o benigno seria mais lento, porém, não menos letal e agressivo, demorando apenas um tempo maior para matar o paciente. *Agora o benigno não. Ele vai devagarinho, só devagarinho! Ele mata! Ele mata sim! Mata com o tempo, com o tempo!*. Nota-se ainda que a ideia de morte associada ao câncer por Paulo, refere-se a uma morte *antes*

da hora, não natural. Apesar disso, em suas palavras, ao ser diagnosticado com a doença, a pessoa não se deve temer, já que o tratamento é uma possibilidade de enfrentamento dessa morte antecipada. Mas vocês não fica com medo, vocês vão fazer os seus tratamentos pra Deus abençoar que vocês não vão antes da hora.

Ao iniciar o tratamento e com o crescimento contínuo do câncer, Paulo passa a deparar-se com uma série de transformações corporais que alteram a maneira como percebe e o que realiza com o seu corpo no cotidiano. Para ele, as mudanças percebidas são produzidas ou aumentadas pelo próprio tratamento oncológico, em especial, a partir do uso dos medicamentos indicados e da realização da cirurgia de retirada da próstata. Desse modo, o tratamento oncológico produz efeitos em seu corpo, difíceis de serem suportados, aguentados.

A cirurgia de retirada da próstata e, posteriormente, a cirurgia de retirada dos testículos se constituem como eventos significativos e marcantes durante o processo de tratamento oncológico de Paulo. Ao narrar o evento das cirurgias, ele revela o quão agressivo esses procedimentos se apresentaram para ele: *Chegou lá, foi chegando lá foi metendo a faca! Meteu a faca e eu fiquei, eu fiquei lá de um dia pro outro. (...) Aqui eles meteram a mão e tiraram aquele caroço, aquele tumor fora (...) eu vi eles começando a meter o bisturi na bola.*

Paulo lembra que não apenas as cirurgias, mas os exames para a prevenção do câncer da próstata, tanto como aqueles realizados após o diagnóstico também são invasivos. O mesmo ressalta que, muitos homens *machistas* receiam ir ao médico fazer os exames pois sabem que o mesmo irá *meter o dedo no rabo* deles. *Às vezes você (abaixa o tom de voz) não quer ir no médico com medo do médico meter o dedo no rabo (recupera o tom) e você não ter medo disso aí.*

Paulo também narra um episódio no qual foi fazer um exame mais avançado na próstata. Estavam presentes ele e sua mulher, além de dois médicos e de uma enfermeira. Ele conta que os médicos *meteram* um aparelho em seu ânus e disseram que possivelmente ele

ficaria cerca de sete dias com sangramento, *igual a uma mulher menstruada*. A experiência provoca em Paulo *tristeza e rancor pra danar*. Nesse sentido, ele relata: *Chego lá, meu filho, eles mete ne mim um aparelho no... no furêbis, como diz o Didi (risos) e aí eu vou te contar uma coisa, aquele ali me deixou me deu tristeza e rancor pra danar, que o médico falou comigo: ó, o senhor não vai assustar, que o senhor vai ficar igual mulher menstruada sete dias! E aquilo ele enfiou aquele trem, eu virei pro canto da parede e estufei assim, a enfermeira veio pegando as minhas pernas e fez meio tipo assim né e aí ele foi e enfiou o aparelho. E tem outro médico lá no computador, olhando lá. Falou assim: É, o negócio dele não tá bom não!*

A realização dos procedimentos cirúrgicos foi marcada pelo sentimento de medo. Relatando a cirurgia de retirada do testículo, Paulo narra os momentos anteriores à operação nos quais já estava na mesa de cirurgia, pronto para ser operado. Foi quando foi tomado pela sensação de que o seu *coração esfriou* e de que parte do seu corpo já havia morrido. A sobrevivência à experiência da cirurgia, é sentida por ele como um sair da cova, concebendo a cirurgia como uma experiência de morte. O seu corpo, durante a operação ficou entregue à equipe médica e após a anestesia tornou-se morto e duro como um pedaço de pau: *na última vez que eles me operou, eu na hora que eu deite na cama, meu coração esfriou. Esfriou e eu fiquei com medo e falei: ô meu pai! Aí na hora que eles falou assim: agora o senhor pode virar que nós vamos encolher as pernas do senhor e nós vamos fazer o serviço aqui. Aí ele [médico] tava falando comigo, eu, pra mim ele tava falando com um pedaço de pau, que daqui pra baixo tava tudo morto. Aí falei: não, tá tranquilo!. Ele falou: tá tranquilo mesmo? Falei: tá. Aí bateu nas minhas canelas, falou: deixa eu ver se o senhor tá tranquilo mesmo!. Aí bateu, bateu, bateu, mesma coisa de bater aqui ó, tá tudo duro, tudo duro. Aí, eu olhei no espelho, tem um espelho assim no teto e eu olhei e eu vi eles começando a meter o bisturi na bola, mas aí eu já não vi mais nada que a anestesia já fez o efeito logo.*

O sentimento de que o seu *coração esfriou* se repetia sempre que Paulo se via diante da necessidade de se submeter a procedimentos cirúrgicos, os quais já sabia previamente que seriam mutilantes e deixariam sequelas. Durante a cirurgia de retirada dos testículos, narrada acima, o mesmo relata que sentiu o *frio da morte*: *na terça eles me operou. Aí eu tive que ir no CTI, fiquei umas três horas lá no CTI. Eu fiquei muito ruim e bateu ne mim uma tremedeira, isso aí eu vi, que bateu em mim uma tremedeira, um frio que eu acho que era o frio da morte. Eu acho que Deus me tirou dentro da cova e puxou pra fora. Na hora que eu deitei na cama, que eles me jogou um pano aqui e não deixou eu ver mais nada. Aí eu fiquei com medo. Aí eles mandou eu virar de banda e aplicou, eu vi a agulha, uma agulha desse tamanho, entre o meio do ossinho da coluna e depois veio com outra e apareou ali e aí eu. Aí eu já não, já não vi mais nada.*

Nos momentos em que realizava os procedimentos cirúrgicos, a possibilidade da morte surgia de forma clara, tanto para Paulo, quanto para sua família. Em um deles, sua esposa, que sempre o acompanhava, chega a buscar outros membros da família para contar da gravidade da situação de Paulo e prepará-los para a proximidade de sua morte: *A minha esposa saiu de lá preocupada demais da conta, foi nos parentes e avisou: ó vocês pode aí orar a Deus aí, nós são evangélico, (chorando intensamente) que ele não volta pra casa não! (silêncio chorando).* Paulo afirma que a possibilidade da morte levava-o a se aborrecer, uma vez que ficava a pensar no destino da sua família com a sua ausência. *Eu ficava só aborrecido pensando o quê que ia acontecer comigo se eu morresse e deixasse a minha família pra trás. Era só isso que eu pensava.*

Paulo se refere à cirurgia de retirada dos testículos como uma *castração*, semelhante às que ele mesmo realizara em porcos. *Eles fez comigo igual faz com porco. (...) Já viu castrar porco? (...) Eles pegou o grão, abriu ele, tirou o [os testículos]. (...) do jeito que eu faço com o porco eles fizeram comigo (...) aí teve que castrar lá por baixo.* Ao final da

entrevista, Paulo lembra de uma das ocasiões nas quais ele mesmo matou um porco e chama a atenção do quão doloroso foi o processo de matar o porco, marcado por muita dor e sofrimento intenso do animal.

Após a cirurgia e, diante da constatação da ausência dos testículos e suas consequências, Paulo afirma ter pensado em se matar, chegando a planejar a ingestão de bebida alcoólica com medicamentos ou ainda dar um tiro no ouvido. *A segunda cirurgia [do testículo], que eu queria morrer, eu queria morrer ou do poder de bebida com remédio ou dar um tiro dentro do ouvido. Eles até escondeu a arma né. Escondeu a arma e eu não sei que rumo que eles deram nela.*

Segundo ele, as consequências da cirurgia do testículo também trouxeram consequências para *sua cabeça*, tornando-a *fraca*, de modo que agora tudo ataca sua cabeça. Conforme ele relata, após esse procedimento tornou-se uma pessoa muito triste, emotiva, introvertida, podendo chorar a qualquer momento. De acordo com suas próprias palavras, *deprimido demais da conta!* Tais situações não aconteciam antes dessa operação. Agora, sente-se *complementamente estressado da cabeça*, levando-o a tomar remédios como Gadernal e Diasepan, ainda que não surtiam muitos efeitos. *Então minha cabeça ficou meia fraca e eu qualquer coisa se você me ligar pra mim, a primeira palavra que você falar pra mim eu atendo, depois eu não aguento mais. E eu fico mais é só no remédio (...) Alegria pra mim é choro. Tristeza pra mim é choro (...) Mudou que eu fiquei assim um tipo de uma pessoa que... às vezes eu vou na casa da minha sogra, pode ser qualquer dia, qualquer hora, aí eu dou um abraço nela e já começo a chorar. (...) tudo ataca a minha cabeça.*

Dentre as coisas que atacam sua cabeça, Paulo reconhece que as lembranças do processo de adoecimento e da situação na qual se encontra são difíceis de serem esquecidas e vêm sempre acompanhadas pela tristeza. *Eu sou alegre, mas na hora que vem essa lembrança, aí a tristeza chega junto (...)* Falo [com a esposa]: *minha filha, passou, eu sei que*

passou. Eu sei que passou já tem cinco anos pra trás. Mas não sai da minha cabeça. Não sai da cabeça de jeito nenhum.

A medicação se mostra de forma dúbia para Paulo que, ora a percebe como um elemento que pode trazer alívios de sintomas e a cura e, outrora, por serem fortes os remédios trazem efeitos colaterais indesejáveis, prejudicando não apenas sua saúde física, mas também a sua cabeça: *As pernas bambeou né, aqueles remédios que eu tomo é muito forte (...) Que com esses remédios que eu tomo, não pode parar, tudo de [uso] contínuo, então é só remédio forte. Então cada vez vai só me enfraquecendo (...).* Assim como os remédios, a falta do cigarro também contribui para o sentimento de cabeça ruim: *eu não to aguentando ficar sem o cigarro. Falou que é pra eu não fumar, ma eu não to aguentando não. A minha cabeça fica mais ruim ainda.*

A partir do diagnóstico e, em especial, após a realização das cirurgias Paulo relata uma série de situações do seu cotidiano nas quais o seu corpo, antes *sadio*, não mais *aguenta* responder às demandas que lhe são direcionadas, levando-o a vivenciar um sentimento de perda de controle de si mesmo, desvalorização e dificuldade de realizar atividades cotidianas com o corpo: *[quando recebeu o diagnóstico] Eu falei: é... desta vez se eu não morrer eu não vou ficar valendo nada. Eu ando bastante, quando eu to aguentando que as pernas ta aguentando eu ando (...).*

Paulo conta, por exemplo, que alterou sua rotina de idas aos cultos na igreja evangélica que frequenta, uma vez que suas pernas já não suportam caminhar até o local, sendo necessário que o filho o leve de carro. *Se eu for de manhã cedo [na igreja], a noite eu não vou porque as pernas não aguenta, fica doendo.* Com seu estado de saúde fragilizado, Paulo também não pôde realizar quimioterapia e radioterapia. *Não pude fazer que ela [a quimioterapia] tava nos ossos e aí essa quimioterapia e a radioterapia é muito forte. Então é por isso que eu não pude fazer.*

Paulo também conta que, após as cirurgias passou a apresentar um quadro de incontinência urinária, de modo que não consegue mais controlar a urina, levando à necessidade de utilização de fraldas descartáveis. Segundo ele, quando faz força ou carrega algo, ainda que pouco pesado, sua urina sai, sem a possibilidade de controle: *Se eu fazer uma força, assim, pra carregar um quilo e meio, urina sai de contínuo, que eu uso fralda.* Diante desse quadro, Paulo se vê diante da obrigatoriedade de utilizar fraldas, mesmo que as mesmas resultem em consequências também negativas, que também alteram o seu corpo. *Tem que usar [fralda]. (...) Ai eu vim [na CAPEC], eles fizeram as minhas fichas. Ai ela viu meus papel do médico, ai ela falou: é, o senhor vai ter que usar fralda e não é pouco não e o senhor vai custar a acostumar, o senhor vai sapecar, o senhor vai coçar, vai encher de caroço, vai ferir.*

Tais mudanças contribuíram para que Paulo passasse a depender de sua esposa, para atividades que antes fazia sozinho, como tomar banho, trocar de roupas e se adaptar às novas ações, como por exemplo, colocar fralda. *Se eu passar da hora de tomar banho, que eu tomo banho nove horas, se eu passar da hora de tomar banho a mulher já começa a brigar: vai lá pro banheiro que eu vou te dar banho!. Ai ela vai e tira a minha roupa, que tem hora que as minhas pernas não pode subir. (...) Dá, ela dá banho. (...) Que as pernas costuma ficar dura né, então ela pegue e veste a fralda ne mim, veste calça ne mim. É desse jeito. (...).*

Dentre as novas incapacidades relatadas por Paulo, a incapacidade para o trabalho parece ocupar um lugar importante, fazendo com que ele sentisse grande tristeza. Após as cirurgias, Paulo foi orientado pelos médicos a se abster do trabalho braçal *o médico falou assim: ó, o senhor não vai durante 60 dias, o senhor não vai pegar peso de meio quilo, o senhor não pode pegar.* Apesar de algumas tentativas, o mesmo relata que, após o adoecimento e tratamento, não *aguenta* mais concluir suas atividades laborais (pedreiro), sendo necessário que outra pessoa as conclua em seu lugar: *Então a minha tristeza é que eu*

(silêncio com choro) a minha tristeza que eu tenho é isso: que eu trabalhava de pedreiro e... fiz... Eu fiz umas... uma, duas, três, quatro.... eu fiz cinco casas. Depois dessas cinco casas eu não aguentei mais. Ainda ficou um restinho pra terminar, o meu menino foi lá e terminou (...)
Que eu não aguento trabalhar mais, então, (chorando intensamente) (...) Porque eu vejo os outros trabalhando, me dá vontade de trabalhar e eu não aguento (...).

É preciso considerar que as mudanças que o incapacitaram para o trabalho não se deram de forma repentina, mas sim aos poucos, de modo que suas forças foram pouco a pouco se acabando a ponto de Paulo não poder sequer trabalhar. *Mas só que a força, a força foi ficando pouca. Foi ficando pouca, foi ficando pouca e até que eu agora não aguento trabalhar mais.* Agora, frente à impossibilidade de trabalhar Paulo se entristece, fica com a cabeça ruim e chegou até a pensar em dar um tiro no ouvido. Uma vez que o seu corpo não o permite trabalhar, Paulo sente que não é homem mais. *Eu já pensei em ficar caladinho, não falar nada com eles [a família], pegar um revólver e dar um tiro dentro do ouvido, porque eu fico lembrando: eu não sou homem mais, não aguento trabalhar, fraqueza nas pernas. Como é que vou fazer? Cabeça ruim...*

Em alguns momentos, é a própria família de Paulo que o lembra de suas incapacidades. Certo dia, ele propôs aos filhos construir uma escada para sua casa. Ao propor, escutou de um deles que já não podia mais trabalhar nesse tipo de atividade. Em outros momentos, Paulo também era lembrado pelos filhos de suas limitações físicas. Em uma outra ocasião, ele estava com raiva de um vizinho que olhando muito para a sua esposa. Sentindo ciúmes, ele conta ao filho que irá dar um tiro no vizinho. Entretanto, seu filho o lembra que não pode fazer isso, já que *não está aguentando nada! Inclusive eu queria matar um cara lá perto de casa. Queria não, ainda quero ainda. Ainda quero ainda. Só porque ele sobe pra cima da laje de lá e a laje dele é afastada da minha laje da distância desse pé de árvore aí ó. Aí em vez dele ficar, conversar comigo, aquela coisa toda, ele fica só olhando pra minha*

mulher. Aí eu tô falando, eu tô calculando de dar um tiro no meio certo da testa dele que vai ser um tombo muito feio, que ele vai cair lá de cima, vai bater lá embaixo, que a casa dele é três andar. Aí os meninos falou: pai, o senhor não vai fazer nada não! Que é isso? O senhor não tá aguentando nada!

Dentre as mudanças corporais vivenciadas por Paulo também destacam-se aquelas relacionadas à sua sexualidade. Conta que após as cirurgias *ficou valendo nada* e que *não é homem mais*, uma vez que não tem mais condições de ter relações sexuais com sua esposa da mesma forma como tinha antes do período de adoecimento. Para Paulo, sua situação atual é semelhante a de uma criança, uma vez que não tem mais desejo sexual *Então eu fiquei igual uma criança! Eu não tenho desejo de nada mais não! (chora)*. Ao mesmo tempo, no que se refere a sua esposa, acredita que agora, dadas as mudanças impostas na sua sexualidade, estabelece uma relação de *irmãos*, uma vez que não existe mais o ato sexual com penetração, apenas beijos, abraços e carícias. Tal situação deixa Paulo sem saber como agir. *Nós conversa e tudo. eu abraço ela, aquela coisa toda, mas assim de relação [sexual] acabou mesmo (...)* *Eu tomo banho junto, eu tomo banho junto com a minha esposa pra mim é a mesma coisa, é a mesma coisa de eu tá tomando banho sozinho. Ela esfrega a minha cacunda, esfrega os meus pés e eu esfrego a cacunda dela e pra mim é a mesma coisa de nada. Não tá acontecendo nada (...) porque eu fico lembrando: eu não sou homem mais. Não aguento trabalhar, fraqueza nas pernas. Como que eu vou fazer?.*

Para Paulo torna-se impossível pensar a si mesmo como homem sem a capacidade de trabalhar e manter relações sexuais com sua esposa *[questiono o não ser homem mais e ele responde] pela razão de eu não aguentar trabalhar (...)* *É complicado. É complicado demais da conta!* Paulo chegou a colocar um *implante* [prótese] no pênis que na sua opinião não resolve nada: *Então eles puseram um implante [peniano] em mim, mas esse implante só pra, como que diz, só pra não ficar molengo demais, mas que não resolve nada.*

Paulo também conta que, quando recebeu a notícia das alterações na sua sexualidade, estava ao lado da esposa. O médico conversou com ele na presença de uma enfermeira e outros dois médicos. Frente à notícia das possíveis sequelas do tratamento, a esposa de Paulo se manifesta dizendo que também gostaria de não ter mais vontade de manter relações sexuais. *Aí a minha esposa ainda falou assim: ó doutor se ele for ficar da situação que não tem mais vontade de manter mais relação, Deus pode tirar a minha tudo também! E Deus ouviu o que ela falou, tirou a vontade dela também.* Paulo afirma que após o adoecimento sua relação com a esposa também se modificou. Agora, percebe sentir mais carinho e também sente mais ciúmes da mesma, ficando preocupado quando ela demora a chegar, pensando numa possibilidade de traição, ainda que acredite na fidelidade da esposa.

Frente a essas mudanças, ao ser perguntado sobre o que é um corpo, Paulo reconstrói a pergunta e a devolve a mim: *o meu corpo? O meu corpo não é... eu pergunto, aí eu vou perguntar ele: como é que é o seu?* Ele define o seu corpo a partir de outros corpos, chamando a atenção para aquilo que o seu não possui em comparação com outros, revelando que o seu corpo é um corpo que não é como o esperado e que é caracterizado por muitas faltas, como por exemplo, a ausência do desejo sexual. *Aí ele vai falar: o meu é assim, assim, assim e assado. Só que o meu não é assim não. O meu corpo não tem desejo e outros tem desejo viu. Você, eu sei, eu tenho certeza que você tem desejo né e eu não tenho desejo.*

Quanto ao futuro, Paulo acredita que diante do seu atual estado de saúde e da rotina de medicamentos e tratamentos aos quais se submete, irá ficar *mais velho e mais fraco ainda*, já que não pode interromper o seu próprio tratamento, que como já apontado, ao reduzir os sintomas do câncer, o deixa cada vez mais fraco. *Eu imagino, eu imagino sim que eu vou ficar mais velho, vou ficar mais fraco ainda né, que com esses remédios que eu tomo, não pode parar, tudo de [uso] contínuo. Então é só remédio forte. Então cada vez vai me enfraquecendo!*

Plínio: “Eu tenho assim na cabeça que talvez se eu não tivesse feito a cirurgia, talvez até hoje eu tava com a esposa do meu lado”.

A entrevista foi realizada na CAPEC, em uma manhã de quinta-feira. Plínio tem 61 anos, é evangélico, casado, pai de cinco filhos e, embora não estivesse trabalhando na ocasião da entrevista, seguia *lutando para conseguir a aposentadoria*, ainda que sem sucesso. Ao iniciar a entrevista, contei sobre a pesquisa, seus objetivos e expressei interesse em ouvir a sua história em relação ao seu processo de adoecimento e tratamento oncológico. Para falar sobre *o que aconteceu*, ou seja, para falar sobre seu processo de adoecimento, Plínio afirma que é necessário *começar do começo* e, nesse caso, falar sobre seu relacionamento com sua esposa. Como veremos a seguir, a história e as experiências conjugais de Plínio encontram-se fortemente entrelaçadas à experiência do seu processo de adoecimento.

Apesar de diversos episódios de separação e de, na ocasião da entrevista, estar *separado* da esposa, Plínio afirma estar *casado* há 38 anos. Casaram-se legalmente em 1999, mas já viviam juntos há 23 anos e tiveram três filhos. Ele também conta que, em uma outra fase da sua vida, a qual denomina de *vida de prostituição*, vivia com duas famílias ao mesmo tempo, tendo, então, outros dois filhos *fora do casamento*. A relação do casal sempre foi marcada por diversas separações mas, segundo Plínio, apesar desses momentos de afastamento, a esposa não se relacionava com outros homens, mantendo assim, a fidelidade. Entretanto, para ele, após a descoberta do câncer da próstata e durante o tratamento oncológico, seu casamento passou por uma série de transformações, refletindo em muitos conflitos conjugais que geraram grande sofrimento.

Ao falar sobre seu casamento e sobre o que sentia (e ainda sente) por sua esposa, Plínio afirma que *aquilo não era amor, era uma doença* que o impedia de ser uma *pessoa bem sucedida*. Para ele, a quantidade de relações sexuais que mantinha com a esposa *não era uma coisa normal*, mas sim um *distúrbio* de sexualidade que foi diagnosticado há alguns anos,

levando-os a um tratamento médico, psicológico e medicamentoso. Ele conta que, apenas no ano 2000, tiveram mais de 700 relações sexuais que, segundo ele, corresponderia a mais de quatro relações sexuais por dia.

Apesar do grande número de relações sexuais que mantinha com a esposa, Plínio afirma que, as suas condições de saúde daquela época permitiam atender e satisfazer as demandas sexuais da esposa, ainda que para isso, frequentemente, fosse necessário alterar sua rotina profissional. Ele conta que havia dias em que estava no trabalho e sua esposa ligava exigindo que retornasse para casa para terem relações sexuais que, segundo ele, duravam todo o dia. *Eu deixava o pessoal trabalhando (...) Ela me ligava e falava: (...) Eu quero você aqui agora. Ai eu entrava na Kombi e ia. Ia pra casa (...) Ficava praticamente o dia todo tendo relação [sexual].*

É possível perceber, também, a importância que o trabalho ocupava na vida de Plínio, ainda que, em alguns momentos, ele encontrasse dificuldades para conciliá-lo com os cuidados com sua saúde. Aos 18 anos, saiu do estado de Goiás para viver e trabalhar em Belo Horizonte – Minas Gerais, desenvolvendo aqui diferentes atividades no ramo da construção civil, em especial, as de *azulejista e empreiteiro*. Ele considera que, nesse período, tinha uma vida *normal*, uma vez que suas condições de saúde possibilitavam que seguisse a sua rotina de vida e permitiam que estivesse *todo dia trabalhando*.

Plínio recorda com muito entusiasmo desse tempo em que trabalhava, dizendo que todos os dias saía cedo de sua casa para o trabalho e regressava cansado. Para ele, tratava-se de uma *vida gostosa*, uma *alegria*, hoje interrompida contra sua vontade pela situação do adoecimento e pelas limitações impostas pelo câncer. *Então, toda vida foi essa vida assim gostosa, saía cedo, chegava cansado e tudo, aquela alegria (...)*. Segundo ele, a necessidade de parar de trabalhar foi uma imposição que lhe causou um *transtorno danado*, alterando toda sua rotina diária.

Há alguns anos, antes do diagnóstico de câncer da próstata, Plínio começou a fazer acompanhamento médico devido ao uso de *remédios pro coração*. Assim, ao menos uma vez por mês, ia a uma consulta em busca desses medicamentos. O tratamento do coração parece ter, para ele, uma importância maior em relação aos demais cuidados com a saúde, de modo que deste tratamento ele não *fugia*, ainda que, as consultas, frequentemente, coincidissem com sua rotina de trabalho. *Tem que ir pegar os remédios mensal, eu tenho sempre que ir. Mesmo trabalhando, mas sempre ia fazer o acompanhamento.*

Em sua narrativa, é possível constatar as dificuldades que Plínio encontrava para acessar os serviços de saúde, em especial, aqueles voltados para a prevenção de enfermidades. Para ele, a busca por atendimento se referia a uma tarefa *difícil*, tanto pela falta de médicos na Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima à sua casa, como também, pela dificuldade de conciliar os atendimentos com sua jornada de trabalho. No momento da entrevista, Plínio conta que possuía consigo resultados de quatorze exames de sangue e um de fezes, mas, segundo ele, *não tem médico* na UBS de seu bairro e, por isso, não consegue uma consulta para mostrá-los, atrasando assim, o seu tratamento.

Certa vez, Plínio conseguiu atendimento e começou a fazer exames de rotina e prevenção, dentre eles, aqueles voltados para detecção do câncer da próstata. Em um dos atendimentos, o médico solicitou um retorno em seis meses para uma nova consulta de prevenção. Entretanto, devido à elevada demanda de trabalho, Plínio diz que se *aprofundou dentro da obra* que estava executando e acabou se *esquecendo da saúde*, não retornando para a consulta agendada.

A ausência de sintomas físicos e a não-constatação de alterações corporais parecem também ter contribuído para que Plínio adiasse a realização dos exames de prevenção do câncer da próstata. Ele conta que nunca havia imaginado a possibilidade de ser diagnosticado com esta enfermidade, já que não apresentava nenhum sintoma que chamasse sua atenção.

Desse modo, antes do diagnóstico, *não sentia nada* que o fizesse se preocupar e, mesmo depois de diagnosticada, a doença não havia produzido nenhuma mudança em seu corpo que o fizesse atentar ou se preocupar com ela. *Eu nunca imaginava que ia acontecer [ter câncer da próstata] porque eu não sentia nada. (...) não teve diferença nenhuma quando eu tava com essa enfermidade. Por quê? Não mudou no sexo, não apresentou nada, urina presa, nada, não mudou a cor da urina, você entendeu. Não mudou nada.*

Certo dia, Plínio conseguiu agendar um atendimento na Unidade de Referência Secundária Campos Sales, que realiza consultas médicas e exames especializados. Apesar de descobrir que não havia atendimento agendado para aquele dia, o médico decidiu atendê-lo e fazer um exame de toque. Após examiná-lo, solicitou uma biópsia que, posteriormente viria confirmar tanto o câncer da próstata quanto a necessidade da cirurgia de retirada da mesma (prostatectomia).

Plínio conta que não se assustou ao receber o diagnóstico de câncer, mas diz que, nesse momento, ficou *tranquilo, tranquilo*, afinal, já havia realizado outras duas cirurgias para retirada de *caroços* no pescoço, o que o tranquilizou. Outro motivo que, segundo ele, contribuiu para que não se preocupasse foi a confiança que *o que for da vontade de Deus vai ser feito*.

Apesar da sua tranquilidade e, tendo em vista a demora do diagnóstico, o médico o instruiu para que *corresse* em busca do tratamento, antes que o câncer se *espalhasse* pelo seu corpo. *Agora, o quê que você vai fazer? Você vai ter que correr, você vai ter que correr, porque se você não correr esse negócio vai espalhar no seu corpo, entendeu. Você tem que correr, mas correr mesmo.* Entretanto, apesar de reconhecer a necessidade de *correr* em busca do tratamento, Plínio passou a conviver com a demora pela liberação da sua cirurgia, levando-o a preocupar com a piora do seu estado de saúde e buscar soluções para isso.

Após esperar 54 dias pela cirurgia e preocupado com o fato de não obter respostas sobre o agendamento da mesma, Plínio resolve procurar um *advogado* e um *detetive* para que o auxiliassem no agendamento da operação. Certo dia, o *detetive* o acompanha até o hospital e conversa com o médico responsável pela cirurgia. Segundo ele, a conversa foi muito efetiva, já que após dez minutos de conversa a cirurgia foi agendada.

Embora estivesse satisfeito com a marcação da cirurgia, Plínio estava agora desconfiado do médico que, segundo ele, deixaria de fazer cirurgias particulares que, na sua opinião, seriam muito mais rentáveis do que aquelas custeadas pelo SUS, para realizar a sua cirurgia. Ele também se mostrava com medo da possibilidade do médico fazer *algo além* do necessário, uma *maldade* com ele durante a operação, já que a cirurgia só foi liberada por meio da intervenção do detetive, seu amigo, o que, segundo ele, também provocou um *medo danado* no médico que faria a cirurgia. Por fim, Plínio diz ter se tranquilizado, uma vez que, *profissional é profissional. Eu até fiquei com medo, mas profissional é profissional, ele não podia fazer nada além né, fazer maldade comigo.*

Com a cirurgia agendada Plínio foi hospitalizado. Contudo, o medo e a desconfiança em relação ao médico permaneciam e se fizeram presentes no instante da operação. Ele conta, que chegando no bloco cirúrgico, deparou-se com médicos que, na sua opinião eram *estagiários, recém-formados*, os quais não conhecia, mas que queriam aplicar-lhe a anestesia, o que gerou muito medo e revolta. Plínio começa a discutir com eles e afirma que enquanto o seu médico não chegasse e se apresentasse a ele tirando o *pano da cabeça* para que o reconhecesse, não deixaria que iniciassem o procedimento cirúrgico, gerando uma grande *confusão*. *Aí os estagiários queria me aplicar a anestesia antes dele chegar, eu falei: não, enquanto o doutor João não chegar, tirar o pano da cabeça pra eu conhecer ele, entendeu, eu não deixo ninguém por a mão em mim.* Em meio à *confusão* gerada e às tentativas dos outros

médicos em convencê-lo de tomar a anestesia, o médico responsável chega e se apresenta para ele que passa se sentir um pouco mais tranquilo e, em seguida, autoriza a intervenção.

Plínio considera que a prostatectomia foi um verdadeiro *sucesso*. Entretanto, a partir da realização deste procedimento ele percebe que sua vida *mudou bastante*, passando a vivenciar uma série de transformações corporais, que fizeram com que sua rotina e cotidiano também fossem alterados. Dentre as mudanças percebidas por ele, destacam-se aquelas relacionadas ao seu corpo. Nesse sentido, Plínio conta que emagreceu muito após a cirurgia, perdendo *mais de treze quilos*. *Eu emagreci muito. Eu emagreci demais, eu emagreci mais de treze quilos*.

Após a cirurgia, Plínio também começou sentir dificuldades para controlar a urina, de maneira que, em diversas situações, não podia conter a vontade de urinar e acabava urinando em suas roupas. Tal situação exigiu que Plínio passasse a usar fraldas e iniciasse um tratamento de *fisioterapia da urina*. Para ele, o uso da fralda era algo *terrível*, já que, devido ao calor, as fraldas produziam a sensação de *uma gastura terrível*, tanto na *parte de trás*, como na *frente* do seu corpo, gerando assim um imenso desconforto. *A fralda é terrível, a fralda é terrível! Porque você veja bem, com o sol quente dá aquela gastura ne você na parte de trás, na frente, você entendeu, dá uma gastura terrível*. Tempos depois, Plínio trocou as fraldas pelo uso de *absorventes*, segundo ele, mais confortáveis, já que são colocados presos ao cinto e abrangem apenas a parte de baixo das pernas, sem *esquentar dos lados*.

Frente a essas transformações, Plínio iniciou um tratamento de *fisioterapia da urina* que, segundo ele, foi *um trabalho muito bem feito*, de modo que, sete meses após a cirurgia de retirada da próstata, já pôde abandonar as fraldas e os absorventes. Apesar da melhora percebida, Plínio observa que, ainda hoje, em alguns momentos, quando sente raiva, em especial em relação à esposa, ele volta a urinar nas roupas, de forma semelhante aos dias em

que havia feito a cirurgia. *Agora tem um detalhe: se me fizer raiva volto a urinar a mesma coisa se eu tivesse feito a cirurgia ontem.*

Ele conta que, certa vez, em um das ocasiões em que estava separado de sua esposa, necessitava de obter sua assinatura para um documento importante que iria ser enviado à prefeitura, visando garantir um benefício social. Entretanto, a esposa se recusou a assinar o documento e ambos começaram a discutir. Plínio conta que, imediatamente, voltou a urinar nas roupas. Em outra ocasião, quando estava solucionando problemas referentes ao seu apartamento, encontrou-se repentinamente com sua esposa na rua que o xingou, de maneira que, ele novamente voltou a urinar nas roupas.

Dentre as mudanças corporais percebidas após a realização da prostatectomia, destacam-se aquelas relacionadas à sexualidade de Plínio. Segundo ele, estas transformações produziram impactos significativos no seu comportamento sexual, interferindo assim, na sua conjugalidade e gerando diversos conflitos. Nesse sentido, Plínio afirma que, após a cirurgia de retirada da próstata, seu comportamento sexual *mudou e mudou muito mesmo*. Ele conta que após a cirurgia a ponta do seu pênis ficou constantemente *roxa e gelada*, perdendo assim, *a cor normal do pênis. É, mudou e mudou muito mesmo, porque na verdade quando você faz a cirurgia da próstata igual eu fiz, a ponta do pênis fica roxa e gelada (...). Ficava gelada direto. E outra coisa: o pênis perde a cor normal do pênis, você entendeu como que é? Ele fica roxo, (...) Roxo e gelado.*

A partir dessas mudanças, Plínio percebe que não é mais possível ter relações sexuais como antes e, embora, em algumas situações após a cirurgia tenha tido ereções, ainda não tinha *voltado totalmente* como antes da operação. Ao contrário de antes, durante o ato sexual, Plínio precisa fazer um esforço para ter e manter a ereção e sua esposa também precisa ajudá-lo. *Eu fui mexer com ela, você entendeu como que é, e tivemos assim uma relação não como era de antigamente. Aí eu tive quatro relações com ela em agosto do ano passado. (...)*

Mudou. (...) Não [dava pra ter relações como antes], (...) quando eu voltei [a ter ereção], eu não voltei totalmente. Ela [a esposa] tinha que me ajudar, porque eu era tão doente por conta dessa mulher que mesmo com a cirurgia delicada né e tudo, mas ainda forçava ainda...

Apesar das mudanças percebidas e da constatação das dificuldades de manter relações sexuais, Plínio percebe o seu corpo como *normal*. Segundo ele, após um ano de realização da cirurgia, nas noites em que sonha que está *namorando*, chega a ejacular na cueca, o que, para ele, indica que o seu corpo continua dentro da normalidade. *Meu corpo ta normal (...)se eu sonhar à noite que eu tô namorando meu calção amanhece sujo. Durante um ano eu não fazia nada disso, né (...) Se eu sonhar que eu to namorando eu consigo esvacuar [ejacular], entendeu, e sujar a cueca né.*

Apesar das mudanças no comportamento sexual de Plínio terem se ampliado e se tornado muito evidentes após a prostatectomia, ele conta que já percebia certa piora em seu comportamento sexual desde que iniciou o tratamento para o *distúrbio da sexualidade* e começou a ingerir remédios para dormir e para os problemas cardíacos. Segundo ele, a utilização dos medicamentos recomendados *atrapalhava* o seu desempenho e *tirava bastante* a sua *potência* sexual que, na maioria das vezes, resultava em conflitos com a sua esposa. Plínio conta que ela também deveria fazer uso dos mesmos medicamentos que ele. Entretanto, conforme destaca, ela não queria *perder o fogo* como já acontecera consigo e, por isso, não bebia os remédios *de jeito nenhum*, aumentando assim as brigas e os desentendimentos entre o casal. Ao perceber as mudanças no comportamento sexual de Plínio, geradas pelo uso de medicamentos, sua esposa começou a desconfiar de uma possível traição, gerando assim muitos conflitos para o casal. *Nesse período aí ela achava que eu traía ela, por quê? Porque os remédios tirava um pouco da minha potência, você entendeu? Tirava um pouco não. Tirava bastante!*

Um mês após a cirurgia de retirada da próstata, Plínio encontrou uma calcinha da esposa *cheia de esperma*. Nesse momento, ele descobre que ela o traía e, segundo ele, *entrou em desespero*. *Eu fiz a cirurgia no dia nove de março de 2012. Ai o quê que acontece? Quando foi dia nove de abril de 2012, nós tivemos uma discussão lá porque eu peguei uma peça íntima dela cheia de esperma. Então ela tava me traindo. Você entendeu como que é? Ai o quê que acontece? Eu... entrei em desespero!* Após a descoberta da traição, Plínio e sua esposa começam a discutir e entram em *luta corporal*.

A agressão física do casal resultou em uma ocorrência policial e em um processo judicial no qual, segundo Plínio, ele foi inocentado. Nesse período, seu advogado orientou a esposa que, caso ela insistisse nas denúncias, seria punida com a realização de trabalhos comunitários e orientou que ela regressasse para casa do marido. Apesar do retorno da esposa, Plínio diz que ficaram *separados de corpos*, uma vez que *já tinham perdido o amor*, já não tinham relações sexuais e a esposa estava se relacionando com outros homens. Segundo ele, nesse período, ela *desembandeirou* e começou uma série de relacionamentos extraconjugais, com homens que ele julga mais sadios e mais jovens que ele, dentre eles, o namorado de sua filha, além de amigos e vizinhos.

Tempos depois, Plínio e sua esposa se separam e ela vai morar com um vizinho, com o qual já vinha mantendo relações sexuais. Plínio afirma que a saída da esposa de casa o *arrasou totalmente*, deixando-o sem dinheiro, sem o seu amor e sem sua companhia. *Ela foi embora e me arrasou totalmente, você entendeu?* Analisando a sua história de vida Plínio afirma que é possível que sua esposa o tenha *largado* por pelo menos três motivos, todos eles, frutos do processo de adoecimento por câncer e tratamento oncológico: a cirurgia da próstata, a impossibilidade de trabalhar e ter dinheiro e, também, as dificuldades de manter relações sexuais, conforme apontado acima. *A ex mulher me largou com certeza de duas coisas: ou foi pela cirurgia ou foi... aliás três, mas só que uma pode incluir uma com a outra. (...)Que é a...*

a cirurgia e a falta de dinheiro pra auxiliar dentro de casa, você entendeu como é que é. E a outra é de não poder dar aquilo que ela queria que é o sexo... que é a relação sexual.

Plínio acredita que, caso a esposa tivesse *um pouco de força de vontade* poderia tê-lo ajudado. Entretanto, ele afirma que a esposa é uma *pessoa vingativa* e optou por sair de casa em busca de *aventuras*. Ele também conta que ambos nunca chegaram a conversar sobre as mudanças ocorridas em seu corpo após o adoecimento e tratamento, mas lembra com muita tristeza que, certa vez, antes de sair de casa, a esposa afirmou que não seria sua *babá* e que ele não deveria esperar que ela ficasse *na beira de sua cama* cuidando. *Não, nós não conversamos nada não. Ela só falou comigo que não ia ser a minha babá, ela falou: não precisa contar comigo que eu vou ficar na beira da sua cama e outra coisa, ficar parada dentro de casa servindo de babá pra você não.*

Plínio recorda que a esposa sempre exigia de si uma tomada de *atitude*, para que conseguisse uma casa melhor e um trabalho que aumentasse a renda da família. Entretanto, para ele, retornar ao trabalho se referia a uma tarefa difícil, pois além de ter perdido os contatos profissionais, também percebia que o seu corpo possuía limitações que o impediam de concretizar suas atividades e exigiam cuidados específicos, como por exemplo, a não exposição ao sol. *Quando ela tava lá [em casa] ela ficava jogando na minha cara: você vai ficar aí olhando pro tempo assim? Você não vai procurar um serviço, não? Eu falava: Ó, eu perdi o contato, não tenho como eu sair no sol aí caçando serviço com um ano e pouco operado', que o médico falou que eu não podia tomar sol, né, muito assim.*

Certa ocasião, mesmo recém-operado e sentindo diversas limitações em seu corpo, Plínio decidiu assumir um trabalho para azulejar uma cozinha. Porém, já no segundo dia não aguentou dar continuidade às atividades. Ao fazer força para quebrar uma viga começou a sentir *febre em cima da cirurgia* além de que a sua *urina disparou* de forma muito semelhante

à ocasião da operação, levando-o a utilizar novamente fraldas e impossibilitando-o de concluir o trabalho.

Analisando sua história de vida, as consequências da cirurgia de retirada da próstata e as limitações do seu corpo, Plínio afirma que, talvez, se não tivesse realizado a prostatectomia, ainda estivesse com sua esposa ao seu lado, revelando um certo arrependimento pela realização do procedimento. Para ele, a cirurgia configura-se como o motivo de inúmeras perdas, em especial, de *não poder trabalhar*, de ter perdido a esposa e ter ficado *sozinho*. *Eu tenho assim na cabeça que talvez se eu não tivesse feito a cirurgia, talvez até hoje eu tava com a esposa do meu lado. Então é motivo da cirurgia, motivo de eu não poder trabalhar. Quer dizer, o quê que resultou? Fiquei sozinho.*

Plínio acredita que o câncer, em especial as mudanças produzidas por eles em sua sexualidade, contribuiriam para o fim do seu casamento, produzindo uma *confusão* em sua vida. Para ele, o câncer, por meio das consequências impostas pelo seu tratamento, produziu a sua separação conjugal. *(...) o câncer conseguiu fazer isso que eu te falei né, que foi a separação. (...) Fiz a cirurgia, com um mês ela me largou, entendeu? Me largou e foi namorar adoidado pra lá com os amigos que frequentavam a minha casa né, que era amigo do meu genro. Então, aí entrou a confusão toda na minha vida.* O impacto dessas mudanças na vida conjugal, em especial, a perda da parceira, foram vivenciados como uma *diferença* em sua vida que o *machucou bastante*. *O que eu quero te falar é que teve essa diferença na minha vida que foi uma diferença que me machucou bastante.*

Plínio também recorda que o câncer já havia produzido uma outra perda muito significativa em sua vida, anos antes de ser diagnosticado com a doença. Ele conta que teve um *irmão querido* que *amava muito*, mas que o *perdeu* com câncer. *E posso dizer pra você de uma experiência que eu tive de um irmão que eu perdi com câncer, que era um irmão querido, que eu amava muito, sabe, então eu perdi ele com câncer que ele fumava muito e*

bebia, entendeu. Desse modo, observa-se que, para ele, não apenas os sintomas do câncer, mas as consequências sociais e as inúmeras perdas produzidas pela doença, constituem a sua experiência de adoecimento

Ao narrar a sua história, Plínio destaca dois fatores que foram muito significativos para que passasse por toda sua experiência de adoecimento, tratamento e suas consequências: a sua fé em Deus e o apoio recebido na Casa de Apoio. Para ele, sem esse apoio recebido, estaria *perdido*. *De 2011 até agora eu só tenho que agradecer a Deus, primeiramente e aqui a Casa CAPEC (...) olha, eu vou falar com você com toda a certeza, se eu não tivesse apoio daqui [CAPEC], primeiramente de Deus e daqui, eu tava perdido. Eu tava perdidinho. Eu tava perdido.* Frente à impossibilidade de trabalhar, a Casa de Apoio forneceu a ele, além do acompanhamento psicológico, cesta básica, itens de higiene pessoal e, em outros momentos, chegou a oferecer vale-gás e vale-sacolão que, segundo Plínio, foram muito importantes para sua sobrevivência.

Ao final, Plínio afirma ter *vencido* o processo de adoecimento e se considera *curado*. Para ele, a ajuda psicológica e material recebida pela Casa de Apoio foi muito importante para que suportasse as mudanças e conflitos que surgiram nesse período. Ele conta que, embora a doença o tenha afetado muito, em nenhum momento sentiu-se esquecido por Deus e, por isso, agradece a Ele pela sua cura. *Então eu... eu nunca pensei, assim, nem financeiramente, nem o problema que veio no meu corpo, que Deus me esqueceu. Não. Deus ta sempre comigo e o apoio aqui do grupo CAPEC.*

Ao pensar sobre sua vida no futuro, Plínio afirma que não sabe o que vai lhe acontecer, uma vez que acredita que *o amanhã é só Deus que sabe*. Por outro, mostra-se com poucas expectativas, já que não mais aguenta trabalhar como antes e, também, não conseguiu a aposentadoria que, segundo ele, para que a mesma aconteça antes dos 65 anos *só um milagre, só um milagre de Deus mesmo*.

Pacheco: “Eu falei com Deus: eu quero entregar o meu corpo, devolver o meu corpo do mesmo jeito que eu recebi”.

Pacheco tem 62 anos, é católico, casado há 36 anos e pai de quatro filhos, sendo três biológicos e um adotivo. Filho de uma família de 12 irmãos, estudou até o *primeiro ginásial*. Ainda bem jovem, deparou-se com a necessidade interromper seus estudos para começar a trabalhar, uma vez que seu pai havia adoecido, ficando afastado do trabalho, sem receber o INSS. Atualmente, considera estar *parado*, pois desde *quando apareceu esse problema dessa doença [o câncer da próstata]* teve que ser afastado do trabalho, porém ainda em processo de aposentadoria.

Antes de adoecer, Pacheco trabalhava no ramo da construção civil. Ele afirma que *era muito difícil* ir ao médico, chegando a ficar três anos sem procurar um serviço de saúde. Ele conta que, nesse período, *não tinha nada*, nenhum *problema* de saúde que o fizesse se preocupar e buscar ajuda profissional. Pacheco acreditava que para ir ao médico era preciso *estar bem doente e não tinha esse negócio de prevenção*. Durante a entrevista, ele relata uma série de situações nas quais identificava alterações em seu corpo, mas, devido ao fato de *não sentir nada*, nenhuma dor ou desconforto físico, optava por não procurar ajuda médica.

Certo dia, ele decidiu fazer um curso de apicultura. Chegando no local do evento, começou a se sentir gripado e que *não estava bem nada*. Entretanto, ainda assim, decidiu prosseguir com as atividades. Ao se aproximar de uma das colmeias, Pacheco sofreu um ataque de abelhas, exigindo que abandonasse o curso. Apesar das dores, febre e de *uma série de coisas* que sentiu após o ataque, foi para casa e não buscou um serviço de saúde. Dois dias depois, Pacheco sentiu um *troço ruim*, uma febre forte e observou que as ferroadas haviam gerado uma espécie de *bolha*, semelhante a uma *bolsa*, em sua panturrilha, produzindo grande preocupação: *Nossa Senhora! Esse troço assim, se arrebentar, vai abrir uma ferida!* Não apresentando melhora, Pacheco procurou um hospital e foi internado por quatro dias, sendo

diagnosticado com *erisipela*, que lhe causou certa estranheza, que só foi minimizada por acreditar que *essa é a vontade de Deus!* Após regressar à sua casa, ele conta que a bolha estourou e diz que, *graças a Deus*, não deixou ferida alguma.

Em outra ocasião, Pacheco começou a ingerir uma bebida chamada *Para Tudo* que, segundo ele, parecia um *remédio*, mas que, apesar disso, sempre lhe trazia muitos problemas de saúde. Ele conta que, desde que começou a ingerir essa bebida, passou a *urinar sangue, sem sentir dor, sem nada*. Ele chama atenção para a grande quantidade de sangue que estava presente em sua urina nesse período, chegando a criar uma *crosta de sangue* na tubulação da rede de esgoto da sua residência. *E eu urinava sangue, urinando e urinando sangue, mas urinava sangue mesmo! Tanto é que na vez que eu fui trocar a rede de esgoto lá de casa tava com aquela crosta de sangue!* Apesar da constatação destas alterações, ele percebia que *aquilo ali foi normal* e, uma vez que *não sentia dor, não sentia nada*, novamente, optou por não buscar nenhum profissional de saúde, de modo que os sintomas persistiram por *muito tempo*.

Ainda nesse período em que fazia uso de *Para Tudo* e que seguia urinando sangue, Pacheco conta ter sofrido diversas *pancadas* durante algumas partidas de futebol. Ele conta que foi *tomando pancada, tomando pancada até que deu um problema* na sua canela, gerando um *machucado* e um *entupimento* na veia, fazendo com que suas pernas inchassem e se *envermelhassem*. Segundo ele, as *pancadas* geraram *um problema sério*, posteriormente diagnosticado como *tromboflebite*. Sua *veia estava entupida* e apresentava um *coagulozinho* que, na sua opinião, *se ele dilatasse, soltasse dali, ele ia pro coração* e seu quadro poderia se agravar. Dada a gravidade, Pacheco foi hospitalizado e submetido a uma cirurgia para fazer *um piquezinho de nada* e desentupir a veia. Apesar de não mencionar o sangue constante em sua urina à equipe médica que o atendeu, ele percebeu que os medicamentos fizeram com que

parasse de urinar sangue, resolvendo assim, de forma indireta, seu problema, sem a necessidade de mencioná-los aos profissionais que o atenderam.

Pacheco também ressalta algumas deficiências dos serviços de saúde que, segundo ele, também dificultavam a busca por atendimentos. Ele afirma que conseguir uma consulta médica próxima à sua casa era uma verdadeira *dificuldade*, sendo necessário *acordar de madrugada, marcar consulta* e, ainda assim, esperar cerca de *dois ou três meses* para sua realização. Ele também conta que não possui condições de ir ao médico todos os dias, muito menos de *pagar um médico particular* ou contratar um plano de saúde. Assim, fica dependente dos serviços públicos de saúde que, segundo ele, quando chegam a marcar e realizar uma consulta *você já esta com outro compromisso e você não está sentindo nada. Acaba você não indo também.*

Em 2010, Pacheco começou a apresentar um *desgaste* no joelho, de modo que os médicos sugeriram uma operação. Concomitante, decidiu procurar um urologista e fazer um exame de toque para prevenção do câncer da próstata, o qual, até então, *nunca tinha feito*. Segundo ele, o exame de toque *é uma coisa constrangedora*, mas que, dada a necessidade, *a gente acaba ind*. Após o exame, seu urologista solicitou uma biópsia da próstata. Um dia antes da cirurgia do joelho, Pacheco foi ao médico para buscar o resultado desta biópsia e recebeu a confirmação de que estava com câncer da próstata.

Pacheco afirma ter recebido o diagnóstico de câncer de uma maneira muito *diferente* das demais pessoas. Ele afirma não ter se assustado com o diagnóstico e o encarou como uma *normalidade*, que não o afetou psicologicamente. *Eu recebi a notícia da doença, eu acho que diferente de todo mundo. Pra mim foi uma normalidade, porque psicologicamente não me afetou em nada (...)* *Se acontece com os outros, por que não vai acontecer comigo?*. Nesse momento, afirma ter pensado: *Não, isso não é nada, não! Eu tiro de letra!*, revelando sua confiança em relação ao tratamento. De posse dos resultados da biópsia e do diagnóstico,

Pacheco afirma não ter se preocupado e convidou o cunhado para ir a um boteco onde tomaram *meia dúzia de cerveja*. Ele conta que procurou não se preocupar com seu diagnóstico, pois acreditava que a preocupação, além de não *tirar* o seu câncer, também poderia piorar o seu quadro de saúde: *Deixa acontecer o que tiver que ser. Não adianta me preocupar, que a minha preocupação não vai tirar esse negócio de mim mais, né. E se eu for me preocupar, talvez eu posso até piorar.*

Em sua narrativa, é possível observar os diferentes sentidos atribuídos por ele ao câncer, ora representado como uma doença comum e normal, *igualzinha às outras* e, outrora, como uma doença grave, incurável e fortemente associada à morte. Segundo Pacheco, antes do diagnóstico, quando ouvia falar sobre o câncer, o imaginava como *um monstro, uma coisa feia, uma coisa ruim*. Para ele, essas concepções se mantiveram presentes até o momento em que foi *atingido* pela enfermidade, modificando-as posteriormente, passando a considerá-la como uma *normalidade*. Em outros momentos, ele afirma que o câncer *vem como uma doença que não tem cura, uma doença que mata (...)* essa doença ela não tem jeito!

Pacheco também percebe o câncer como uma doença que *corre* pelo corpo, podendo se *espalhar* e atingir outros órgãos. Por isso, ele se mostra muito preocupado com a possibilidade do câncer se espalhar pelo seu corpo e *aparecer em outro lugar*. Apesar da preocupação, ele acredita que não pode fazer nada para evitar que o câncer se espalhe em seu corpo, afinal, *se tiver que ser* o câncer irá se espalhar. Ele se diz grato a Deus por não fazer seu *sangue circular tão rápido*, evitando assim que ele possa *distribuir essa doença para outros lugares* do seu corpo, fazendo com que ela fique *contida lá onde ela tá*.

Considerando a história de vida de outras pessoas que conviveram com a doença, em especial artistas e figuras públicas, Pacheco se mostra preocupado com o futuro do seu próprio tratamento. Afinal, como ele mesmo ressalta, essas pessoas *têm poder aquisitivo melhor e têm um médico e o tratamento melhor, a hora que quer* e, ainda assim, muitas vezes,

chegam a falecer após o diagnóstico de câncer. Já ele, por sua vez, convive com uma *falta de condições* financeiras e materiais que o coloca numa situação ainda mais vulnerável em relação à doença. *Aí eu fico olhando eles e olhando eu. Eu falo assim: se acontece com eles, vai acontecer comigo!*

Em outros momentos, Pacheco se mostra um tanto esperançoso, especialmente quando se compara com outros pacientes considerados mais graves. Ele relata que a esposa de seu cunhado *perdeu* o pai com câncer e ainda se encontra *bem abalada em relação a isso*, fazendo com que se preocupe muito com a situação de saúde de Pacheco, *sempre falando das coisas ruim que é o câncer*. Entretanto, Pacheco diferencia o seu câncer do *câncer dos outros*, indicando que, ao contrário dos demais, o seu é menos agressivo e mais tratável: *mas isso é o câncer dos outros! O meu câncer ele é diferente!*

Pacheco também acredita que o câncer está sujeito a uma determinação espiritual, diante da qual tem poucas possibilidades de se opor: *Se Deus determinou que isso veio pra mim, fazer o quê? Eu não vou contra Deus, não! (...) Deus é superior a tudo!* Para ele, o câncer também pode estar associado a uma intervenção divina, seguindo um propósito específico, especialmente a contenção da pessoa adoecida. Para Pacheco, o câncer é *dado* por Deus para *conter* o indivíduo, não o deixando se *exaltar* e reduzindo sua *liberdade*. Tendo em vista seu caráter divino, somente Deus, pode retirá-la do corpo do sujeito adoecido. (...) *Porque se Ele [Deus] te deu, Ele vai tirar. E se Ele te deu tem algum motivo (...) Se você for voltar atrás na sua vida você vai ver que, talvez você está passando por aquilo, ou, às vezes, aquilo veio pra te conter também, que muitas das vezes você pode exaltar, você estando muito livre.*

Assim, Pacheco também aponta que o câncer pode estar relacionado a uma espécie de *punição* divina por algo que tenha feito. Nesse sentido, ele afirma: *Então eu não faço muitas coisas fora da religião também, fora das leis de Deus. Eu procuro acompanhar sempre aquilo*

pra que a gente talvez não tenha tanta punição. Às vezes eu to sendo punido por alguma coisa que eu já tenha feito. Eu penso nisso!

Apesar de admitir o medo da possibilidade de morrer devido ao câncer, Pacheco se tranquiliza pensando que a morte se refere a algo inevitável, *que vai acontecer com a gente mesmo*, cabendo a Deus decidir o momento de *leva-lo* ou não: *Eu sempre converso com Deus, falo: Ah, Deus! Se tiver que levar, fazer o quê? Todo mundo vai! (...) Mas Deus vai saber a hora que vai me levar!* Pacheco afirma se esforçar para o tema da morte não *possuir* seu *psicológico de jeito nenhum*. Ele afirma estar seguro de que, ainda que obtenha a *cura*, mesmo assim estaria suscetível à morte, ainda que por outros meios, podendo sofrer um acidente, morrer afogado ou mesmo queimado. Afinal, conforme ele ressalta: *A morte ela é indiscutivelmente a última coisa que vai te acontecer, independente de uma doença ou não é a última coisa que te acontece. E ela vai te acontecer mesmo. Ninguém vai ficar pra semente.* Pacheco chega a mencionar a morte recente de um dos seus filhos, ressaltando assim o seu caráter de inevitabilidade. Ele afirma que a morte do filho *foi muito pior* do que o câncer, afinal, conforme ele mesmo ressalta, *a gente nunca prepara para enterrar um filho (...) prepara um filho pra enterrar a gente.*

Pacheco afirma buscar maneiras de não se preocupar com a doença, especialmente por acreditar que, caso fique *preocupado* ou *encucado*, pode desenvolver um *metabolismo (...)* *que vai transferir essa doença pra outro lugar* do seu corpo. Ele acredita que estando *relaxado* em relação à enfermidade e deixando de se preocupar com ela, contribui para que a doença fique *quietinha no lugarzinho dela*, sem se espalhar pelo seu corpo. Para ele, independente da enfermidade, *se você se concentrar muito em doença (...)* *ela vai evoluir muito e não vai deixar você esquecer daquilo*. Conforme ele mesmo ressalta, *um dos melhores medicamentos que tem é não focar na doença!* Por outro lado, para ele, caso siga pensando na enfermidade, além de *preocupado*, a doença *não vai abandonar* o seu portador.

Outro motivo apontado por ele para não se preocupar com o câncer refere-se ao fato de não haver sentido dor ou sintoma físico que lhe causasse um incômodo. *Até ontem, eu nunca senti dor de nada. Igual eu te falei, ela [o câncer] nunca me incomodou em nada.* Pacheco destaca que apenas sentiu dores, em alguns momentos, *na hora de urinar*, mas, ainda assim, se mostra em dúvida quanto à origem das dores. Ele afirma que as mesmas podem ter sido originadas por outros motivos: *nem sei se é dela mesmo [a dor]*, como, por exemplo, uma *reação* a um *problema da bexiga* ou, ainda, um efeito da radioterapia que veio *queimar uma coisa lá [no canal urinário] e criar uma obstrução da urina.*

Apesar de considerar o câncer como uma doença incurável, grave e mortífera, em outros momentos, Pacheco também o percebe de maneira menos negativa. Conforme ele mesmo ressalta: *O câncer não é a morte! O câncer é um renascimento de uma nova vida onde você começa a pensar nas coisas boas!* Pacheco também ressalta que, em alguns sentidos, o câncer chega a ser *até melhor* que outras enfermidades, uma vez que as pessoas, em geral, se preocupam e *cuidam mais dela*. Para ele, tratando-se de outras doenças, é recorrente que as pessoas não deem a devida atenção, contribuindo para que a doença volte *pra dentro do corpo* e fique lá *escondida*, resultando assim, na piora do quadro. *Ela [o câncer], por ser tão temerosa, você cuida mais dela. Outras doenças você acha: Ah, eu tiro de letra! Você começa a tirar ela e não tira totalmente. Aí ela volta pra dentro do corpo e fica lá escondida. Quando ela volta, aquele monstro mais forte e aí fica pior!*

Após o diagnóstico, Pacheco foi encaminhado para a realização da prostatectomia. Entretanto, apesar dos esforços dos profissionais de saúde e familiares, ele se recusou enfaticamente a realiza-la. *Eles falavam: não, você tem que fazer a cirurgia! E eu falei: Ah, eu não vou fazer cirurgia, não!* Para ele, a cirurgia seria a última alternativa de tratamento, ou, conforme ele mesmo destaca, *o último caso*. Pacheco explica que, após a recomendação para a cirurgia, passou a buscar informações na internet acerca de alternativas de tratamento

para o câncer da próstata e descobriu que *você fez a cirurgia, acabou. Você não tem mais ereção!*

O pavor de Pacheco em relação à prostatectomia e, especialmente, em relação às consequências da mesma sobre o seu desempenho sexual, encontram-se evidentes em sua fala e justificam a não realização deste procedimento. Para ele, a cirurgia (e as suas consequências sobre seu corpo) é pior que o câncer, sendo percebida como o verdadeiro adoecimento, levando-o a preferir a morte que essa possibilidade de tratamento. *Se eu tiver que morrer com isso, eu vou morrer! Não adianta! Eu acho que se eu fizer a cirurgia eu vou ficar pior. Eu vou adoecer mesmo! Aí que eu vou adoecer!*

Nesse período, Pacheco começou uma busca por diferentes profissionais e diversas alternativas de tratamento para o câncer da próstata, afirmando ter ido *num punhado de médicos mesmo, mais de uns dez médicos*. Um deles chegou a afirmar que, se ele fizesse a cirurgia, a mesma ia *ser meio problemática*, deixando-o ainda mais preocupado e resistente. Esse médico receitou-lhe *um tratamento combinado de radioterapia com uma injeção hormonal*, além de alguns comprimidos que, segundo ele, contribuiriam para *conter* o câncer e diminuir o PSA.

Embora tenha evitado a cirurgia, os tratamentos oferecidos a Pacheco não deixaram de se apresentar como agressivos e invasivos para ele. Nesse sentido, ele conta que foi submetido a 38 sessões de radioterapia que eram *tipo um churrasco*, uma vez que *queimava* todo seu corpo. Em outra ocasião, começou a sentir fortes dores devido a um *problema da urina*. Ele conta que *na hora de urinar* tinha que *fazer muita força* e acabava sentindo fortes dores. Por isso, Pacheco foi submetido a um procedimento onde teve um cateter *enfiado* no canal urinário para dilatá-lo. Segundo ele, este procedimento é muito doloroso e *dói mais que a dedada [exame de toque retal]*. *A dedada é melhor que esse procedimento!*

Outros procedimentos, também realizados durante o tratamento oncológico, produziam em Pacheco sentimentos de vergonha e *constrangimento*, especialmente por ter partes do seu corpo expostas e invadidas durante a sua realização. Ele recorda com detalhes da realização de uma biópsia da próstata que foi permeada por sentimentos de dúvida e constrangimento: *Você chega, só que não vê, né (...) Você chega, tira a roupa, vai pra dentro dum quartinho lá e troca de roupa. Te dão um avental fechado na frente e aberto atrás e aí já vem o constrangimento: o quê que eles vão fazer comigo? Quê que é isso? Aí eles aplicam um soro lá e você fica lá e tal, tranquilo, e eles vem conversando com você. De repente, eles levam você. Depois você já não vê (...) no soro eles já te anestesiaram.*

Em outra ocasião do tratamento oncológico, Pacheco foi submetido a um outro procedimento que, segundo ele, o deixou *constrangido demais e bem revoltado*. Segundo ele, foi submetido a um *tratamento* no qual os médicos introduziram um *negócio* em seu ânus. Segundo ele, tratava-se de *uma máquina que introduz um negócio em você (...) uma peça, uma espécie de bastão (...) que, não sei, fica fazendo leitura das coisas lá e tal (...) Você fica lá bem uns uma meia hora lá dentro com esse aparelho girando lá dentro, assim (...) o aparelho fiz, mas dentro desse bastão ele tem um negócio e ele fica vibrando*. Pacheco percebeu esse procedimento como *um troço esquisito* que o deixou *bem constrangido*. Ele afirma que a sensação de estar com *aquela troço enfiado* em seu ânus o deixou *bem revoltado*, levando-o a questionar *o quê que ta acontecendo*.

Apesar da busca por tratamentos que trouxessem menos sequelas para seu corpo, em especial para sua sexualidade, o tratamento indicado pelo médico também produzia mudanças significativas, que alteraram não apenas o seu corpo, como também a sua rotina de vida.

Pacheco conta que, após o adoecimento e, desde que iniciou o tratamento oncológico, passou a apresentar *um problema na urina, uma incontinência*, de maneira que, agora, já não mais consegue *segurar a urina direito*. Nesse sentido, urinar nas roupas tornou-se algo que

ocorre *muitas vezes*, de forma *constante*. *Às vezes eu não to com vontade, assim, por exemplo, eu to com a mão suja aqui e me deu vontade de lavar. (...) Na hora que eu mexo com água, o contato, que é imediato, eu não consigo segurar, você entendeu?* Em outras situações, Pacheco conta que sente vontade de urinar mas não consegue, uma vez que, a sua urina *não sai direito, às vezes sai gotejando, às vezes sai com um jato muito fraquinho*. Apesar da dificuldade de urinar, Pacheco afirma que não chegou a usar fraldas.

Dentre as mudanças percebidas, aquelas relacionadas à sexualidade parecem ocupar um lugar significativo na experiência de adoecimento de Pacheco. Apesar de ter se recusado a realizar a cirurgia de retirada da próstata, após o tratamento oncológico, passou a conviver com diversas mudanças como a disfunção erétil e a ausência de esperma. Conforme ele mesmo recorda, as ereções ocorrem *uma vez ou outra* e não são *constantes*. Ao contrário do quadro atual, Pacheco conta que sempre foi *muito ativo [sexualmente]*. *Antes [do tratamento] era apetitoso mesmo (...) Antes de fazer esse tratamento, mesmo com esse problema [câncer], ciente desse problema não me atrapalhava em nada*. Para ele, o tratamento *não eliminou totalmente* seu desejo sexual, mas *diminuiu aí, vamos supor, 90%*. Pacheco diz estar ciente da impossibilidade de recuperar seu estado anterior ao tratamento, mas espera *terminar o tratamento* para que possa recuperar um pouco mais de sua potência sexual, ainda que não de forma completa: *Eu não digo 100% mas uns 40%, sei lá*.

Pacheco também conta que, após a realização das sessões de radioterapia, seu esperma *secou*. Segundo ele, apesar de, em alguns momentos, conseguir ter ereção, já não pode mais ejacular durante o ato sexual, passando a se sentir *constrangido e preocupado*. Para ele, um orgasmo sem a presença da ejaculação com esperma é um *orgasmo imperfeito*, gerando o sentimento de que *sempre fica faltando* algo e a sensação de que *teve, mas não teve*. *Essa falta de esperma deixa a gente constrangido. E você não tem aquele orgasmo, assim... é como se diz, aquele orgasmo perfeito. Sempre fica faltando. Você parece que teve, mas não teve,*

porque justamente você não teve esperma (...) Você não tem aquela ereção que tinha antes. Você tem aí uns 60% da ereção e, quando você sente o orgasmo, você não esperma.

Ao narrar as mudanças na sua sexualidade, Pacheco conta que deixou de *ter atividade sexual* e, que, por isso, sente que está *igual que você castra um porco*, incapacitado de manter relações sexuais e de jacular. Para ele, assim como o que acontece quando se castra um animal, a ausência de atividade sexual também contribuiu para que engordasse cerca de 50 quilos, após o tratamento oncológico. *Quando você castra um animal pra poder não ter coisa[sexo], ele acaba engordando (...) Acho que o que me faz engordar é isso.*

Pacheco também aponta para o fato de já não mais *aguentar* realizar algumas atividades cotidianas, como correr, carregar peso e trabalhar. *Correr, eu não aguento correr. Andar depressa também me dá cansaço (...) [Deixou de] Trabalhar, aquela atividade de todo dia (...) meu serviço é de armação, de mexer com armação. Mas eu evitava muito de carregar peso. Ficava mesmo na banca só dobrando uma ferragenzinha.* Ele também conta que há três meses decidiu subir no telhado de sua casa para colocar algumas telhas no lugar. Após subir cerca de *três metros e meio*, a escada escorregou e saiu *debaixo* dele, deixando-o pendurado por uma *empena*. Devido ao peso do seu próprio corpo, Pacheco não *aguentou* manter-se segurando e caiu. Afinal, como ele ressalta: *como é que segura um corpo desse?*

Pacheco afirma que nunca se preocupou com aquilo que acontece com seu próprio corpo, pois acredita não possuir capacidades de evitar qualquer tipo de modificação sobre ele. *Eu nunca me preocupo com essas coisas que acontece com o meu corpo. Eu nunca me preocupei. Se tiver de acontecer alguma coisa com ele, vai acontecer da forma que vai coisar. Eu não consigo evitar. Ninguém consegue evitar nada do que vai acontecer com ele.* Desse modo, ele acredita que *quando acontece, você tem que aceitar*. Entretanto, afirma que, em outros tempos, cuidava do seu corpo *jogando bola*, o que hoje já não é mais possível pois não pode fazer *esforço físico*.

Para Pacheco o *corpo é forma nossa*. Como ele mesmo explica, *a gente tem a forma, o corpo e ele, cada membro que ele tem, ele tem um sentido pra você ter ele ali (...) o corpo é a sua forma*. Além disso, para ele, o corpo também possui um aspecto sagrado e divino, de modo que Pacheco acredita que um dia irá *devolver* o seu corpo para Deus e, portanto, deve fazer de tudo pra preservar a sua forma original, evitando, assim, qualquer intervenção sobre ele. Nesse sentido, Pacheco justifica ter se recusado a fazer a prostatectomia para que um dia seja possível devolver o seu corpo a Deus da mesma forma que o *recebeu*. *Graças a Deus, eu nunca fiz cirurgia de nada. É porque o meu corpo, eu falei com Deus, eu quero entregar o meu corpo, do mesmo jeito que eu recebi*.

Por outro lado, para Pacheco, um corpo com câncer é um corpo *limitado, sempre restrito no problema da doença*, o que contribui para perda de habilidades. Ele conta que, durante o processo de adoecimento e tratamento oncológico, *adquiriu* um corpo que já *não tem uma habilidade igual a que você tinha antes, aquela agilidade*. A mobilidade e agilidade deram espaço a uma série de limitações que alteram o seu cotidiano, impedindo-o de fazer algumas atividades, como ingerir bebida alcoólica, jogar futebol, correr, trabalhar, ter relações sexuais, dentre outras.

Quanto ao futuro, Pacheco espera que sua vida seja *praticamente essa* que está *vivendo hoje*, com poucas possibilidades de melhora do estado da saúde. Ele também afirma que não possui *ideias de viagens, ideias de sonhos com riqueza, principalmente depois de velho*. Nesse sentido, acredita que, por fim, as limitações impostas pelo adoecimento se somarão àquelas advindas da idade.

Péricles: o corpo humano “é uma máquina” que “pode estar funcionando agora, normal e, no outro dia já não estar mais”.

Péricles tem 68 anos de idade, é católico *praticante*, casado há quase 40 anos e pai de sete filhos. Durante a infância, vivia *no interior* do estado, onde estudou *até o primário*. Por muito tempo trabalhou no ramo de *bar e lanchonete*, mas há três anos encontra-se aposentado. Ele descreve a sua rotina diária dizendo que desde quando adoeceu fica *dentro de casa* fazendo o que denomina como *serviço interno*.

Péricles é muito enfático ao afirmar ser uma pessoa que cuida da saúde: *Cuido demais!* Segundo ele, sua *alimentação é muito boa*, dorme *bem e cedo* e se considera como uma pessoa que não é *de fazer coisas erradas*. Nesse sentido, afirma não ter *vício de bebida, nem de cigarro*, ingerindo apenas um pouco de vinho *socialmente mesmo, na hora da comida*. Ele também afirma praticar *muito esporte*, fazendo *caminhada todo dia*.

Quanto ao seu estado de saúde atual, Péricles afirma que, exceto por uma *incontinência urinária*, originada após o tratamento oncológico, *tudo é normal* e não tem nenhum outro problema de saúde. *Eu não tenho problema não, graças a Deus! Eu não tenho problema de colesterol, nem de glicose, nem de coração. Eu não tenho nada, sabe! Tudo é normal! Meus outros exames é tudo normal*. Ele também considera que sua saúde *sempre foi boa em tudo: Nunca tive problema!* e afirma estar satisfeito com o seu corpo, dizendo que *do jeito que está, está ótimo!*

Segundo Péricles, ao contrário de outros homens, não tem preconceito e nunca se sentiu envergonhado por realizar o exame de toque: *Eu não tenho preconceito! Eu não tenho mesmo!* Entretanto, como não percebia nenhum sintoma ou alteração em seu corpo, afirma que não fazia exames preventivos, dentre eles, o PSA e o exame de toque retal, ambos voltados para detecção do câncer da próstata: *Nem exame eu não fazia! Fiz nada! (...) Eu não*

fazia nenhum deles! Segundo ele, apenas de vez em quando, fazia uma chapa e um exame de colesterol.

Aos 63 anos de idade, Péricles foi encaminhado para realização do exame de PSA. Ele ressalta que, nesse período, *não sentia nada* que o fizesse se preocupar com o câncer da próstata e, portanto, apesar de saber que deveria começar a fazer o PSA com *quarenta e poucos anos*, acreditava não ser necessário buscar auxílio médico, tampouco realizar os exames preventivos: *Nunca tive problema! Só que se eu tivesse com problema com fazer xixi, tivesse sentindo dor, que isso e aquilo, que tivesse levantando várias vezes pra fazer xixi de noite, você tem que procurar um médico. Eu não tinha nada disso. Nada, mais nada!*

A partir dos 63 anos, anualmente, Péricles fazia o exame de PSA. Ele conta que, a cada ano, os resultados indicavam um aumento do PSA em seu sangue. Aos 65 anos, seu PSA havia subido de *04* para *14*, fazendo com que sua médica solicitasse uma biópsia da próstata e o encaminhasse para um especialista para realização de exames mais detalhados. Segundo ele, a biópsia *acusou* um *início do câncer de próstata*, bem como a necessidade de operação.

Ao receber o diagnóstico, Péricles diz que tomou *um choquezinho*. Em seguida, foi para sua casa e foi *chegando e abrindo o bico*, comunicando o resultado da biópsia para seus familiares: *Eu tô com início de câncer!* Segundo ele, esse momento *foi muito triste*. Sua família, além de *abatida*, também ficou *mais assustada* que ele. Apesar disso, ele também revela que a sua família *deu o maior apoio*, motivando-o a dar continuidade ao tratamento e a realizar a cirurgia.

Para Péricles, o câncer pode se manifestar por meio de *sintomas*, como, por exemplo, *pode aparecer um caroço*, que, em geral, *você acha que não é nada*. Segundo ele, existem *muitos tipos de câncer*, sendo que alguns são *mais simples*, como o de mama e o da próstata e, outros que *não tem cura*, especialmente o câncer que *dá no pulmão, no fígado e nos rins*. Tratando-se desses últimos tipos de câncer, Péricles afirma ser algo *muito difícil* e, que,

cotidianamente, *vê muita gente sofrendo com isso* e, portanto, *sofre pela pessoa também*. Ele lembra que *quando ele [o câncer] está violento*, ou seja, quando você o *descobre na última hora*, ele *mata mesmo*. Por outro lado, Péricles se tranquilizava por acreditar que seu caso era *mais fácil*, uma vez que seu câncer *estava no início ainda e não estava sentindo nada, nada*.

Para ele, tanto o câncer de mama, quanto o da próstata são mais *simples* e curáveis, uma que vez que, atingem partes do corpo que podem ser retiradas por meio de cirurgia: *Ele [câncer de próstata] é mais simples, que é o seguinte: tirou a próstata acabou o seu câncer!* Segundo Péricles, *tanto a cirurgia do câncer de mama como a de próstata são iguais*. Ele chama a atenção para o fato da cirurgia ser uma intervenção que é *importante de você fazer* e, ao mesmo tempo, *não é muito complicada*. Péricles também reconhece a existência de outras possibilidades de tratamento para o câncer da próstata, como a raspagem, a radioterapia e o uso de alguns medicamentos. Entretanto, acredita que essas alternativas são menos eficazes já que *às vezes a pessoa não sara, mas também não piora*.

Ele conta que nunca se mostrou relutante para a realização da prostatectomia. *Se alguém chegasse pra mim e falasse pra eu não fazer [a cirurgia], eu não aceitava. Eu vou fazer a cirurgia!* Entretanto, antes mesmo de realizá-la foi informado pelo médico acerca das consequências desse procedimento sobre o seu corpo, especialmente, no que se refere ao seu desempenho sexual. Segundo Péricles, o médico lhe apresentou *um texto que você lê, falando tudo o quê que acontece* após a cirurgia e que deveria ser assinado por ele: *você vai ficar assim, assim e impotência e etc*. Ele recorda que sem assinar este papel a cirurgia não poderia ser realizada. Contudo, afirma que *se você não quiser também, você pode pegar o papel e ir embora pra casa e isso aí é problema seu!*

Por outro lado, Péricles afirma que, quando o indivíduo opta por outros tratamentos, distintos da cirurgia de retirada da próstata, como a *raspagem*, dependendo da idade, pode viver *até os 80 [anos] ou mais com aquela doença, sem ela prejudicar (...) e sem melhorar*

também. Ele conta que seu médico o orientou que fizesse a cirurgia enfatizando que, caso não a realizasse, viveria menos de trinta anos e o câncer aumentaria e o mataria. *Eu fui pelo médico também: não, seu Péricles. Não precisa ter medo não! Vamos operar, porque se não operar você pode isso aí continuar te prejudicando e aumentando. (...) Você não vive trinta anos, né, e vai te matar mesmo!*

Após a realização da prostatectomia, o nível de PSA em seu sangue baixou para 8 e *agora, ele está quase normal: está só zero/dez [0,10]*. Entretanto, após a cirurgia, Péricles se deparou com um conjunto de transformações em seu corpo. Nesse sentido, passou a conviver com incontinência urinária, perda e ganho de peso, perda da força física e, ainda, com disfunções sexuais. Segundo ele, após a cirurgia ficou *doze dias com sonda* e quando a retirou, a bexiga *não chegou ao normal*, o que, para ele, *isso aí é que arrebenta*. Apesar de estar realizando tratamento para reverter a incontinência urinária, *até hoje não normalizou*.

Tal situação exigiu que passasse a utilizar absorventes e fraldas descartáveis. Apesar de já perceber uma melhora do quadro, em algumas situações, como quando se movimenta muito ou vai para algum lugar distante, acaba não tendo controle sobre sua urina. Segundo Péricles, o uso de fraldas e absorventes *incomoda demais, é ruim pra caramba!* e acaba interferindo em sua rotina diária. Além do volume que produz em suas roupas, ele conta que o uso das fraldas também o *atrapalha* ir pra *um lugar mais longe, para casa de um parente*, por exemplo. Péricles diz que, em sua casa, *tem toda a liberdade* para trocar as fraldas, inclusive *na vista de seus filhos*. Por outro lado, levar e trocar as fraldas na casa de outras pessoas o deixa envergonhado e o incomoda: *Não quero ir só por causa disso, porque incomoda bastante!*

Péricles afirma também ter *emagrecido* durante o tratamento oncológico, em especial por ter tido que ficar *lá no hospital, preocupado, aquele negócio todo, sem se alimentar*. Entretanto, após a realização da cirurgia, ele afirma ter engordado *praticamente uns dez*

quilos. Ele também conta que agora passou a conviver com algumas limitações físicas de modo que não pode fazer quase exercício nenhum. Não pode andar rápido (...) Então você não pode fazer esforço não. Da mesma forma, já não pode pegar peso, ficando impedido de trabalhar. Segundo ele, dias após a cirurgia, foi se sentar no vaso sanitário. Ao fazê-lo, sentiu uma fisgada e constatou que havia arrebentado um ponto que, posteriormente, veio a produzir uma hérnia que também teve que ser operada, gerando uma nova internação e ampliando as limitações em seu corpo.

Péricles também destaca os impactos da prostatectomia em seu desempenho sexual. Segundo ele, após a cirurgia *a potência sexual acaba tudo (...) você não tem potência sexual mais não!* Devido às dificuldades de ter ereção, ele afirma que já não pode ter uma relação sexual, de modo que ela *acaba mesmo! A única coisa que você não pode, que você não faz mais depois dessa cirurgia é você ter uma relação sexual. Acaba mesmo!* Segundo ele, agora *não tem como seu pênis penetrar mais. Ele não tem pressão pra penetrar.* Frente a essas limitações, Péricles chega a afirmar que o homem que faz a prostatectomia *não vale nada*, uma vez que a cirurgia *castra mesmo a pessoa, sabe. Tirou a próstata, acabou.*

Péricles afirma que ficou *um pouquinho triste depois dessa cirurgia* e que a perda da potência sexual o deixou *bem amoladinho*. Contudo, segundo ele, *com o tempo você vai chegando no lugar*, de modo que atualmente se percebe como *quase normal*. Diante destas transformações, foi necessário que Péricles conversasse com sua esposa que, segundo ele, *é uma mulher muito compreensiva, uma santa*, que também *se conforma* com a situação. Segundo ele, *dá muito abraço ainda, uns beijos e vai levando o negócio no beijo e no abraço e tal (...) não tem aquele negócio de ficar triste e o outro ficar também*. Entretanto, quanto às relações sexuais *não tem mais não, sabe, acabou mesmo!* Por outro lado, apesar do incômodo que a impotência sexual lhe causa, Péricles tem *esperança de mudar* um dia e, para isso, está fazendo tratamento fisioterapêutico.

Péricles conta que, apesar dessas mudanças em seu corpo, não ficou triste *de jeito nenhum!* Ao contrário do que acontece a outras pessoas, afirma não ter ficado deprimido, se sentindo como se nunca tivesse tido nada. Nesse sentido, ele afirma: *Ninguém nunca me viu triste, [estou] sempre sorrindo, alegre. Faço festa lá em casa, tem na casa dos outros a gente vai, se quiser tomar uma cerveja, toma uma cerveja. Parece que eu nunca tive nada. Eu sou assim.*

Durante o tratamento, Péricles também foi submetido a uma série de procedimentos invasivos e agressivos. Ele afirma que a *cirurgia [da próstata] é violenta! (...) Ela pega aqui, ela vai ate no pênis. Isso aqui abre tudo!* Segundo ele, foi necessário muito tempo e repouso para cicatrizar e *ficar normal*, demorando cerca de dois anos.

Ainda nessa direção, Péricles conta que foi submetido a 33 sessões de radioterapia que, segundo ele, apesar de não ser *tão violenta quanto a quimio [quimioterapia]*, também *prejudica pra caramba*. Segundo ele, a radioterapia fere diversas partes do corpo, em especial, seu ânus e os testículos: *Ela [a radioterapia] pega aqui e aqui (mostra). Ela vem de um lado e do outro. Então é o seguinte: ela fere as pessoas por baixo (...) Aquela parte dos testículos aqui por baixo fica tudo ferido. No ânus também fere.* Péricles compara os efeitos da radioterapia a *um cobreiro*, uma vez que ela queima *assim de arrancar até os cabelos*, deixando *tudo ferido*. Além disso, ele diz que a radioterapia faz com que suas fezes saiam *queimando, ardendo* como se estivesse *passando uma pimenta ali*, exigindo o uso de pomadas que são aplicadas em seu ânus.

Periodicamente, Péricles também faz uso de uma *injeção de pró-hormônio* que, segundo ele, *é forte porque ela chega o hormônio da pessoa no lugar mesmo*, o que vem contribuindo, na sua opinião, para redução de seu PSA. Péricles lembra que seu médico lhe orientou sobre os efeitos dessa injeção, podendo fazer *o peito da pessoa crescer*. Entretanto, afirma não ter sentido *reação nenhuma*. Ele também conta que, durante o tratamento de

incontinência urinária, os profissionais *ligaram um aparelho em seu ânus: eles ligam, eles colocam lá dentro de você e liga no aparelho elétrico e fica funcionando lá dentro.*

Para Péricles, o corpo humano *é uma máquina que pode estar funcionando agora normal e no outro dia já não estar mais.* Conforme ele mesmo ressalta *you pode não ter nada hoje e quando for logo de noite você já tem.* Para ele, quanto maior a idade de uma pessoa, maior a possibilidade dela ter problemas de saúde. Portanto, ele ressalta a necessidade de *cuidar bem do seu corpo, da sua alimentação,* evitando assim futuros problemas de saúde.

Por outro lado, para Péricles, um corpo com câncer *é muito triste,* uma vez que, dependendo do tipo de câncer, ele *prejudica a pessoa mesmo,* alterando a sua rotina e a afasta de suas atividades diárias: *Você não pode trabalhar, você não pode comer direito.* Em seus contatos com pessoas hospitalizadas, ele afirma ter visto *gente sofrendo demais* com essa doença, fazendo com que algumas *pede até pra morrer. É muito sofrimento!*

Analisando a sua experiência de adoecimento e tratamento oncológico, Péricles afirma que a fé e o apoio da família foram muito importantes para que o seu tratamento fosse *muito bem sucedido!* Segundo ele, sua família o apoia e auxilia nos cuidados com a saúde: *Minha família deu maior apoio e eles cuida muito bem de mim!* Para Péricles, essa *força e apoio* são importantes pra pessoa *não ficar desesperada, principalmente se ela for nova.* Ele afirma que *é preciso cabeça no lugar e ter força e coragem e não ficar esmorecendo* para então *chegar lá* e concluir o tratamento. Péricles acredita ter *vencido* o tratamento e afirma estar *tranquilo.* Ele conta que deseja viver mais *uns vinte e tantos anos ainda e morrer com uns oitenta e tantos.*

Pierre: “o câncer é a doença mais perigosa que tem (...)é doença matadoura!”.

Pierre tem 63 anos de idade, é católico, casado há 36 anos, tendo nove filhos e seis netos. Estudou até a quinta série e durante sua vida desempenhou diferentes atividades, trabalhando como copeiro, *braçal* e vigilante. Conforme ele mesmo destaca: *Eu já trabalhei de tanto serviço! Só não matei e nem roubei!* Há 19 anos trabalha como porteiro em uma empresa que presta serviços terceirizados para a Universidade Federal de Minas Gerais.

Analisando sua trajetória de vida, Pierre afirma que, no passado, era *mais desleixado, largado* e não cuidava da sua saúde. Segundo ele, *não gostava de ir ne médico de jeito nenhum! Não gostava muito de tomar injeção.* Por não sentir nenhum sintoma, afirma que não se preocupava e não frequentava os serviços de saúde, acreditando que, caso fosse ao médico, este poderia lhe *arrumar um problema*, mesmo que não tivesse nada: *Eu falava assim: não, você não tem nada! Vai lá no médico e eles te arrumam tanto problema! Fala que você tem isso, tem aquilo outro!* Mesmo em situações nas quais percebia alguns sintomas, como dores de cabeça e febre, Pierre *tomava uma chá* por conta própria ou pensava: *Ah, amanhã eu não vou mexer com isso não!*

Atualmente, Pierre afirma cuidar do seu corpo e da sua saúde de uma maneira muito distinta daquela do passado. Segundo ele, *a idade foi chegando* e, com ela, a constatação de que seu corpo já não tinha mais *aquela potência* de quando era jovem, alertando-o, assim, para a necessidade de cuidados. *Aí a idade foi chegando. Eu já não era aquele de aquela potencia mais, o jovem, né. O jovem não é nunca igual um de 64 anos, né.* Assim, desejando *viver mais alguns dias*, Pierre afirma ter decidido: *então, eu vou ter que me cuidar!*

Agora, ao sentir *qualquer dorzinha de cabeça, qualquer coisinha, qualquer sintomazinho*, Pierre *corre* em busca atendimento médico e de medicamentos. Conforme ele destaca: *Não vou ficar aguardando em casa igual eu ficava: não, eu vou esperar até amanhã! Eu vou tomar um remédio simples aqui por minha conta, né. Não. Ai eu já vou cuidar logo*

(...) *pra não acontecer nada de grave*. Ao contrário de antes, afirma que gosta de cuidar da saúde e *de mês em mês*, vai ao médico fazer *uns exames geral*, afinal, conforme destaca, *não sabe o dia de amanhã*.

Pierre conta que, no ano de 1997, teve *muito problema com um bronquite bravo e passou mal pra danar*, chegando a pensar que *ia até morrer*. Para ele, essa doença era *péssima*, sendo percebida como a *pior doença*, uma vez que a mesma interferia na sua rotina e diminuía sua capacidade para o trabalho. Segundo Pierre, nesse período, *passava mal pra danar no serviço*, exigindo, muitas vezes, que trocasse de posto com seus colegas, pois seu *fôlego ia acabando* e ele já *não aguentava nada*. *Parecia que eu tinha corrido três dias subindo morro*. *Se eu não botasse a mão assim, eu caía duro!* Também eram constantes as idas aos serviços de saúde para fazer inalação devido à falta de ar: *Passava aperto mesmo com a bronquite!*

Devido à piora do quadro, Pierre foi hospitalizado por 28 dias. Após a internação, iniciou um tratamento e *controle* da doença, por meio de medicamentos e consultas médicas, que persistem até os dias de hoje. Segundo ele, atualmente, a *bronquite sumiu* e já não está *sentindo mais nada*, gerando a vontade de interromper o tratamento e o acompanhamento, ainda que sua médica não esteja de acordo: *Eu saio, tomo gelado, perco noite (...) Aí eu não tô sentindo mais nada. Eu tô querendo parar*.

Pierre afirma que, atualmente, não possui nenhum problema de saúde e seus exames não apresentam quaisquer alterações. Conforme ele ressalta: *Eu fiz tudo quanto é tipo de exame. Ela [a médica] olhou e disse que tá tudo beleza!* Ao falar sobre seu estado de saúde, Pierre se compara à sua esposa que, embora seja 10 anos mais nova do que ele, é muito doente. Segundo destaca, *ela é problema pra danar: é diabética, tem pressão alta, colesterol alto, é tanta coisa que ela tem...* Para ele, a esposa está *bem pior* do que ele: *Ela tá bem acabada mesmo! Doente pra danar, coitada!* Pierre também menciona o estado de saúde de

sua sogra que, segundo ele, *tá acabada mesmo, tá esperando mesmo só Deus levar!* Analisando o processo de adoecimento da esposa e sogra, ele mostra-se preocupado e afirma: *Doença é complicada!*

Pierre também conta estar satisfeito e cuidar diariamente de seu corpo. Segundo ele, não faz nenhuma *extravagância além do limite* que possa comprometer seu estado de saúde. Conforme ele destaca: *Eu não bebo, eu não fumo. Eu não sou de fazer extravagância além do limite, né, comer exagerado, né, eu sempre me controlo pra não comer muita gordura ou comer demais.* Para ele, *o corpo humano é uma matéria muito fraca* que necessita de cuidados constantes: *Você tem que se cuidar, tem que saber cuidar dele [corpo]. Não pode desprezar e abandonar de uma vez, assim, tem sempre que se cuidar que a matéria é muito fraca!* Portanto, Pierre destaca a necessidade de *cuidar das alimentações, dos remédios* e evitar o consumo de bebidas e cigarro.

Pierre conta que sabia da necessidade de realização dos exames de prevenção do câncer da próstata após os 40 anos de idade. Entretanto, afirma ter *facilitado* e não queria realizar esses exames, uma vez que *não estava sentindo nada*, nenhum sintoma que o fizesse se preocupar: *E eu facilitei, sem querer fazer [os exames]. Eu não estava sentindo nada!* Ele também conta que sentia *medo* e vergonha de realizar os exames preventivos, em especial, o de toque retal, denominado por ele como *dedada*.

Para Pierre, embora as enfermidades atinjam de forma semelhante mulheres e homens, ele acredita que estes últimos possuem mais dificuldades em realizar os exames preventivos. Segundo ele, ao contrário das mulheres, os homens possuem um *carrancismo [machismo]*, uma *bobeira*, uma *ignorância* que os fazem *achar que é o tal, que é o bom, que não precisa disso [exames]*. Pierre também conta que alguns dos seus amigos o aconselhavam a realização do exame de toque. Entretanto, muitos deles zombavam, associando o

procedimento a um comportamento homossexual: *Alguns me zoavam: ah você vai virar veado! Se você gostar vai chamar o médico de novo!*

Certo dia, Pierre começou a sentir *dor na urina* e a perceber alterações na coloração da mesma. Nesse período também passou a sentir *a urina presa*, como se estivesse *subindo e baixando*. Ele conta que já não mais *aguentava prender a urina muito tempo e segurar*, de modo que, quando *dava vontade de fazer xixi* tinha que buscar algum lugar para urinar, antes de fazê-lo nas roupas. Frente a esses sintomas, Pierre se orientou com alguns amigos que o indicaram que tomasse *um chá de picão para melhorar a urina*, porém com pouco sucesso.

Tempos depois, Pierre começou a perceber que *a potência sexual já tava ficando meio fraca*, levando-o a buscar um serviço de saúde: *Aí eu falei: eu vou ver esse trem!* Após a consulta, os médicos sugeriram a realização dos exames de toque e de PSA. Pierre conta que, no momento da realização do exame de toque sentiu-se com *meia vergonha, meio acanhado*, uma vez que o médico *mandou tirar a roupa e virar pro lado*, para, em seguida *meter o dedo em seu ânus*.

Durante a realização do procedimento e, em meio aos sentimentos de vergonha e acanhamento, Pierre conta ter se tranquilizado pensando que não era o único homem a se submeter a este procedimento tão constrangedor. Afinal, outros homens também realizam este exame: *Aí depois eu falei: 'ah, deixa ele. Não é só eu. Muitos faz! Se fosse eu o primeiro... Eu pensei comigo. Aí eu voltei ao normal. Se eu fosse o primeiro, né, mas eu não fui o primeiro. Isso é normal. Muitos faz. Aí eu caí na realidade e concordei.*

Além disso, o desejo de permanecer vivo e com saúde parece ter se sobressaído à vergonha e ao constrangimento, contribuindo para que Pierre mudasse o modo de pensar e aderisse às ações preventivas: *Ah! Cuidar da saúde é bem melhor! (...) Agora eu não to nem aí. Se precisar, o que eles mandar fazer eu to fazendo. Eu quero é viver mais uns tempos. Se puder evitar, né, de viver, de ter mais saúde, vamos tentar* Para ele, ainda que desconfortável,

a realização dos exames pode evitar o surgimento de doenças graves, como câncer que, para ele, podem levar à morte: Nesse sentido, afirma: *é melhor eu cuidar do que morrer e pegar um câncer aí, né.*

Neste mesmo período, Pierre também foi submetido a um exame de toque retal, mediado por um aparelho. Segundo ele, além de constrangedor, foi muito doloroso. *O troço dói pra danar. Enfia aquele [aparelho] no ânus da pessoa. Aquilo dá um toque lá dentro, tirou um raio-x lá por dentro da gente todinho!* Segundo ele, o procedimento *doía pra caramba* e, por isso, só foi realizado *na marra mesmo.*

Pierre também conta que, durante a realização dos exames, sentiu *medo* de descobrir que estava com câncer que, segundo ele *é um problema sério* e que *não tem cura*. A possibilidade de ser diagnosticado com esta doença o deixou bastante preocupado. Para ele, o câncer *é uma doença maligna, que não tem cura e que pode levar à morte a qualquer hora*. Nesse sentido, Pierre destaca o grande número de pessoas famosas que *tem o poder, tem o dinheiro, tem o maior hospital (...), famosos, deputado, presidente, forte e que tem dinheiro*, mas que, ainda assim, morrem em função da doença. Desse modo, ele afirma que *o câncer é a doença mais perigosa que tem (...) o câncer é doença matadoura!*

Para Pierre, existem dois tipos de cânceres. Embora afirme não saber *explicar qual o [câncer] mais perigoso (...)* qual que é o mais forte, o mais bravo, ele afirma que o câncer *maligno é mais perigoso e mata a pessoa mais rápido*. Pierre também destaca a existência de um outro tipo de câncer *mais simples*, porém *que fica comendo as pessoas aos poucos*. Para ele, a pessoa acometida por essa enfermidade *fica uma pessoa triste, desmurecida* e passa a conviver com a possibilidade de *qualquer hora morrer*, de maneira que, *não tem uma esperança de vida mais.*

Após a realização dos exames preventivos, Pierre afirma que os médicos o diagnosticaram com *início da próstata*, o que o deixou *muito emocionado*, com *medo* e

preocupado. Nesse momento, afirma ter se preocupado com a possibilidade de ser *pego* pelo câncer: *Ah, meu Deus! Será que esse troço vai me pegar?* Embora seus prontuários indiquem que ele foi diagnosticado com câncer da próstata, Pierre afirma que *não era câncer, não. Tava com início da próstata!* Segundo ele, os médicos o orientaram dizendo que *podia dar câncer se não cuidasse, se ficasse mais velho*. Assim, afirma que, nesse momento, decidiu cuidar mais da saúde e *fazer o possível* para evitar o adoecimento: *Aí eu cuidei direitinho!*

A confiança em Deus, nos médicos e nos medicamentos se configurou como um importante elemento que contribuiu para que Pierre se tranquilizasse em relação ao tratamento. Nesse sentido, acredita que pouco podia fazer para mudar o seu quadro, caso de fato estivesse com a doença e a mesma fosse incurável: *Se tiver cura, cura. Se não tiver, o quê que eu posso fazer?* Outro fato que o tranquilizou foi o pensamento de que o câncer *é mandado por Deus*, cabendo a ele decidir quem seria acometido ou não pela doença.

Após o diagnóstico, Pierre iniciou um tratamento por meio de remédios, injeções e radioterapia. Segundo ele, as sessões de radioterapia ocorreram em 28 dias, durante oito horas diárias. Ele conta que, durante essas sessões, ficava *despido*, deitado em uma cama sob um aparelho que, segundo ele, parecia *uma bacia*. Pierre considera que as sessões contribuíram para que a doença fosse *diminuindo*, até chegar ao estágio atual.

Ele também conta que, durante o tratamento, sentiu muito medo da possibilidade de ser submetido a uma cirurgia e, principalmente, das possíveis consequências que poderiam ser geradas por este procedimento, como ficar *aleijado, com sequela e com problema*. *Tava com medo de fazer né (...) Medroso de cortar, assim, fazer a cirurgia, ficar aleijado, ficar com sequela, ficar com problema (...) tipo, se a cirurgia desse problema e eu ficasse com algum defeito, alguma coisa mudasse ne mim*. Pierre também conta que, da mesma forma, sua família também estava preocupada com a possibilidade de realização de uma cirurgia. Entretanto, afirma que *levava eles no banho-maria* e dizia não estar com medo.

Cabe destacar que essa não seria a primeira cirurgia feita por Pierre. Em outra ocasião, ele começou a sentir que o seu *umbigo tava crescendo*. À medida que sentia que seu umbigo crescia, ele constatava a presença de *um grão* em seu corpo que gerava dificuldades de segurar a urina, além de fortes dores, percebidas por ele como *umas facadas que doíam pra danar*. Ao procurar uma Unidade de Pronto Atendimento, descobriu que estava com *início de hérnia, uma hérnia umbilical*. Pierre foi encaminhado a um especialista que solicitou uma cirurgia para retirada da mesma.

Pierre se recorda da experiência desta cirurgia e conta do medo da anestesia que segundo ele se refere a um *troço que mata a gente mesmo e você não sente nada*. Ele recorda que, após a aplicação da anestesia foi *apagando, apagando*, até que não viu mais nada. Quando acordou já estava *cortado e costurado*. Ele conta ter se preocupado com a anestesia e ter pensado que *se eles [médicos] não fizesse voltar ao normal*, ele estaria morto, uma vez que durante a cirurgia, *corta você, costura e você não vê nada!*

Após realizar alguns exames os médicos constataram que a cirurgia de retirada da próstata não era mais necessária, pois o seu problema estava *quase sumindo*, deixando-o muito contente e aliviado. *Tava com encaminhamento e tudo pra cirurgia. Aí não precisou e eu falei graças a Deus!* Entretanto, apesar da não realização da prostatectomia, o tratamento proposto provocou mudanças significativas em seu corpo, alterando sua rotina e seu cotidiano.

Pierre conta que, após a cirurgia da hérnia e depois do tratamento da próstata já não consegue mais *pegar peso, subir andaime, subir escada, caminhar em cima de laje*. Segundo ele, *suas pernas tremem* e, ao olhar para baixo, sente uma *tontice*, dando a sensação de que irá cair. Recentemente, sentiu *uma tonteira* que parecia que *tinha tomado bebida*, a qual denomina como *fraqueza no organismo, fraqueza nos ossos*. Foi necessário que tomasse *uma vitamina* e hoje já não está *sentindo mais nada*.

Tendo em vista o tratamento e as suas consequências sobre o seu corpo foi necessário que Pierre se afastasse do trabalho e ficasse em casa *paradão*. Segundo ele, estar *parado em casa era ruim demais* e, para lidar com a situação, ficava *andando no terreiro, ajudando a mulher fazer as coisinhas mais leves ou dando algum recado, fazendo alguma viagem ou pagando alguma coisa ou comprando*. Neste período, se sentia *igual menino de recado*. Entretanto, afirma que esse momento *passou rápido*, de modo que, após três meses, voltou a trabalhar.

Outra mudança importante percebida por Pierre refere-se às alterações em seu desempenho sexual. Conforme ele ressalta, antes do tratamento *era fogaço, gostava de mulher pra caramba! Pintava e bordava*. Agora, percebe estar *devagar* e há muito tempo não tem relações sexuais. Pierre acredita que a doença *puxou um pouco da força e da potência* sexual, reduzindo-as, de maneira que atualmente *nem liga mais pra mulher*. Por outro lado, Pierre também chama a atenção para o impacto do envelhecimento nessas transformações, gerando uma dúvida se essas transformações foram originadas pelo adoecimento ou *se é a idade*. Conforme ele destaca, *a pessoa com sessenta e tantos anos nunca é igual uma pessoa de quinze, de vinte, de dezoito*.

Certo dia chegou a experimentar Viagra e gostou muito dos resultados. *Só fiz um teste e foi bom o negócio!* Entretanto, afirma ter utilizado o medicamento apenas por duas vezes, já que *isso [sexo] não enche barriga, não leva a vantagem nenhuma*. Pierre também teme que o consumo desse tipo de medicamento possa prejudica-lo futuramente, por isso abandonou o uso. *Aí você leva é prejuízo!* Ele também conta ter conversado com a esposa acerca dessas mudanças, mas por se tratar de uma pessoa *super doente*, ela o compreendeu e aceitou a situação.

Apesar das transformações, Pierre diz estar satisfeito com o estado de saúde e com o fato de não ter feito a cirurgia e, principalmente, por acreditar não ter desenvolvido a doença

que tanto temia: o câncer. Pierre diz estar *tranquilo* e acredita estar curado, uma vez que já não está *sentindo mais nada*, está *urinando normal* e *parou a dor no canal da urina*. Recentemente, realizou um novo exame de PSA e, no momento da entrevista, estava aguardando uma nova consulta para *acabar de tirar a dúvida* e a médica *acabar de ter uma prova que está curado da próstata*.

Patrício: “o câncer é uma doença como qualquer outra”

Patrício tem 67 anos, é casado, tem uma única filha e se considera como *católico, mas não praticante*. Ele conta que estudou até a sétima série do *segundo ginásial* e trabalhou por muitos anos como almoxarife. Posteriormente, deixou *de trabalhar de empregado* e passou a *trabalhar com mineração de diamantes*. Atualmente, encontra-se aposentado por invalidez devido ao tratamento oncológico.

Analisando sua história de vida, Patrício conta que *nunca foi de preocupar muito com a saúde*. Nesse sentido, afirma que sempre fazia *muita extravagância, bebia muito e fumava muito*. Segundo ele, até os 56 anos de idade *fazia uso da bebida [alcoólica] constantemente, quase que diário*. Ele conta que não tem *meio termo: Eu bebo ou não bebo*.

Segundo Patrício, os médicos afirmaram que o uso constante da bebida alcoólica e do cigarro contribuíram para que desenvolvesse um *problema do coração* que só foi descoberto após uma internação devido a uma *crise de falta de ar* que, posteriormente, viria ser diagnosticada como *edema pulmonar*. Após alguns exames, foi constatada uma *microcardia dilatada* e também um *AVC*. Conforme ele relata, no momento do diagnóstico, o *problema do coração estava em estado gravíssimo* e ele já havia *perdido mais de 50% da força do coração*. Patrício afirma ainda que o seu coração havia *dilatado*, dando a sensação de *ter o coração grande*.

Devido às mudanças no seu estado de saúde, Patrício afirma que, *desde o ano 2000 vem controlando a bebida, diminuindo o consumo*. *Então, hoje, com esse problema de saúde, esse negócio tudo, eu cheguei à conclusão que eu devo evitar [bebidas alcoólicas] né*. Por outro lado, apesar de ter diminuído o consumo de álcool e de conseguir ficar alguns *anos sem beber*, Patrício não descarta a possibilidade de voltar a beber um dia: *Não sei, não vou dizer que eu não vou beber nunca mais. Isso aí é decorrência da vida*.

Ao recordar dos seus hábitos de vida, quando jovem e, da maneira como cuidava da saúde, Patrício parece manifestar um certo arrependimento em relação às consequências do consumo de álcool e tabaco à sua saúde. Nesse sentido afirma: *se eu tivesse cuidado quando novo, né, bebido menos ou não bebido, ou fumado tanto como eu fumei, eu poderia estar com saúde melhor*. Segundo ele, nessa época, *achava que tava certo fumar, que tava certo fazer muita farra*. Por outro lado, apesar dessas constatações, ele afirma que as mesmas se referem a um *troço do passado* e que já não pode *voltar atrás* e fazer modificações. Afinal, *o que passou, passou*.

Apesar de se considerar uma pessoa que não se preocupava muito com a saúde, Patrício afirma que há alguns anos vinha *fazendo controle* e realizando exames preventivos do câncer da próstata. Ele afirma que se preocupava com a prevenção da doença, uma vez que, *já tinha perdido três irmãos com câncer de próstata e todos morreram em decorrência desta enfermidade*. Patrício afirma que o câncer da próstata *é genético na família*, tendo em vista o grande número de familiares que desenvolveram a doença. Ele conta que, nesse período, começou a *fazer um controle do PSA*, como também, passou a *fazer o exame de toque*.

Para Patrício, o câncer da próstata é uma enfermidade que não apresenta *nenhum sinal, nenhum indicativo, nenhuma dor* que permita ao homem identificá-la previamente. Para ele, *a gente não sente nada*. Durante cerca de seis anos, Patrício realizou, anualmente, os exames preventivos, em especial, o de toque que, para ele, *é o mais preciso, é o que indica a anormalidade e o crescimento da próstata*. Para ele, trata-se de um *exame bobo* que foi feito *com naturalidade* e sem se abalar. *Eu não me abalei não!*

Patrício destaca a importância da realização dos exames preventivos para um diagnóstico precoce do câncer da próstata, antes que a doença se agrave e dificulte o tratamento. Entretanto, ele também destaca que *não existe remédio pro câncer* e tampouco *existe um remédio pra você não ter câncer*. Segundo ele, *você tem ou não tem [câncer]!*

Portanto, ele afirma que *você tem que fazer o exame preventivo porque (...) o tratamento é mais fácil no início.*

À medida que realizava os exames preventivos, ele observava que os mesmos *sempre acusavam uma anormalidade e iam sempre dando uma alteração no crescimento da próstata*, percebida por ele como o *primeiro sintoma* desta enfermidade. Frente às constantes alterações nos resultados dos seus exames preventivos, os médicos lhe solicitaram uma biópsia da próstata, onde foi confirmado que o crescimento da mesma *já tinha se transformado em câncer*, porém, como ele mesmo ressalta, *na fase inicial* da doença.

Patrício afirma que, ao receber o diagnóstico, achou *a coisa normal*, pois, para ele, *o câncer é uma doença como qualquer outra*. Ele acredita que *ninguém deve ter medo do câncer e nem de qualquer outra doença*, uma vez que o adoecimento por câncer *é uma rotina da vida*, já que *são milhares de pessoas que estão lutando, que vão ter câncer, que tem câncer*. Por outro lado, Patrício destaca que, *o câncer é uma das doenças mais temidas* pelas pessoas, em geral, sobretudo, porque, *geralmente ela culmina em perda da vida, muitas das vezes fora do tempo*. Para ele, ao contrário do que muitas pessoas imaginam, o câncer *não é o fim da vida* e, portanto, afirma que *não vai parar a vida por causa dele. Porque eu to com câncer, minha vida acabou? Não*. Segundo ele, *a vida da gente só acaba quando a gente vai lá pro outro lado!* Portanto, *é preciso ter otimismo e não se deixar abater*.

Para Patrício, a maneira como as pessoas reagem ao processo de adoecimento por câncer também se refere a uma *questão de como as pessoas encaram a vida*. Ele destaca que, ao contrário de outras pessoas, ele encara o câncer *com a maior naturalidade do mundo*. De forma semelhante, também afirma considerar as doenças como *uma coisa normal*, afinal, como ele mesmo destaca, *um dia todos nós vamos passar por ela. A maioria do ser humano, o que leva à morte é algum tipo de doença*. Portanto, para ele, *não resolve você ficar infeliz porque você está doente. Eu vejo a doença como um troço normal, que ela existe desde que o*

mundo é mundo e ela vai existir sempre. Então você tem que encarar com otimismo! Nesse sentido, afirma que *não deixa a doença tomar conta* de seus pensamentos. Na sua opinião, *a doença é uma consequência da vida* e, portanto, *o maior remédio que tem pra doença é não ter medo dela.*

A constatação de que outras pessoas também estavam passando por um processo de adoecimento semelhante e a confiança nas possibilidades de tratamento da doença contribuíram para que Patrício se posicionasse de forma tranquila em relação ao diagnóstico de câncer da próstata, considerando-o como uma *coisa normal*. Conforme ele mesmo destaca: *O que está acontecendo comigo, acontece com dezenas de milhares de pessoas. Isso é coisa normal da vida! Então, vamos levantar, levantar a cabeça! Se tem tratamento, vamos procurar né! (...) Eu tive câncer, meus irmãos tiveram câncer, meus parentes tiveram, meus amigos tiveram. Então é coisa normal.*

Após a constatação do diagnóstico de câncer da próstata, os médicos recomendaram *uma cirurgia radical* para retirada da próstata por meio da prostatectomia que, segundo Patrício, se refere à *forma mais segura* de tratamento e mais eficiente *do que você passar por quimioterapia*. Para ele, *quando você faz a cirurgia radical no início você não tem necessidade de radioterapia, (...) de quimioterapia*. Na sua percepção, a cirurgia de retirada total da próstata é muito *mais segura* do que a quimioterapia e a *raspagem*. Para ele, durante o processo de quimioterapia, *você sofre muito e muitas das vezes não resolve nada*, de modo que optou apenas pela cirurgia que foi realizada um mês após o diagnóstico.

Patrício também recorda que um dos seus irmãos, optou por outras possibilidades de tratamento do câncer de próstata, distintas da prostatectomia e, não obteve sucesso no enfrentamento da doença. Conforme ele conta, seu irmão mais velho realizou uma operação *parcialmente*, sem fazer a retirada da próstata. Para Patrício, tratava-se de *quadro terrudo, uma limpeza, uma raspagem*. Segundo ele, o irmão viveu por mais alguns anos e *depois o*

câncer voltou e aí foi fulminante, levando-o a óbito. Ele também recorda que outros irmãos e um dos seus sobrinhos realizaram a cirurgia de retirada da próstata e hoje encontram-se bem.

Patrício afirma não ter se abalado com a possibilidade de se submeter à operação. Ele conta que *nunca teve medo* da cirurgia, uma vez que já havia feito três cirurgias do reto, anteriormente. Ele destaca que apenas se mostrou preocupado com a anestesia, tendo em vista os problemas cardíacos que já apresentava nesse período. Entretanto, conta que realizou o procedimento sem ficar *preocupado*, pois, segundo ele, *não resolve você ter medo*.

Patrício afirma que, após a cirurgia o médico o avaliou novamente e constatou que ele encontra-se *curado*, já que o câncer *foi tirado no início e não ficou nada*. Entretanto, após a cirurgia, Patrício passou a conviver com uma série de mudanças corporais que alteraram sua rotina e hábitos diários, levando-o a constatar que *já não é aquele mesmo* de antes, embora, segundo ele, isso não o *deprima*.

Após a cirurgia da próstata, Patrício afirma ter ficado *com a urina solta* por um período de uns dois meses, exigindo que utilizasse fraldas por alguns dias. Para ele, trata-se de algo *normal* que acomete todos os homens que fazem a prostatectomia. Patrício também destaca que esses sintomas podem aparecer ou não por uma *questão de sorte ou da cirurgia bem feita* e, em alguns casos, podem permanecer para *o resto da vida*. Ele também recorda de casos de outros pacientes, como um irmão e sobrinho que fizeram a cirurgia e ficaram *com a incontinência e não recuperou*. Ao contrário de seus familiares, Patrício afirma que, atualmente, não apresenta nenhum sintoma de incontinência urinária. Conforme ele mesmo destaca: *eu não tenho incontinência urinária mais. Normalizou né*.

Outra mudança importante, percebida por Patrício, se refere ao que denomina como *queda na potência sexual*. Segundo ele, após a retirada da próstata *você perde um pouco da potência [sexual]*. *Você não perde a potência total, mas diminui*. Apesar de considerar uma *perda*, Patrício afirma ter aceitado *com naturalidade* as mudanças no seu desempenho sexual

e relata que não pôde fazer uso de medicamentos para impotência sexual, devido ao fato de *ter o coração muito fraco*, como mencionado anteriormente.

Durante o processo de tratamento e, devido à *dificuldade de trabalhar* o médico sugeriu que Patrício se afastasse do trabalho e, como já destacado, fosse aposentado por invalidez. *Eu aposentei por invalidez né, não foi por tempo de serviço*. Apesar da aposentadoria, Patrício continua trabalhando, porém, por conta própria, respeitando o seu interesse e condições para o trabalho: *Eu trabalho o dia que quero, a hora que quero, o dia que eu estou bem!* Ele também destaca que, após a realização da prostatectomia engordou um pouco, passando de 49 quilos para 54.

Patrício diz estar satisfeito com o seu corpo e afirma que com a *idade e experiência de vida* que possui *não tem muita coisa em querer mudar* em seu corpo. Atualmente, vai ao médico com frequência e realiza *controle com cardiologista e também com urologista*. Ele também destaca que utiliza apenas *medicamentos pro coração*. Duas vezes por ano, ele realiza o exame de PSA e, periodicamente, outros exames, em geral.

Para ele, *as pessoas devem cuidar desde cedo* dos seus corpos. Conforme ele destaca, *não tem nada melhor que um corpo sadio, um corpo sem doença*, mesmo que ele também considere que, ao mesmo tempo, *ninguém está livre delas*. Nesse sentido, para ele, um corpo com câncer também se refere a *um corpo normal (...) o mesmo que um corpo com diabetes*. Patrício também ressalta a necessidade das pessoas *cuidar-se mais, fazer exames periódicos e evitar extravagâncias*. Para ele, esse cada pessoa deve cuidar e estar satisfeita com o próprio corpo, afinal, *eu não posso desejar um corpo que não é meu*.

Quanto ao futuro, Patrício afirma que *não espera muito da vida* e espera *ter um fim de vida aí sem sofrimento* que, para ele, *é o desejo de todo ser humano*. Ele afirma que *já não tem muitos sonhos* e que *depois de uma certa idade você já começa a fazer hora-extra*, sendo o mais apropriado *deixar acontecer*.

Pablo: “Você faz a cirurgia e aí você fica pensando: eu não sou homem mais”

Pablo tem 62 anos de idade, é casado, católico, tem dois filhos e uma neta. No momento da entrevista se encontrava desempregado e em processo de aposentadoria por invalidez, segundo ele, recorrente do adoecimento e tratamento oncológico. Anteriormente, havia trabalhado como gerente em *lanchonete, bar e restaurante*, mas afirma ter sido demitido *um ano certinho* antes de descobrir que *estava com essa doença*, a saber, o câncer da próstata.

Analisando a narrativa de Pablo, é possível observar o quão dolorosa a experiência de adoecimento por câncer e do tratamento oncológico se apresentou a ele. Ao narrar a sua trajetória, ele menciona que foi uma experiência *muito triste, difícil* e que *dói muito*. Conforme ele mesmo descreve, não se trata apenas de uma dor física, localizada em algum ponto específico do seu corpo, mas sim de *uma dor que te pega mesmo, mais apertado*, que *dói lá dentro*, em *tudo assim*, produzindo a sensação de um intenso sofrimento. Ele chega a nomear essa dor como *dor crônica* e afirma que deverá *conviver com isso pro resto da vida*.

Pablo considera que era um homem que sempre cuidava da saúde: *Sempre olhei minha pressão pra ver como que tá, né. Se precisasse de ir no médico eu ia, tomava remédio*. Nesse sentido, afirma que sempre fez pouco uso de bebida alcoólica, bebendo *só por esporte*. Por outro lado, afirma que *uma das coisas que devia cuidar*, mas que *não cuida* é do consumo do cigarro que, segundo ele, *prejudica muito a saúde da gente*. Após algumas tentativas de parar de fumar, Pablo afirma pensar em *conversar com o médico pra ver se ele passa um remédio* que o ajude nisso. Ele também conta que se *alimenta muito pouco* e, *mesmo tomando remédio pra dormir*, acaba *dormindo muito pouco* também.

A partir dos 50 anos de idade, Pablo começou a fazer o exame de PSA. Segundo ele, nos primeiros anos, *estava dando normal*. Tendo em vista a não constatação de nenhuma

alteração nos seus exames, optou por *deixar pra lá* e não dar continuidade às ações preventivas do câncer da próstata, ficando *dois anos sem fazer os exames*.

Algum tempo depois, Pablo começou a sentir o que, para ele, seriam os primeiros sinais que indicavam a presença de alguma enfermidade. Segundo ele, *sentia dor e aquele mal estar*, que o fizeram suspeitar *que estava com uma hérnia*. Ele também conta que começou a *falhar* tanto na *hora de urinar*, como na *hora de fazer sexo*, o que lhe causou grande preocupação. Após constatar estes sintomas, sua esposa o orientou que fizesse *um exame de sangue*, marcando-o logo em seguida.

Pablo considera ter realizado tardiamente os exames preventivos: *Aí quando eu fui fazer já era tarde*, pois, nesse momento, o seu PSA já *estava alto*, revelando a presença do câncer da próstata. Além disso, o exame de toque constatou que *já estava tudo estragado*, o que, para ele, também explica as fortes dores sentidas durante a realização deste procedimento. Ao receber o diagnóstico, afirma ter tomado *aquele choque e aquela recaída*, revelando o quanto se assustou com a notícia.

Pablo explica ainda que não realizou os exames preventivos por *lerdeza mesmo*, por *achar que você está com saúde e não precisa fazer*, configurando como *um descuido* de sua parte. Para ele, os homens se previnem menos que as mulheres: *A gente quer ser machão, né: ah, eu não tenho nada! Eu tô bom! E não pode ser assim*. Ele observa que a *mulher capricha mais* na hora de realizar os exames preventivos e que *elas previnem mais que a gente*. Nesse sentido, ele chama a atenção para o fato de que, sua esposa, assim como *qualquer mulher, todos os anos*, realiza os exames para prevenir o *câncer de mama, câncer de útero*, o que não acontecia com ele: *Eu não preveni*.

Analisando as consequências do adoecimento em sua vida, em especial, após a realização da prostatectomia, Pablo parece se arrepender de não ter realizado os exames com regularidade e afirma: *Se fosse pra mim voltar atrás, igual eu falei, pra mim fazer os exames*,

eu fazia tudo: fazia exame de toque (...) passava a fazer tudo ne mim pra mim não ter que passar pelo o que eu passei com essa operação.

Outro fator importante que parece ter contribuído para o distanciamento de Pablo dos exames preventivos foi a estrutura dos serviços de saúde do local onde vive. Segundo ele, *o posto de saúde é muito ruim. Na sua percepção, não é porque os caras que trabalham é ruim, mas que o governo não ajuda de nada, de maneira que, às vezes, você procura um remédio e não tem e, às vezes, uma coisa fácil de resolver no posto, eles não resolvem.*

Para Pablo, o câncer é uma doença *muito triste, que não tem cura, que vem pra matar mesmo e que não permite que a pessoa vai viver muito.* Segundo ele, tendo em vista a gravidade da enfermidade, o câncer só pode ser curado por meio de uma intervenção divina, afinal *quem cura é Deus. Jesus cura a gente!* Nesse sentido, afirma que *só Deus mesmo pode dar consolo pra qualquer pessoa que tenha esta doença, uma vez que ela é difícil pra você aceitar.*

Pablo recorda que, antes de receber o diagnóstico de câncer, *não estava nem aí, nem notava os comentários acerca desta doença. Quando estava passando na televisão alguma notícia sobre o câncer ou acerca de uma pessoa que morreu em decorrência dessa enfermidade, mudava de canal. Segundo ele, acreditava que nunca seria atingido por essa doença: Falava: uai, em mim não vai dar. Você nem pensava que imaginava que ela podia me atingir.*

Para Pablo existem vários *tipos* de cânceres que podem atingir diversas partes do corpo, como, por exemplo, *câncer de intestino, dá no pâncreas, dá no fígado.* Segundo ele, de acordo com a parte do corpo acometida pelo câncer, você pode retirá-la e ficar *livre* da enfermidade, como é o caso do câncer da próstata: *Se eu tiro a próstata toda fora, aí você tá livre dele.* Entretanto, como lembra Pablo, o câncer *pode voltar de novo*, como aconteceu

consigo que, *quase depois de cinco anos, ele voltou de novo*, sendo, portanto, necessário *prevenir*.

Pablo também ressalta que o câncer é uma doença que acomete *muitas pessoas*, inclusive *muitos artistas famosos* que têm dinheiro e *tudo na mão* e que se *cuida todo o ano*, indicando que nem sempre a realização de exames é capaz de prevenir o surgimento da enfermidade. Ele também menciona ter *perdido uma madrinha* de batismo em função do câncer. Segundo ele, ela era *muito rica e tinha muito dinheiro*, operou, mas *não adiantou nada*. Ele também afirma ter *perdido um irmão com essa doença*. Durante o processo de adoecimento, ele chegou a emagrecer *quase que 40 quilos*; o câncer *comeu o intestino dele todo*.

Após a constatação do diagnóstico de câncer da próstata, os médicos recomendaram que Pablo fizesse a prostatectomia, já que, conforme ele destaca, seu câncer era *maligno* e necessitava ser retirado: *Tirou tudo fora!* Ele recorda que, apesar dos médicos terem informado sobre as consequências da cirurgia, os mesmos não abriram espaço para outras formas de tratamento, tampouco para a possibilidade de não aderir ao procedimento cirúrgico: *Então os médicos mesmo falou: a partir de hoje o senhor vai ter que aceitar! É assim, assim e assim!* Pablo também conta que, após o diagnóstico, os médicos exigiram que escolhesse entre a morte ou a operação, o que se configurou como uma escolha muito difícil, diante da qual não sabia o que fazer: *Mas eu ia fazer o quê? O médico falou: ou você escolhe: ou a morte ou você opera! Aí eu falei: eu vou ter que fazer, ué.*

Pablo afirma ter realizado três cirurgias durante toda sua vida: *Eu operei de sinusite, eu operei da hemorroida e eu fiz essa cirurgia [prostatectomia]*. Contudo, ao compará-las, afirma que a prostatectomia *foi a pior de todas*. Nenhuma das anteriores foi *igual a essa aí*. Segundo ele, essa cirurgia *é muito ruim e acaba com a gente*, sobretudo porque, após realizá-la, passou a conviver com uma série de alterações corporais.

Conforme ele relata, após a cirurgia, *ficou essa dor* crônica já mencionada anteriormente. Além disso, emagreceu *uns cinco ou seis quilos, perdia o sono*, sua *barriga inchava* e, por diversas vezes, teve que ser hospitalizado para tomar *remédio* e colocar *sonda* para eliminar a urina, o que para ele se configura como algo *muito ruim*. Pablo destaca ainda que, após a realização da prostatectomia, *tomou raiva e perdeu o gosto de muita coisa*. Nesse sentido, afirma que: *não comia, não gostava de carne mais* e, até hoje, percebe *aquele gosto* na água. Analisando o processo de operação, ele conta que *o mais difícil* é não mais poder aproveitar a vida, uma vez que o seu corpo já *não aguenta fazer nada*, alterando assim sua rotina diária.

Além da prostatectomia, Pablo também teve que conviver com uma série de intervenções médicas invasivas e agressivas. Dentre elas, ele destaca a radioterapia, a qual foi submetido a *36 sessões*. Na sua percepção, enquanto a quimioterapia *é tipo um remédio, um iodo* que os médicos *passam no lugar certo*, a radioterapia *é pior que a química*, pois *queima* o corpo do paciente *até em lugar que você não tem nada lá dentro*. Da mesma forma, Pablo afirma que a medicação que toma durante o tratamento *é muito forte* e pode *atingir seus rins e seu fígado*, revelando que ao mesmo tempo que contribui para uma melhora, também produz efeitos colaterais percebidos por ele como negativos.

Segundo Pablo, *quando você faz ela lá [radioterapia], você não sente nada não*. Entretanto, *depois que você faz, você chega em casa e começa a doer*. Nesse sentido, afirma que *no período que você acaba de fazer [a radioterapia], a sua boca fica toda ressecada*. *Você não tem fome pra comer, você não tem sede*, contribuindo para a presença de *uma dor muito diferente das outras*, semelhante àquela gerada quando *você dá um corte na mão e uma dor diferente da dor de cabeça*.

Ao contrário de antes, Pablo afirma que, agora, já não está *indo na igreja mais* porque não sente *muita disposição para conversar com os outros, pra sair*. Segundo ele, é

recorrente que as pessoas fiquem perguntando sobre seu estado de saúde e se está melhor, o que não o agrada. Nos primeiros meses após a cirurgia, Pablo afirma que não atendia telefonemas, se *escondia dos outros em sua casa* e pedia a sua mulher para dizer àqueles que o visitavam que ele *não estava em casa*. Ele afirma que, após o adoecimento e tratamento oncológico, já não sente *prazer de viver*, o que contribui para que se isole, ficando *sozinho em casa, o dia inteiro*: *Você não sente aquele prazer mais, fala: ah, eu to doente mesmo! Eu não vou sair pra lugar! Eu não ou em lugar nenhum mesmo!*

Pablo conta que, antes do adoecimento, *gostava muito de pescar* com um grupo de amigos e agora já não o faz, pois tem *medo de passar mal*, o que o deixa bastante *inseguro*. Ele se preocupa com a possibilidade de passar mal e sentir fortes dores, como em situações anteriores e, dependendo de onde esteja, acredita ser difícil recorrer a um serviço de saúde e *não aguentar de dor*.

Ele também relata que, agora, já não se sente *bem no meio das pessoas* e, por isso, não vai mais à missa, casamentos e aniversários. Ele conta que, antes do adoecimento, *gostava muito de jogar baralho e truco* com seus vizinhos, mas que, hoje já *não joga mais*. Nesse sentido, Pablo relata que, antes do adoecimento, sua *casa era cheia de gente*. Entretanto, após a realização da cirurgia, *muita gente*, dentre amigos e familiares, foi se *afastando, afastando*.

Outra mudança importante, percebida por Pablo, se refere ao impacto da cirurgia de retirada da próstata no seu desempenho sexual, o que o deixou muito *revoltado*. Segundo seu relato, desde a constatação do diagnóstico e da necessidade de realização da prostatectomia, sentiu grande *humilhação*. As pessoas conversavam com ele e faziam todo *tipo de gozaria*: *Agora você não vai ó mais (faz um gesto indicando sexo), agora você não é homem mais*.

Apesar de considerar que hoje já *aceitou* sua condição, ele afirma que a mudança em sua sexualidade o *revoltou muito*. Nesse sentido, ele conta que, após a cirurgia, *você não goza*

mais. Quando consegue manter uma relação sexual, não sai mais nada. Pablo afirma ainda que, ao ver uma mulher bonita, você tem desejo, você olha assim, mas só que você não tem mais aquele tesão.

Na sua opinião, após essa cirurgia, em tudo o que faz, *você acha que não é homem mais, que tá sendo humilhado, que os outro mandam em você!* Para ele, excetuando os casos nos quais se realiza apenas *uma raspagem, a pessoa que faz esse tratamento [cirurgia] pode ter 30 anos que não consegue fazer sexo nunca mais.* Segundo ele, *o sexo acaba pro resto da vida.* Para isso *não tem remédio, nem nada* que possa ser feito para amenizar as consequências. Conforme ele destaca, ao contrário de outros homens que também fizeram a prostatectomia, porém mais jovens, ele já não pode fazer uso de remédios, como Viagra.

As modificações no seu desempenho sexual também contribuíram para que, no início, Pablo desenvolvesse um sentimento de *desconfiança* de sua esposa, a qual considera como uma mulher *super honesta e trabalhadeira.* Entretanto, ao conversar com ela, a mesma disse que já que ele havia perdido *a vontade* sexual, *ela também perdeu a vontade.* Tal afirmação aumentou a sua confiança e amenizou os conflitos conjugais que surgiram nesse período.

Conforme ele relata, após a realização da prostatectomia, já não mais vive com a sua esposa da mesma forma como vivia antes, abrindo mão de alguns gestos afetivos, como *andar de mão dada, abraçar.* Pablo conta que *você faz a cirurgia e aí você fica pensando: eu não sou homem mais pra ela (...) você fica, assim, inseguro de estar de mão dada com a pessoa e a pessoa falar uma coisa com você e te ofender.*

Ele também relata que, após a realização da prostatectomia, passou a conviver com uma incontinência urinária, o que exige a utilização de fraldas descartáveis. Segundo ele, *na hora que ela [a urina] vem, ela vem de uma vez, aí você não aguenta segurar.* Portanto, é necessário que ele *carregue* consigo um pacote de fraldas, em todos os lugares que vá.

Entretanto, nem sempre as fraldas são suficientes para conter sua urina. Às vezes, *sai muito queimando* e vaza, molhando toda a sua roupa.

Pablo também afirma que, quando acaba de urinar, *quase morre de dor e parece que quer sair mais [urina], mas não sai*. Por outro lado, em outras ocasiões, *a urina fica retida lá dentro*, sendo necessário ir ao hospital, colocar uma sonda para retirada da urina e alívio da dor. Entretanto, tal procedimento também provoca dores e *parece que dá uma inflamação na gente lá por dentro*, difícil de ser compreendida por ele: *Eu não sei o quê que acontece!*

Pablo também conta que atualmente não tem *disposição pra fazer mais nada* e que tem *muito medo também* em relação ao seu estado de saúde. Nesse sentido afirma que já não pode *subir numa escada*, pois *dá uma zonzeira* que o deixa *zonzinho*. Além disso, não *aguenta pegar peso mais*, o que faz com que o seu dia seja ficar em casa sem *fazer nada*. Recentemente, Pablo também *descobriu* que está com um *bloqueio no coração*, o que está *dando muita canseira*, limitando ainda mais o seu cotidiano.

Analisando as transformações corporais e o impacto delas em sua rotina, Pablo afirma que não *consegue fazer mais nada*. Após o adoecimento, chegou a começar a *trabalhar assim de biscate, trabalhar de servente de pedreiro*. Porém, também *não estava aguentando trabalhar*, uma vez que o seu *corpo não ajudava*. Conforme ele destaca, *toda a vida* trabalhou muito e sua *mão tem calo até hoje* de tanto trabalhar. Em algumas situações, afirma que a própria família cobra para que se esforce e realize algumas atividades que exigem esforço físico, mas ele assegura que *não aguenta* executá-las e seu corpo *não pede pra fazer mais*.

Apesar de constatar diversas mudanças em seu corpo após o adoecimento, em especial, após o tratamento oncológico, Pablo afirma estar satisfeito com o seu corpo: *Eu gosto do meu corpo. Eu até hoje eu ainda gosto do meu corpo ainda*. Contudo, afirma que ele *não pode fazer nada* para alterar o seu quadro, restando apenas *aceitar o que Deus faz pra*

gente e seguir do jeito que é hoje. Ele também alega não cuidar do seu corpo da mesma forma como antes do adoecimento.

Na sua percepção, antes, *andava arrumadinho, engraxava o sapato, fazia até unha*, era *um cara cuidado*. Entretanto, após a operação, afirma que se tornou *um cara meio desleixado*, que *não tem vontade* de se cuidar, como fazia anteriormente. *Eu tomo banho todo dia, mas eu mesmo eu não cuido de mim mais! Olha o meu estado! Eu to vendo que eu preciso fazer a minha barba, mas eu não tenho vontade de fazer*. Ele também afirma que, antes, *olhava muito no espelho* para ver o seu corpo e que hoje já *não olha mais*. Por outro lado, Pablo afirma que *a pessoa tem que cuidar do corpo*, pois *se você não cuidar, o seu corpo fica todo desmanchado, todo desregulado*.

Diante de tantas alterações e das limitações impostas pelo adoecimento, Pablo tomou *16 comprimidos de uma vez (...) pra morrer mesmo, e um copo de pinga cheinho*. Após ingerir os remédios e a pinga foi encontrado pela esposa que o levou ao hospital. Conforme ele relata, ficou *cego, não andava, não falava, não conversava com ninguém, não tinha força. Quando tentava colocar de pé, caía no chão*. Segundo os médicos que o atenderam *foi um milagre de Deus* que tenha vivido.

A *fé em Deus*, o suporte familiar, bem como o contato e a assistência recebida pela casa de apoio que frequenta parecem se configurar como importantes elementos que contribuíram para que Pablo enfrentasse o processo de adoecimento e tratamento oncológico. Nesse sentido, ele destaca: *Se eu não entrasse pra essa casa aqui [casa de apoio] eu não sei se estaria vivo*. Para ele, a casa de apoio o *ajudou muito*, pois além da assistência financeira e psicossocial, nela, ele *via várias pessoas com o problema dele*, fazendo-o pensar: *mas não é só eu que to doente*. Além dessa assistência, ele afirma que seus familiares, em especial filhos e esposa, estão sempre *preocupados* com sua saúde.

Apesar das limitações identificadas, Pablo considera que seu estado de saúde atual é ainda melhor do que o de outras pessoas com as quais convive em seu cotidiano. *Tem gente que vem aqui e tá muito pior do que eu. (...) que tem que depender dos outros pra andar, não fala, tem que botar comida na boca e eu, graças a Deus, eu tô andando, eu tô vivendo.* Atualmente, devido ao aumento do seu PSA, afirma continuar fazendo controle e indo ao médico regularmente para acompanhamento.

No que se refere ao futuro, Pablo afirma ter *fé em Deus* de que será *curado* e que *essa dor que está sentindo vai passar*. Na sua opinião, *uma hora passa, se Deus quiser*. Ele também destaca que *não tem medo de morrer mais disso [câncer]*, mas *só não quer sofrer para morrer* e, tampouco, quer *dar trabalho pra ninguém*, como outras pessoas de seu círculo social. *Eu sei que eu não quero dar trabalho pra ninguém. Na época certa, eu não vou dar trabalho. Eu peço a Deus que me leve, que eu não quero ficar sofrendo nas mãos dos outros não*⁶.

⁶ Uma semana após a realização da entrevista, recebemos uma ligação do serviço de assistência social da casa de apoio informando que Pablo havia falecido, vítima de um infarto.

Pedro: “Se todos os câncer for isso... (...) câncer pra mim não existe”.

Pedro tem 61 anos, é casado e pai de dois filhos. Apesar de ter frequentado a escola por, *mais ou menos, uns 15 anos*, ele afirma que só conseguiu *tirar o quarto ano primário*. Atualmente, encontra-se aposentado e, durante o dia, *fica ocioso*. Segundo ele, *tem hora que dá preguiça e não tem nada pra fazer*.

Ele conta que, *toda vida*, fez uso de bebida alcoólica e que, também, fumou durante *32 anos*. Nesse sentido, Pedro chama atenção para a grande quantidade de bebida alcoólica que ingeria cotidianamente, chegando a passar *até semanas sem ir na cozinha ver o que tinha pra comer*. Segundo ele, isso contribuiu para que emagrecesse muito. Ele conta que *não sabia o quê que era ressaca*, já que de *uma [bebida] já passava pra outra*. Devido ao uso constante de bebida alcoólica, Pedro afirma que *quase morreu*, chegando a sofrer uma queda na rua na qual *bateu com a cabeça*, necessitando ser hospitalizado por *14 dias*.

Há *um ano e cinco meses*, Pedro decidiu *parar de beber*. Desde então, não ingere *nada de álcool*. Por outro lado, apesar de ter parado de fumar durante *uns quatro, cinco anos*, voltou a fazê-lo recentemente. Na sua opinião, saiu *de um malzinho e passou prum outro pior*, pois acredita que *o cigarro, em relação à bebida, ele é bem pior*. Para ele, *a bebida atrapalha a pessoa moralmente, em casa, família e tudo*. *O cigarro já prejudica a si próprio*.

Pedro conta que, quando fez os primeiros exames preventivos do câncer da próstata *já estava depois dos 50 anos*. Ele relata que fez *só o PSA*, por *duas vezes consecutivas* e que ficou *uns dois, quatro anos* sem realizá-los novamente. Pedro afirma que, antes de adoecer, *não ligava pra essas coisas* de prevenção e que, apenas quando estava *sentindo* algum sintoma, é que ia *procurar um médico*. Neste período, Pedro *não sentia nada*, nenhum sintoma ou dor que o fizesse se preocupar, fazendo com que *deixasse pra lá* os exames, uma vez que a não realização dos mesmos *não estava o prejudicando em nada*. Atualmente, ele

acredita que *é justamente aí que está o erro das pessoas: não sente nada, mas tem que fazer o exame periódico.*

Pedro também menciona que algumas *pessoas primitivas* deixam de realizar o exame de toque por associá-lo ao ato sexual. Ele afirma não concordar com esta ideia e diz ter realizado o exame de forma tranquila, *normal, na boa*. Por outro lado, relata ter adiado a realização do exame de toque, realizando-o apenas quando seu PSA *já estava em 13*, ou seja, quando já havia atingido um índice muito elevado. Considerando a sua experiência de vida, Pedro afirma que aqueles que querem fazer os exames preventivos para *se cuidar* deveriam *fazer o de toque mesmo*, já que, na sua opinião, o PSA se refere a *um exame aleatório, preliminar, relativo* e, que, portanto, *não comprova* a presença do câncer da próstata.

Certo dia, Pedro começou a perceber o que identifica como os primeiros sintomas do adoecimento. Ao urinar, sentia que sua urina saía por meio de *um jato fino*. Ele também observava que, neste período, *sempre levantava mais à noite* para ir ao banheiro, fazendo com que suspeitasse de alguma anormalidade e decidisse: *ah, eu tenho que fazer isso [exames]*. Após realizar os exames de PSA e de toque retal, os médicos constataram que a sua próstata estava *meio esquisita* e que ele teria *que operar mesmo*.

Pedro ressalta que, durante todo o processo de adoecimento e tratamento oncológico *nunca, ninguém falou, nem o médico, ninguém*, que ele estava com câncer. *Ninguém nunca falou: você está com câncer! Você tem câncer!* Segundo ele, o que *veio lá no laudo é neoplasia*, sem distinguir *se era benigno ou maligno*, bem como a informação que deveria operar. Ele afirma que, apenas quando o convidaram para participar da nossa pesquisa, é que mencionaram a doença: *ó, vai vir um cara aqui que ele mexe com esse negócio [câncer]*. Tal fato o deixou um tanto surpreso e em dúvida sobre o seu processo de adoecimento: *Pois é, se eu tiver câncer? Eu não sei!*

Analisando a sua narrativa é possível perceber que sua experiência em relação ao adoecimento por câncer se apresentou de forma incoerente e contraditória em relação a suas concepções sobre o câncer, especialmente no que se refere à inexistência de dor e de outros sintomas. Mais diretamente, aquilo que Pedro imaginava ser o câncer e o tratamento não se concretizaram na prática, gerando um sentimento de dúvida em relação ao próprio diagnóstico. Assim, ao recordar de sua experiência de adoecimento e constatar que *não sentia nada*, e, considerando a proposta de tratamento oferecida (a prostatectomia), Pedro chega a duvidar se de fato teve câncer e do que pensar em relação a esta enfermidade: *Eu, particularmente, no meu caso específico, pra mim não existe, não existe câncer. Pra mim! Se todos os câncer for isso... (...) câncer pra mim não existe.*

Apesar de ter vivenciado o adoecimento por câncer e de, também, ler muito a respeito da doença, Pedro afirma que não sabe explicar *o quê que é*, nem *como* ou *por quê que contrai esse tipo de doença*. Para ele, o câncer *é uma doença traiçoeira* e silenciosa, pois, *às vezes, você tem câncer, mas não sabe que tem e quando começa a doer é que está em fase terminal*, o que o leva a afirmar que *o câncer é foda*. Na sua concepção, existem *vários tipos de câncer*, os quais podem ser *malignos* ou *benignos* e que podem acometer diferentes partes do corpo, deixando-o muito receoso: *Tá doido! Não pode nem pensar!* Apesar de não saber ao certo a diferença entre o que nomeia como cânceres *malignos* e *benignos*, Pedro percebe ambos os tipos como muito agressivos: *O maligno ele fode tudo. O benigno... ou vice-versa, eu não sei.*

Ao mesmo tempo, Pedro também afirma que o câncer da próstata se refere a *uma coisa comum*, a *uma doença de homem*. Para ele, assim como *a mulher tem o câncer de mama*, *o homem tem o câncer de próstata*, o que contribuiu para que ele *levasse numa boa* a notícia do diagnóstico. Na sua opinião, *todo mundo tem* alguma enfermidade e, depois de ter sido diagnosticado, afirma que não mais se preocupa com esta enfermidade, especialmente por

acreditar que, na atualidade, a medicina *está muito evoluída*, fazendo com que as pessoas vivam *até quando Deus quiser mesmo*.

Para Pedro, *a pessoa morre [de câncer] apenas se não tratar*, o que contribui para que nunca tenha sentido medo do diagnóstico. *Eu nunca tive medo*. Por outro lado, ele destaca que existem casos nos quais as pessoas operam e, apesar disso, o câncer *volta com mais intensidade* e, nesses casos, *não tem como*. Assim, para ele, *não adianta desesperar. Tem que se cuidar, tem que ir no médico*. Pedro também aponta para a cirurgia de retirada da próstata como a melhor estratégia para tratamento da doença: *Se o médico falar que é operar, tem que operar*. Na sua percepção, *qualquer tipo de câncer tem que operar*. Segundo ele, *se não operar a pessoa morre* ou, em alguns casos, vai *passando os tempos* e a próstata pode chegar a *sair*, ficando exposta na parte externa do corpo. A possibilidade do agravamento da doença também o deixou muito *cabreiro* e contribuiu para que optasse pela realização da prostatectomia.

Pedro conta que, durante sua vida, realizou *várias cirurgias*, a ponto de *panhar trauma de hospital*, sendo a prostatectomia a *quinta cirurgia* a qual foi submetido. Apesar de ter realizado diversas operações, Pedro percebe a prostatectomia como *a mais chata de todas*. Conforme ele destaca, *não é a operação em si* que faz com que a perceba dessa maneira, mas sim *as consequências do pós-operatório*, que, na sua opinião, *tem muita coisa chata*. Analisando o processo de realização da prostatectomia, Pedro afirma que *a cirurgia em si foi, é tranquila, não é bicho de sete cabeças e foi até beleza*. Entretanto, para ele, o *pós-operatório é chato. É chato, mas é chato mesmo!*, uma vez que, após a prostatectomia, passou a conviver com diversas mudanças corporais.

Para ele, após a realização da cirurgia de retirada da próstata, *todas as pessoas que operam tem que usar aquela bolsa [coletora] e colocam sonda no pênis pra sair a urina*. Ele conta que utilizou esta bolsa por cerca de *uns 45 dias*. Entretanto, apesar de não mais

necessitar do uso da sonda e da bolsa coletora de urina, afirma que passou a conviver com uma *retenção da urina* que, para ele, *é muito complicado*. Conforme ele relata, embora não seja constante, *quando vai fazer um esforço físico ou quando vai espirrar, esquece de segurar e aí não tem como: sai os pingos de urina que molham as suas roupas*.

Pedro afirma que, no momento da operação, foi informado pelo seu médico que poderia apresentar, por *um tempo*, este quadro de incontinência urinária, mas que o mesmo persistiria apenas por *dois anos*. Contudo, a continuidade dos sintomas faz com que ele cogite que a *operação não foi bem sucedida* e levante a possibilidade de pensar em algum tipo de erro cometido pela equipe médica durante a cirurgia, deixando-o preocupado: *Mas, sei lá se isso foi na operação. Sei lá que cortou um negocinho (...) parece que a operação não foi bem sucedida. Sei lá... eles não explicou direito e ficou assim!*

Diante da continuidade dos sintomas, os médicos sugeriram que ele fizesse uma *fisioterapia*. Entretanto, Pedro afirma que há *mais de dois anos* e está aguardando e ainda não conseguiu realizar nenhuma sessão, uma vez que, onde vive só possui *um fisioterapeuta para a cidade toda*, o que contribuiu para que desistisse desta modalidade de tratamento. Diante da dificuldade de realizar a fisioterapia, há três anos, Pedro passou a fazer uso de fraldas, o que persiste *até hoje*. Ele afirma que as utiliza apenas por *precaução* e que, portanto, usa somente *uma fralda por dia*. Pedro também relata que não utiliza *essas fraldas grandonas*, porque quando *você vai usar uma calça* sente que *vai aparecer tudo*. Segundo ele, utiliza uma *fralda pequena*, que *é tipo um absorvente de mulher*.

Pedro também lembra que o *caso de retenção de urina não é só um caso isolado*, mas que atinge a *todos* os homens que realizam a prostatectomia, exceto aqueles que *têm o organismo melhor*. Nesse sentido, ele recorda que até mesmo *Hugo Chaves*, ex-presidente da Venezuela, *apareceu na televisão com a calça toda mijada* após ter realizado a prostatectomia. Pedro afirma que, agora, está *desesperado* com a utilização das fraldas já que

as mesmas estão interferindo em sua rotina. Recentemente, por exemplo, foi convidado por um amigo para ir à praia e não sabe o que fazer: fica preocupado com a possibilidade de não utiliza-la e *não conseguir reter a urina* ou de utilizá-la e de que alguém a veja. Para ele, ir à praia *sem ir no mar e sem nadar (...) é como ir em Roma e não ver o papa!*

Outra mudança importante percebida por Pedro se refere às alterações em seu desempenho sexual. Segundo ele, após a realização da prostatectomia, *a ereção completa (...) não existe e, na hora do ato sexual, não fica igual antes*. Vale ressaltar que, desde o início e no decorrer de toda a entrevista, Pedro demonstrou estar interessado em saber *o que outros homens* participantes da pesquisa *passaram* e como lidaram com as alterações corporais, destacando especialmente *a parte da ereção* que, para ele, *é uma parte fundamental* do processo de adoecimento. Segundo ele, *outras pessoas devem ter passado, passou ou está passando* pelas mesmas situações e afirma que, caso *alguém falou que teve ereção completa* após a cirurgia, *está mentindo*.

Pedro afirma que, antes da operação, *médico nenhum* falou sobre os efeitos da cirurgia em sua sexualidade e tampouco se recorda de ter assinado o termo de autorização do procedimento. Conforme ele destaca, trata-se de *uma opção* entre a *vida* e a *morte*. Entretanto, como considera que a *vida é tudo, é mais importante*, acabou optando pela cirurgia, apesar das suas consequências. Pedro também conta que nunca conversou com sua esposa *sobre esse negócio* e acredita que, por *vergonha*, nunca *comentam muita coisa* a respeito disso. Ele admite que sente vergonha e *não têm muita intimidade* pra conversar sobre o tema. Na mesma direção, ele ressalta que *quase ninguém sabe* que realizou a operação e das suas consequências no seu corpo. Segundo ele, *isso é uma coisa que a gente não fica (...) divulgando*, que *esse negócio é muito assim fechado*.

Para Pedro, o câncer é uma doença *difícil, tanto pra mulher, quanto pro homem*. Por um lado, ele acredita que *para a mulher é mais constrangedor* uma vez que *praticamente ela*

tem que tirar a mama fora e reconstituir. Por outro lado, acredita que, para o homem, é pior do que pra mulher, pois embora os efeitos sejam mais escondidos, é mais complicado, tendo em vista esse negócio [retenção] na urina, a necessidade de usar fralda, de passar aquela bolsa no início e o problema de ereção.

Apesar das alterações identificadas, Pedro afirma não ter *muita coisa pra reclamar* do seu corpo. Segundo ele caso *fosse mais novo*, até frequentaria *uma academia pra musculação*, mas, devido à sua idade, acredita que *não compensaria*. Pedro considera a sua vida como *normal* e afirma que, apesar da constatação da incontinência urinária e da dificuldade de ereção, sente que *nada* mudou em seu cotidiano. Por outro lado, acredita que, se algo mudou, *mudou para melhor*, pois, atualmente, se sente *bem melhor (...)* na parte *física*, fazendo diariamente *caminhada*, além de ter parado de beber.

Pedro afirma não ter nenhum plano para o futuro e considera que sua *rotina está boa*. Ele também se considera *um cara muito acomodado* que acredita que *o que já fez já está bom*. Segundo ele, *não esquenta muito a cabeça* com planos para futuro e *a única coisa* que pretende realizar *é tirar carteira de motorista*.

PS: Pedro encontrou dificuldade para dizer o que é um corpo, afirma que o mesmo *é formado por células, por várias coisas* mas que não sabe descrevê-lo. No que se refere à solicitação de caracterização de um *corpo com câncer* ele apenas destaca que *depende do câncer* e, em seguida afirma, como relatado anteriormente, que tendo em vista sua experiência de adoecimento *não existe câncer*.

VIVÊNCIAS COMPARTILHADAS

Apesar de individuais e singulares, as experiências dos entrevistados também encontram pontos de intersecção. Portanto, nesta seção, apresentaremos a descrição das vivências compartilhadas pelos participantes do estudo, respeitando as unidades de significado que emergiram durante o processo de análise das narrativas. Visando uma melhor organização do texto, as narrativas foram agrupadas por grupos de temas, conforme explicitado abaixo.

Os homens e o cuidado com a saúde

Analisando as falas dos participantes, observa-se que os mesmos compartilham um histórico de experiências de distanciamento dos serviços e práticas de saúde, especialmente, no que se refere ao período anterior ao adoecimento por câncer. A maior parte dos entrevistados relata que, antes de descobrirem a doença, não cuidavam da saúde e se preocupavam muito pouco com os aspectos relacionados à prevenção de enfermidades. Os participantes afirmam que, nesse período, *não ligavam pra essas coisas* de prevenção (Pedro) e não se *preocupavam muito com a saúde* (Patrício), se reconhecendo como *deleixados, largados, que não gostavam de ir ne médico de jeito nenhum* (Pierre) .

Cabe ressaltar que quase todos os participantes relataram que faziam uso elevado e contínuo de bebidas alcoólicas e de cigarro, de modo que muitos deles, quando diagnosticados com câncer, já se encontravam em um estágio de dependência dessas substâncias. Nesse sentido, Paulo afirma que *bebia pra ficar bêbado mesmo* e Patrício destaca que *fazia uso da bebida [alcoólica] constantemente, quase que diário*. Na mesma direção, Pedro afirma que fez uso de bebida alcoólica durante *toda vida* e, que, também, fumou durante *32 anos* seguidos. Segundo ele, *não sabia o quê que era ressaca*, já que de *uma [bebida] já passava pra outra*.

Conforme eles mesmos destacam, a busca por serviços e profissionais de saúde ocorria apenas em circunstâncias nas quais podiam constatar a presença de algum sintoma já manifesto, que os incomodasse e que já não podia ser sanado de forma autônoma, como, por exemplo, por meio da automedicação. Desse modo, a busca pelos profissionais e serviços de saúde se dava, quase que exclusivamente, para o *médico pra passar remédio* (Paulo) que auxiliasse no alívio ou extinção dos sintomas percebidos. Conforme destaca Pedro, apenas quando estava *sentindo* algum sintoma, em geral, alguma dor intensa, é que ia *procurar um médico e/ou um serviço de saúde*. Assim, a sensação de *não sentir nada*, nenhum *problema* (Pacheco), contribuía para que eles acreditassem não ser necessário procurar um serviço de saúde.

Nota-se que a dor física se apresenta para estes sujeitos como um importante indicativo da necessidade de busca de ajuda e dos serviços de saúde. Entretanto, os entrevistados relatam que, no período anterior ao diagnóstico, não percebiam nenhum sinal que fizesse com se preocupassem com a saúde. A sensação de não estar *sentindo nada* parecia estar de acordo com a ideia de que o cuidado com a saúde não era tão relevante quanto outros afazeres e atividades do cotidiano. Conforme ressalta Pacheco, *you já está com outro compromisso e você não está sentindo nada. Acaba você não indo também*. Plínio e Pedro também destacam que não se engajavam em práticas preventivas e não se preocupavam com a possibilidade de adoecimento por câncer, pois, apesar de estarem com a doença, não haviam percebido nenhuma alteração significativa em seu corpo que os motivasse a procurar auxílio. Conforme ressalta Pedro, a não realização de exames preventivos *não estava o prejudicando em nada*.

O medo de descobrir que algo ia mal também foi apontado pelos homens entrevistados como um elemento impeditivo para a busca de cuidados em saúde. Nesse

sentido, Pierre afirma que, às vezes, *você não tem nada*, mas, ao buscar os profissionais de saúde, os mesmos *te arrumam tanto problema! Fala que você tem isso, tem aquilo outro!*

É preciso considerar que, embora o trabalho assuma um lugar importante na construção da identidade dos entrevistados, ele também é apontado pelos sujeitos como um elemento que dificulta a utilização dos serviços de saúde e a manutenção das práticas de autocuidado. Plínio destaca que, apesar de compreender a necessidade de cuidar da saúde e, devido à sobrecarga de trabalho ele se *aprofundou dentro da obra* na qual atuava e acabou se *esquecendo da saúde*, afastando-se, assim, das ações de prevenção e diagnóstico precoce.

Cabe ressaltar, ainda, que os entrevistados também vivenciaram diversas dificuldades para acessar e utilizar os serviços de saúde locais, em especial aqueles situados no âmbito da Atenção Básica. Percebe-se que a maneira como essas instituições encontram-se organizadas e estruturadas também se configura como barreira para o acesso desse público a estes espaços. Nessa direção, os participantes afirmam que a utilização dos serviços de saúde locais era uma tarefa *difícil* (Paulo) ou, como ressalta Pacheco, uma verdadeira *dificuldade*, sendo necessário *acordar de madrugada, marcar consulta* e, ainda assim, esperar cerca de *dois ou três meses* para ser atendido. Outras dificuldades apontadas pelos entrevistados se referem à falta de profissionais de saúde, à baixa disponibilidade de medicamentos e à pouca resolutividade desses serviços que, conforme destaca Pablo, *às vezes, uma coisa fácil de resolver no posto, eles não resolvem*.

Na maior parte dos casos, a busca por serviços e profissionais de saúde, que resultou no diagnóstico de câncer, apenas foi motivada a partir da manifestação de outros sintomas, relacionados a outras enfermidades, como gastrites, úlceras, hérnias, problemas cardíacos, dentre outras, ou ainda pelo envolvimento dos entrevistados em acidentes, quedas, dentre outros agravos externos que exigiram a busca imediata por um serviço de saúde.

Realização dos exames preventivos do câncer da próstata

Conforme já apontado, devido à inexistência de sintomas, os participantes optavam pela não realização dos exames de prevenção, dentre eles, aqueles relacionados ao câncer da próstata. Para a maior parte dos entrevistados, os exames preventivos foram realizados tardiamente, apenas quando a doença já estava instalada e bastante desenvolvida. Nesse sentido, Pablo afirma que *quando foi fazer [o exame] já era tarde*, pois, nesse momento, o seu PSA já estava alto, revelando que *já estava tudo estragado*.

No momento em que os participantes se deparavam com a necessidade de realização dos exames preventivos do câncer da próstata, observa-se uma maior adesão desses sujeitos ao exame de PSA, em detrimento do exame de toque retal. Este só foi realizado pelos entrevistados em situações nas quais já havia uma constatação prévia de alteração na próstata, observada por meio do exame de PSA. Os participantes chamaram a atenção para a importância do *machismo* na baixa adesão dos homens à realização deste procedimento. Conforme lembra Pablo, ao contrário das mulheres, os homens aderem pouco aos exames preventivos do câncer, especialmente por querer manter o status de *machão* e, com isso, acabam descuidando da sua saúde: *A gente quer ser machão, né: ah, eu não tenho nada! Eu tô bom! E não pode ser assim.* (Pablo). Ainda nessa direção, Pierre destaca que os homens possuem um *machismo*, uma *bobeira*, uma *ignorância* que os fazem *achar que é o tal, que é o bom, que não precisam* fazer exames ou, conforme destaca Pablo, uma *lerdeza mesmo* por *achar que você está com saúde e não precisa fazer exames*.

Apesar de afirmarem não compartilhar dessa ideia, os entrevistados reconheceram a forte percepção da realização do exame de toque retal como um comportamento homossexual, segundo seus grupos de amigos. Pierre destaca que, devido à realização do exame de toque,

passou a ser vítima da zombaria de seus amigos: *Alguns me zoavam: ah, você vai virar veado! Se você gostar, vai chamar o médico de novo!*

O momento da realização do exame de toque, também denominado pelos entrevistados como *dedada*, foi marcado por sentimentos de medo, vergonha e constrangimento e foi vivenciado como um procedimento muito invasivo e desconfortável. Pierre relata que, no momento da realização deste procedimento, sentiu-se com *vergonha, meio acanhado*, uma vez que o médico *mandou tirar a roupa e virar pro lado*, para, em seguida, *meter o dedo* em seu ânus. Já Pacheco afirma que o exame de toque *é uma coisa constrangedora*.

Apenas Patrício e Pedro afirmaram ter feito, espontaneamente, o exame de toque retal. A preocupação de Patrício com a realização dos exames preventivos do câncer da próstata é explicada por ele, tendo em vista o fato de que *já tinha perdido três irmãos com câncer de próstata e todos morreram em decorrência* desta enfermidade. Embora Pablo afirme ter realizado o exame a partir dos 50 anos de idade, destaca que não o fazia com regularidade, chegando a ficar *dois anos sem fazer os exames*.

Apesar da baixa adesão aos exames preventivos, os homens participantes deste estudo reconhecem a importância destes procedimentos na prevenção e diagnóstico precoce do câncer da próstata. Porém, para Pedro, o exame de toque possui um melhor poder preditivo do que o de PSA, sendo este último percebido por ele como *um exame aleatório, preliminar, relativo* e, que, portanto, *não comprova* a presença do câncer da próstata.

O diagnóstico

No momento de descoberta do câncer da próstata, os entrevistados já percebiam diversas alterações em seus corpos que apontavam para necessidade de considerar que algo não ia bem com sua saúde e que alguma enfermidade estava se instalando. Para Paulo essas alterações se tornaram evidentes ao perceber que suas fezes começaram a sair *igual fezes de cabrito* e que a sua urina *começou a sair aqueles pingos queimando*. Além disso, passou a sentir perda de apetite, *muita dor* e dificuldade de andar. Pierre, por sua vez, foi diagnosticado com câncer quando já estava sentindo *dor na urina* e já percebia mudanças na coloração da mesma. Ele também relata que não mais *aguentava prender a urina muito tempo* e, tampouco, segurá-la. Além disso, começou a perceber que *a potência sexual já tava ficando meio fraca*. Na mesma direção, Pablo começou a perceber que estava enfermo quando já havia começado a *sentir dor* e uma sensação de *mal estar*. Ele também conta que começou a *falhar* tanto na *hora de urinar*, como na *hora de fazer sexo*. Pedro, por sua vez, conta que percebeu os primeiros sintomas do adoecimento quando começou a sentir que sua urina saía por meio de *um jato fino* e, também, pelo fato que *sempre levantava mais à noite* para ir ao banheiro.

Diante da notícia do diagnóstico, os entrevistados afirmaram que, ao contrário de outras pessoas que conhecem, não se assustaram, de modo que, para a maior parte deles, a descoberta da enfermidade foi recebida com alívio por, enfim, descobrirem o que estava acontecendo. Patrício afirma que, ao receber o diagnóstico, achou *a coisa normal*, pois para ele, *o câncer é uma doença como qualquer outra*. Já Paulo afirma ter ficado alegre e aliviado, pois afinal, passou a saber o que tinha e do que ia operar, além de ter a certeza de que a sua enfermidade tinha não iria mata-lo. *Aí eu fiquei alegre [de saber que era câncer]. Eu fiquei alegre porque eu falei: graças a Deus que eu sei do quê que eu vou operar, de que eu vou operar, porque eu tenho certeza que isso não vai me matar não, né. (...) até que eu não fiquei com medo não [de ser câncer].*

Na mesma direção, Plínio conta que não se assustou ao receber o diagnóstico de câncer e diz que, nesse momento, ficou *tranquilo, tranquilo* por ter pensado: *o que for da vontade de Deus vai ser feito*. De forma semelhante, Pacheco afirma não ter se assustado com o diagnóstico e diz tê-lo encarado como uma *normalidade*, que não o afetou psicologicamente: *Eu recebi a notícia da doença, eu acho que diferente de todo mundo. Pra mim foi uma normalidade, porque psicologicamente não me afetou em nada (...) Se acontece com os outros, por que não vai acontecer comigo?* Nesse momento, afirma ter pensado: *Não, isso não é nada, não! Eu tiro de letra*, revelando sua confiança em relação ao tratamento.

Concepções e Avaliações sobre o Câncer

Analisando as falas dos entrevistados, é possível perceber uma diversidade de significados relacionados ao câncer. Em geral, o câncer é percebido pelos participantes como uma doença grave, complexa, agressiva, incurável e fortemente associada à morte. Nessa direção, Pierre afirma que o câncer *é um problema sério* e que *não tem cura*. Já Patrício destaca que *o câncer é uma das doenças mais temidas* pelas pessoas porque *geralmente ela culmina em perda da vida, muitas das vezes fora do tempo*. Segundo ele, *não existe remédio pro câncer* e tampouco *existe um remédio pra você não ter câncer*. Para Pablo, o câncer é uma doença *muito triste*, que *não tem cura*. Para Pedro, uma doença *difícil, tanto pra mulher, quanto pro homem*.

A associação do câncer à morte aparece de forma evidente nas falas de quase todos os participantes. Nota-se, ainda, a recorrente tentativa dos entrevistados em organizar os cânceres em dois grupos: cânceres benignos e malignos. Para eles, os cânceres benignos se mostram menos agressivos, mais lentos e menos letais. Já os malignos, por sua vez, se configuram, para os entrevistados, como mais violentos e com maior probabilidade de matar. Assim, para Pierre, *o maligno é mais perigoso e mata a pessoa mais rápido*. Conforme

destaca Pedro, *o maligno ele fode tudo. O benigno... ou vice-versa, eu não sei*. Entretanto, é preciso destacar que, segundo a percepção dos entrevistados, ambos tipos de cânceres se configuram como letais, variando apenas no que tange à velocidade com que a morte acontece.

Nessa perspectiva, para Paulo, o câncer se refere a uma *praga* que faz com que a pessoa fique *toda desanimada*, levando-a a pensar *que vai morrer*. Conforme ele destaca, o câncer *maligno não é brincadeira! Ele mata mesmo*. Por outro lado, para Paulo, o câncer *benigno ele vai devagarinho, só devagarinho. Ele mata! Ele mata sim! Mata com o tempo!* Na mesma direção, Pacheco afirma que o câncer *vem como uma doença que não tem cura, uma doença que mata*, de maneira que, para ele, *essa doença ela não tem jeito!* Pierre, por sua vez, é enfático ao considerar que *o câncer é a doença mais perigosa que tem*, sendo o câncer maligno ainda *mais perigoso*, pois *mata a pessoa mais rápido*. Para ele, *o câncer é doença matadoura!* De forma semelhante, Péricles afirma que o câncer *mesmo*, especialmente *quando ele está violento*, ou seja, quando a pessoa o *descobre na última hora*. Já para Pablo o câncer *vem pra matar mesmo e não permite que a pessoa vai viver muito*.

Muitos dos entrevistados reconhecem que outras pessoas também compartilham da ideia de que o câncer é uma doença grave, agressiva e letal. Nesse sentido, Patrício destaca que, ainda hoje, *o câncer é uma das doenças mais temidas* pelas pessoas, já que *geralmente ela culmina em perda da vida, muitas das vezes fora do tempo*.

Por outro lado, apesar de, em alguns momentos, associarem o câncer à morte, alguns entrevistados também compartilham de avaliações menos negativas em relação à doença. Assim, Pedro afirma que *a pessoa morre [de câncer] apenas se não tratar*. De forma semelhante, Pacheco afirma que mudou a sua avaliação sobre esta doença após ser atingido por ela. Segundo ele, antes do diagnóstico, quando ouvia falar sobre o câncer, o imaginava

como *um monstro, uma coisa feia, uma coisa ruim*, mas, agora, passou a considerá-la como uma *normalidade*.

A associação do câncer à morte e ao sofrimento parece estar ancorada em outras situações vivenciadas pelos entrevistados que observaram ou participaram do processo de adoecimento de colegas, amigos ou familiares. Nesse sentido, a experiência desses outros sujeitos parece auxiliar os participantes deste estudo a constituir suas próprias representações e a orientá-los na forma de se posicionar diante do adoecimento e do tratamento oncológico. Paulo lembra que um de seus colegas *deu câncer dentro do ouvido* e um *outro deu na garganta*. Segundo ele, foi preciso *rachar a garganta dele, furar a barriga dele, furar o... um lugar afora lá, pra pôr uma mangueira pra ele alimentar*. Da mesma forma, Péricles lembra que, cotidianamente, *vê muita gente sofrendo com a doença e sofre pela pessoa também*.

Alguns dos entrevistados também chamaram a atenção para o fato de terem perdido familiares em função do câncer, o que gerou grande sofrimento para eles e para a família. Nesse sentido, Plínio relata: *Eu tive de um irmão que eu perdi com câncer, que era um irmão querido, que eu amava muito, sabe. Então eu perdi ele com câncer*. Já Patrício destaca que *já tinha perdido três irmãos com câncer de próstata e todos morreram em decorrência desta enfermidade*.

Para os participantes, o câncer é a uma doença silenciosa que, enquanto atua no corpo do indivíduo, não apresenta nenhum sinal de sua presença, revelando-se, assim, como uma doença *traíçoeira* (Pedro). Conforme destaca Patrício, o câncer da próstata é uma enfermidade que não apresenta *nenhum sinal*, não apresenta *nenhum indicativo*, nenhuma dor que permita ao homem identificá-la previamente. Segundo ele: *a gente não sente nada*. Pacheco recorda que, até o dia da entrevista, *nunca sentiu dor de nada. Igual eu te falei, ela [o câncer] nunca me incomodou em nada*. Porém, para Pedro, o câncer *é uma doença*

traíçoeira e silenciosa, pois, às vezes, você tem câncer, mas não sabe que tem e quando começa a doer é que está em fase terminal, levando-o a considerar que o câncer é foda.

É preciso considerar que, para Paulo, o câncer pode ser comparado à AIDS, uma vez que encontra-se fortemente difundida entre a população, atingindo diferentes pessoas, com distintas idades. *Tinha começado a AIDS, né. Parou de falar na AIDS, agora só vem falar num tal de câncer. Até criancinha nova, igual eu vi nos hospitais onde eu tava, criancinha nova com aquela doença só.*

Os entrevistados também compreendem o câncer como uma doença viva que se movimenta no corpo do sujeito acometido por ela. Mais uma vez, os mesmos recorreram à ideia de divisão dos cânceres entre benignos e malignos, sendo estes últimos mais ágeis e produtores de maiores danos ao corpo, quando comparados aos benignos. Nessa direção, Paulo afirma que o câncer *maligno ele anda rápido* pelo corpo do sujeito, sendo *você não deixar não, não dá tempo pra ele, pois ele leva o peão mesmo!* Para ele, o câncer benigno seria distinto, uma vez que *ele vai devagarinho, só devagarinho!*

Junto à ideia de que o câncer se movimenta pelo organismo, é possível observar que, para alguns dos entrevistados, este movimento oferece um risco ao organismo, uma vez que, para eles, ao se movimentar o câncer também pode se *espalhar* pelo corpo do sujeito e acometer outros órgãos. Nesse sentido, foi recorrente que os participantes temessem a possibilidade do câncer se espalhar pelo seu corpo e, como indica Pacheco, *aparecer em outro lugar*. Pacheco também se diz grato a Deus por não fazer seu *sangue circular tão rápido*, evitando assim que ele possa *distribuir essa doença para outros lugares* do seu corpo, fazendo com que ela fique *contida lá onde ela tá*. Na mesma direção, Paulo afirma que o seu câncer deixou pra trás uma raiz, *o que causou ir pros ossos*.

Associada a essa ideia de movimento dentro do organismo, alguns dos entrevistados representam o câncer, em especial aquele percebido como maligno, como uma enfermidade que vai *comendo* o corpo, ao mesmo tempo que se desloca por ele. Conforme destaca Paulo: *o negócio [câncer] é comilão mesmo, principalmente o maligno*. Segundo Pierre: *o câncer fica comendo as pessoas aos poucos*.

Após o diagnóstico, os entrevistados também passaram a conviver com a possibilidade de que, após o tratamento e a cura, o câncer regressasse em um outro órgão ainda não acometido. Conforme destaca Pablo, *câncer pode voltar de novo* e, de acordo com Pedro, nesses casos, *ele volta com mais intensidade* e, *ai não tem como*, levando a pessoa a óbito.

Alguns entrevistados destacaram o caráter sobrenatural do câncer, revelando-o como uma doença originada de acordo com os desejos e interesses de Deus ou do demônio. Nessa perspectiva, Paulo afirma que, para ele, *o câncer parece que é uma doença que é do capeta* e Pierre ressalta que o câncer *é uma doença maligna, que não tem cura e que pode levar à morte a qualquer hora*. Por outro lado, Pacheco afirma que o câncer pode ser determinado por Deus e, diante disso, nada pode fazer para modificar a situação na qual se encontra: *Se Deus determinou que isso veio pra mim, fazer o quê? Eu não vou contra Deus, não! (...) Deus é superior a tudo!* Ainda nessa perspectiva, Pacheco indica que o câncer pode ser uma doença determinada por Deus para punir ou conter as pessoas diante de algo errado que venha fazendo: *(...) Porque se Ele [Deus] te deu, Ele vai tirar. E se Ele te deu tem algum motivo (...) Se você for voltar atrás na sua vida você vai ver que, talvez você está passando por aquilo, ou, às vezes, aquilo veio pra te conter também, que muitas das vezes você pode exaltar, você estando muito livre (...) Às vezes eu to sendo punido por alguma coisa que eu já tenha feito. Eu penso nisso!* Para Pablo, o câncer só pode ser curado por meio de uma intervenção divina, *afinal quem cura é Deus. Jesus cura a gente!*

Dentre a diversidade de tipos de cânceres identificados pelos entrevistados, o câncer da próstata parece assumir um status de mais simples e menos letal, quando comparado com os demais. A crença na menor letalidade desse tipo de câncer parece estar relacionada à possibilidade de retirar, por meio de uma cirurgia, a região acometida pela doença. Nesse sentido, Pablo afirma que retirar a próstata - e ficar *livre* do câncer: *Se eu tiro a próstata toda fora, aí você tá livre dele.* Ou, ainda, Péricles, que afirma: *Ele [câncer de próstata] é mais simples, que é o seguinte: tirou a próstata acabou o seu câncer!*

Observou-se ainda que muitos entrevistados procuraram diferenciar o seu câncer do *câncer dos outros*, indicando que, ao contrário dos demais, o seu é menos agressivo e mais tratável: *mas isso é o câncer dos outros! O meu câncer ele é diferente!* (Pacheco). Conforme destaca Péricles, o seu caso era *mais fácil*, já que seu câncer *estava no início ainda e não estava sentindo nada, nada.*

Por outro lado, os participantes também se mostraram preocupados e desesperançados ao comparar o seu estado de saúde com o de outras pessoas, em especial aquelas ricas e famosas. De acordo com Pacheco, essas pessoas *têm poder aquisitivo melhor e têm um médico e o tratamento melhor, a hora que quer* e, ainda assim, muitas vezes, chegam a falecer após o diagnóstico de câncer: *Aí eu fico olhando eles e olhando eu. Eu falo assim: se acontece com eles, vai acontecer comigo.* Pierre também ressalta o grande número de pessoas famosas que *tem o poder, tem o dinheiro, tem o maior hospital (...), famosos, deputado, presidente, forte e que tem dinheiro*, mas que, ainda assim, morrem em função da doença. Pablo, na mesma direção, também destaca que o câncer é uma doença que acomete *muitas pessoas*, inclusive *muitos artistas famosos* que *têm dinheiro e tudo na mão* e que *se cuida todo o ano.* Ele também menciona ter *perdido* um irmão e *uma madrinha* de batismo que, apesar de ser *muito rica e tinha muito dinheiro, operou, mas não adiantou nada.*

Apesar de considerarem o câncer como uma doença grave, temida e letal, também é possível observar na fala dos entrevistados, considerações que rompem com esses modos de pensar a doença e passam a compreender o câncer como uma enfermidade comum e normal, conforme destacam Pacheco e Patrício, *igualzinha às outras*. Nessa vertente, Patrício afirma que *ninguém deve ter medo do câncer e nem de qualquer outra doença*, uma vez que o adoecimento por câncer *é uma rotina da vida*, já que *são milhares de pessoas que estão lutando, que vão ter câncer, que tem câncer*. Pacheco, por sua vez, atribui ao câncer sentidos muito distintos dos demais participantes. Apesar de também considera-lo como uma doença letal e temida, ele também acha que o câncer *não é a morte*, mas sim *um renascimento de uma nova vida onde você começa a pensar nas coisas boas!* Pacheco explica sua concepção destacando que o câncer chega a ser *até melhor* que outras enfermidades, uma vez que as pessoas, em geral, se preocupam e *cuidam mais dela: Ela [o câncer], por ser tão temerosa, você cuida mais dela. Outras doenças você acha: Ah, eu tiro de letra! Você começa a tirar ela e não tira totalmente. Aí ela volta pra dentro do corpo e fica lá escondida. Quando ela volta, aquele monstro mais forte e aí fica pior!*

Vale ressaltar que um dos participantes afirmou que não sabia do diagnóstico, até ser convidado para participar deste estudo. Segundo Pedro, durante todo o processo de adoecimento e tratamento oncológico *nunca, ninguém falou, nem o médico, ninguém*, que ele estava com câncer. *Ninguém nunca falou: você está com câncer! Você tem câncer!* Segundo ele, o que *veio lá no laudo é neoplasia*, sem distinguir *se era benigno ou maligno*.

O Tratamento oncológico

O tratamento oncológico dos entrevistados foi marcado pelo uso constante de medicamentos, sessões de radioterapia, realização de exames invasivos, além da indicação a procedimentos cirúrgicos, em especial, à prostatectomia. Analisando o relato dos entrevistados, é possível perceber que as propostas de tratamento ofertadas se apresentaram

como agressivas e invasivas e se configuraram como produtoras de dores e intenso sofrimento, em especial, quando considerados os efeitos desses procedimentos no corpo dos participantes.

No que se tange à radioterapia, os entrevistados se referem a ela como um procedimento agressivo, que queima o corpo do paciente e atinge, além da parte acometida pelo câncer, outras regiões próximas, produzindo dor e sequelas. Pacheco afirma que as sessões de radioterapia às quais foi submetido eram *tipo um churrasco* e, assim, como Pablo e Péricles, afirma que as sessões *queimavam* todo seu corpo. Segundo Pablo, *quando você faz ela lá [radioterapia], você não sente nada não*. Entretanto, *depois que você faz, você chega em casa e começa a doer*. Pablo também relata que, *no período que você acaba de fazer [a radioterapia], a sua boca fica toda ressecada. Você não tem fome pra comer, você não tem sede*, contribuindo para a presença de *uma dor muito diferente das outras*, semelhante àquela gerada quando *você dá um corte na mão e uma dor diferente da dor de cabeça*.

Os entrevistados também destacaram os fortes efeitos percebidos a partir do uso dos medicamentos prescritos durante o tratamento oncológico que, muitas vezes, trazem alguns efeitos indesejáveis e difíceis de serem administrados. Nesse sentido, Paulo afirma: *aqueles remédios que tomo é muito forte e cada vez vai só me enfraquecendo*. Da mesma forma, Pablo afirma que a medicação que toma durante o tratamento *é muito forte* e pode *atingir seus rins e seu fígado*.

Alguns dos participantes também relataram ter se submetido a procedimentos invasivos que os deixaram constrangidos, envergonhados e, em alguns casos, revoltados e com a sensação de estarem sendo humilhados, em especial, aqueles que exigem a manipulação do pênis e do ânus. Nesse sentido, após se submeterem a procedimentos nos quais tiveram um aparelho introduzido em seu ânus, Paulo, Pacheco e Péricles vivenciaram, além de dor intensa, um grande constrangimento e sentimento de revolta.

Dentre os procedimentos realizados durante o tratamento oncológico, a prostatectomia foi apontada pelos entrevistados como aquele que trouxe mais prejuízos, sendo considerada, por alguns, como mais agressiva que o próprio câncer. Apesar de muitos entrevistados já terem realizado cirurgias de outras naturezas antes da prostatectomia, os mesmos vivenciaram o momento da operação com um medo intenso. Paulo conta que, ao se deitar na mesa de cirurgia, foi tomado pela sensação de que o seu *coração esfriou* e de que parte do seu corpo já havia morrido. Plínio, por sua vez, foi tomado pelo medo do processo cirúrgico e também de que o médico pudesse *fazer maldade* com ele.

Apenas Péricles e Pablo relataram terem sido orientados pelos seus médicos quanto aos riscos e danos causados pela prostatectomia. Péricles foi o único que relatou ter assinado o Termo de Consentimento, obrigatório para esse tipo de operação. Nota-se que, apesar da solicitação de consentimento e da prestação de esclarecimentos, por parte do médico, a realização da prostatectomia não lhes foi apresentada como uma escolha, já que a morte era sempre apresentada como certa, caso se recusassem a realizar o procedimento. Nesse sentido Pablo relata: *Então os médicos mesmo falou: 'a partir de hoje o senhor vai ter que aceitar! É assim, assim e assim! (...) Mas eu ia fazer o quê? O médico falou: ou você escolhe: ou a morte ou você opera! Aí eu falei: 'eu vou ter que fazer, ué'.*

Ao narrar o evento das cirurgias, os entrevistados chamam a atenção para o fato do quão agressivo esses procedimentos se apresentaram para eles, revelando trata-se de um momento de medo, dor e intenso sofrimento. Nesse sentido, Paulo conta que *foi chegando lá foi metendo a faca! (...) Aqui eles meteram a mão e tiraram aquele caroço, aquele tumor fora.* Na mesma direção, Péricles afirma que a *cirurgia [da próstata] é violenta! (...) Ela pega aqui, ela vai ate no pênis. Isso aqui abre tudo!*

Conforme destaca Pedro, *não é a operação em si* que faz com que ela seja percebida dessa maneira, mas sim *as consequências do pós-operatório*. Nessa perspectiva, os entrevistados chamam a atenção para os prejuízos gerados pela cirurgia que, segundo eles, alteram tanto o seu corpo como a sua rotina. Para Pedro, *o pós-operatório é chato. É chato, mas é chato mesmo*, fazendo com que considere a prostatectomia como *a mais chata de todas* as cirurgias que realizou. Da mesma forma, Pablo compara a prostatectomia com outras cirurgias e também afirma que *foi a pior de todas*. O que aconteceria após a cirurgia também foi objeto de preocupação para Pierre, que afirma ter sentido muito medo das possíveis consequências que poderiam ser geradas por este procedimento, como ficar *aleijado, com sequela e com problema*.

Apenas Patrício afirmou não ter se abalado com a possibilidade de se submeter à prostatectomia. Ele afirma que *nunca teve medo* da cirurgia, pois já havia realizado outras três cirurgias, anteriormente e, segundo ele, *não resolve você ter medo*. Apesar disso, passou a conviver com uma série de mudanças corporais que alteraram sua rotina e hábitos diários, levando-o a constatar que, após a realização da prostatectomia, *já não é aquele mesmo* de antes.

Deve-se considerar que Pacheco se recusou veementemente a realizar a prostatectomia. Para ele, a cirurgia seria a última alternativa de tratamento, ou, conforme ele mesmo destaca, *o último caso*, especialmente por acreditar que *você fez a cirurgia, acabou. Você não tem mais ereção: Se eu tiver que morrer com isso, eu vou morrer! Não adianta! Eu acho que se eu fizer a cirurgia eu vou ficar pior. Eu vou adoecer mesmo! Ai que eu vou adoecer!*

Mudanças corporais

Após o adoecimento por câncer e, principalmente, após a realização da prostatectomia, os participantes afirmam ter experienciado uma série de mudanças corporais que afetaram a maneira como utilizam seus corpos, a forma como se percebem e as suas interações sociais. Dentre as principais mudanças percebidas pelos participantes, destacam-se o emagrecimento, as mudanças no estado emocional, o isolamento social e, principalmente, as incapacidades funcionais, a incontinência urinária e as disfunções sexuais.

Plínio e Péricles afirmam ter *emagrecido muito* após constatarem o adoecimento e, mais ainda, após a realização da cirurgia de retirada da próstata. Já Paulo relata que, após o adoecimento e tratamento oncológico, passou a conviver com uma tristeza intensa e a chorar constantemente. Conforme ele mesmo destaca: *Alegria pra mim é choro. Tristeza pra mim é choro (...) tudo ataca a minha cabeça.*

Pablo, por sua vez, afirma que após o adoecimento passou a ficar a maior parte do tempo em casa, distanciando-se do contato social. Segundo ele, não sente *muita disposição para conversar com os outros, pra sair* e já não tem *prazer de viver*, o que contribuiu para que se isole, ficando *sozinho em casa, o dia inteiro: Você não sente aquele prazer mais, fala: 'ah, eu to doente mesmo! Eu não vou sair pra lugar! Eu não vou em lugar nenhum mesmo.*

Os participantes também passaram a perceber que os seus corpos não mais podiam atender às necessidades do cotidiano da mesma forma como se dava no período anterior ao tratamento oncológico. Nesse sentido, Paulo, Péricles e Pacheco afirmam que já não podem mais fazer esforços físicos, tampouco carregar peso e, além disso, suas pernas *não aguentam* caminhar como antes, restringindo assim a sua rotina. *Se eu for de manhã cedo [na igreja], à noite eu não vou porque as pernas não aguentam, fica doendo* (Paulo). *Correr, eu não aguento correr. Andar depressa também me dá cansaço* (Pacheco). *Não pode fazer quase*

exercício nenhum. Não pode andar rápido (...) Então você não pode fazer esforço não (Péricles).

Desse modo, atividades que antes pareceriam fáceis de serem executadas agora não mais podiam ser realizados ou, se necessário, deveriam passar a contar com a ajuda de terceiros, gerando um sentimento de tristeza e perda da autonomia. Agora, como afirma Pablo, *o corpo não ajuda, não pede pra fazer mais*. Na mesma direção, Paulo destaca: *Aí ela [esposa] vai e tira a minha roupa, que tem hora que as minhas pernas não pode subir. (...) Dá, ela dá banho. (...) Que as pernas costuma ficar dura né, então ela pegue e veste a fralda ne mim, veste calça ne mim. É desse jeito. (Paulo).*

As alterações corporais também se configuraram como um grande impeditivo para que os participantes executassem suas atividades, exigindo assim o seu afastamento do trabalho, o que também foi vivenciado com grande tristeza. Conforme Paulo destaca: *Então a minha tristeza é que eu (silêncio com choro) a minha tristeza que eu tenho é isso: que eu trabalhava de pedreiro e... fiz... Eu fiz umas... uma, duas, três, quatro.... eu fiz cinco casas. Depois dessas cinco casas eu não aguentei mais. (...) Que eu não aguento trabalhar mais, então, (chorando intensamente) (...) Porque eu vejo os outros trabalhando, me dá vontade de trabalhar e eu não aguento*. De forma semelhante, Pierre destaca que ficar *parado em casa foi ruim demais* e, para lidar com a situação, ficava *andando no terreiro, ajudando a mulher fazer as coisinhas mais leves ou dando algum recado, fazendo alguma viagem ou pagando alguma coisa ou comprando*, se sentido, assim, *igual menino de recado*.

Todos os participantes relataram que, em algum momento do adoecimento e/ou tratamento oncológico, passaram a conviver com sintomas de incontinência urinária. A maior parte deles passou a vivenciar dificuldades para controlar a urina, de maneira que, em diversas situações, não podiam controlar a vontade de urinar e acabavam urinando em suas roupas.

Alguns dos participantes conviveram com esses sintomas por pouco tempo. Entretanto, outros conviviam com os mesmos ainda no momento de realização da entrevista. *Se eu fazer uma força, assim, pra carregar um quilo e meio, urina sai de contínuo, que eu uso fralda* (Paulo). *Às vezes eu não to com vontade, assim, por exemplo, eu to com a mão suja aqui e me deu vontade de lavar. (...) Na hora que eu mexo com água, o contato, que é imediato, eu não consigo segurar, você entendeu?* (Pacheco). *Na hora que ela [a urina] vem, ela vem de uma vez, aí você não aguenta segurar* (Pablo).

Frente aos sintomas de incontinência urinária e da impossibilidade de controlar a urina, os entrevistados se viram diante da necessidade de utilizar fraldas e absorventes descartáveis, o que foi vivenciado por todos como um evento muito desagradável. Para Plínio, o uso das fraldas se referia a algo *terrível*: *A fralda é terrível, a fralda é terrível! Porque você veja bem, com o sol quente dá aquela gastura ne você na parte de trás, na frente, você entendeu, dá uma gastura terrível*. Segundo Péricles, o uso de fraldas e absorventes *incomoda demais, é ruim pra caramba!* e acaba interferindo em sua rotina diária.

Além do desconforto do uso das fraldas e dos absorventes, os entrevistados também chamaram a atenção para o sentimento de vergonha e do medo de que alguém descubra a sua utilização. Péricles relata que, em sua casa, *tem toda a liberdade* para trocar as fraldas, inclusive *na vista de seus filhos*. Entretanto, levar e trocar as fraldas na casa de outras pessoas o deixa envergonhado e incomodado, fazendo com que evite sair: *Não quero ir só por causa disso, porque incomoda bastante!* De forma semelhante, Pedro afirma que, agora, está *desesperado* com a utilização das fraldas já que as mesmas estão interferindo em sua rotina. Recentemente, foi convidado por um amigo para ir à praia e não sabe o que fazer: fica preocupado com a possibilidade de não utiliza-la e *não conseguir reter a urina* ou de utilizá-la e de que alguém a veja.

Dentre as mudanças corporais vivenciadas pelos entrevistados, as alterações no desempenho sexual despontam como as mais significativas e as que mais trouxeram impactos psicossociais para os mesmos, sendo destacadas por todos os participantes. Após o adoecimento e, sobretudo, após a realização da prostatectomia, os entrevistados passaram a conviver com mudanças na coloração do pênis, queda no desempenho sexual, bem como dificuldades de ter e manter ereção e, ainda, ausência de esperma durante a ejaculação, dentre outras alterações. *É, mudou e mudou muito mesmo, porque na verdade quando você faz a cirurgia da próstata igual eu fiz, a ponta do pênis fica roxa e gelada (...). Ficava gelada direto. E outra coisa: o pênis perde a cor normal do pênis, você entendeu como que é? Ele fica roxo, (...) Roxo e gelado (Plínio). A única coisa que você não pode, que você não faz mais depois dessa cirurgia é você ter uma relação sexual. Acaba mesmo! (...) não tem como seu pênis penetrar mais. Ele não tem pressão pra penetrar. (Péricles). A pessoa que faz esse tratamento [cirurgia] pode ter 30 anos que não consegue fazer sexo nunca mais (...)o sexo acaba pro resto da vida. (Pablo) A ereção completa (...) não existe e, na hora do ato sexual, não fica igual antes. (Pedro).*

Tais alterações produziram nos entrevistados um sentimento de que já não são tão homens como eram no período anterior à manifestação dos sintomas, favorecendo os sentimentos de tristeza, baixa autoestima e diminuição da própria masculinidade. Paulo e Pacheco, por exemplo, afirmam que após as cirurgias realizadas *ficou valendo nada* e que *não é homem mais*. Para Paulo, sua situação atual é semelhante à de uma criança, já que não tem mais desejo sexual *Então eu fiquei igual uma criança! Eu não tenho desejo de nada mais não! (chora). Você acha que não é homem mais, que ta sendo humilhado, que os outro mandam em você! (Pablo).*

Pacheco e Pablo destacam que, além da piora no desempenho sexual e dos sintomas de disfunção erétil, também passaram a conviver com a ausência de esperma, durante a

ejaculação. Pablo conta que, quando consegue manter uma relação sexual, *não sai mais nada*. Pacheco destaca que, após a realização das sessões de radioterapia, seu esperma *secou*, fazendo com que seu orgasmo não seja mais *aquele orgasmo perfeito*, o que o deixa *constrangido e preocupado: Essa falta de esperma deixa a gente constrangido. E você não tem aquele orgasmo, assim... é como se diz, aquele orgasmo perfeito. Sempre fica faltando. Você parece que teve, mas não teve, porque justamente você não teve esperma (...) Você não tem aquela ereção que tinha antes. Você tem aí uns 60% da ereção e, quando você sente o orgasmo, você não esperma.*

Frente à impossibilidade de alterar o quadro, os participantes se viram às voltas com a necessidade de modificar e adaptar as práticas sexuais. Nesse sentido, Plínio destaca que, agora, ao contrário de antes, durante o ato sexual, Plínio precisa fazer um esforço para ter e manter a ereção e sua esposa também precisa ajudá-lo: *Quando eu voltei [a ter ereção], eu não voltei totalmente. Ela [a esposa] tinha que me ajudar, porque eu era tão doente por conta dessa mulher que mesmo com a cirurgia delicada né e tudo, mas ainda forçava ainda.* Péricles relata que, agora, *dá muito abraço ainda, uns beijos e vai levando o negócio no beijo e no abraço e tal (...) não tem aquele negócio de ficar triste e o outro ficar também.*

Paulo, por sua vez, acredita que agora, dadas as mudanças impostas na sua sexualidade, estabelece uma relação de *irmãos*, uma vez que não existe mais o ato sexual com penetração, apenas beijos, abraços e carícias. Tal situação deixa Paulo sem saber como agir. *Nós conversa e tudo. Eu abraço ela, aquela coisa toda, mas assim de relação [sexual] acabou mesmo (...) Eu tomo banho junto, eu tomo banho junto com a minha esposa pra mim é a mesma coisa, é a mesma coisa de eu ta tomando banho sozinho. Ela esfrega a minha cacunda, esfrega os meus pés e eu esfrego a cacunda dela e pra mim é a mesma coisa de*

nada. Não ta acontecendo nada (...) porque eu fico lembrando: eu não sou homem mais. Não aguento trabalhar, fraqueza nas pernas. Como que eu vou fazer?

Observa-se que, para os entrevistados, torna-se difícil conceber a si mesmos como homens da mesma forma que antes, de maneira que, para muitos, não são mais homens, ou ainda, se consideram como castrados. Péricles chega a afirmar que o homem que faz a prostatectomia *não vale nada*, uma vez que a cirurgia *castra mesmo a pessoa, sabe. Tirou a próstata, acabou*. Pacheco, na mesma direção, afirma que, após a cirurgia, ficou *igual que você castra um porco (...) quando você castra um animal pra poder não ter coisa[sexo]*.

As alterações no desempenho sexual incidiram nas relações conjugais dos participantes com suas parceiras. No primeiro momento, prevaleceu o sentimento de desconfiança e o pensamento de que a companheira poderia vir a buscar um outro homem, mais jovem e saudável, que pudesse satisfazê-la sexualmente. Nesse sentido tanto Pablo como Paulo vivenciaram sentimentos de desconfiança, que foram suprimidos após conversarem com a esposa. Conforme lembra Paulo, ao saber das disfunções sexuais, a sua esposa disse ao médico que também não teria mais vontade de manter relações sexuais: *Aí a minha esposa ainda falou assim: ó, doutor, se ele for ficar da situação que não tem mais vontade de manter mais relação, Deus pode tirar a minha tudo também! E Deus ouviu o que ela falou, tirou a vontade dela também*. De forma semelhante, Pablo afirma que conversou com a sua esposa que disse que já que ele havia perdido *a vontade sexual, ela também perdeu a vontade*.

Vale ressaltar que a história de vida de Plínio mostrou-se muito distinta daquela dos demais entrevistados. Ao contrário dos outros participantes, ele relata ter sido abandonado pela esposa, após ter descoberto uma série de traições, o que o deixou *em desespero*. Plínio atribui à prostatectomia e às consequências da mesma a causa da separação conjugal. *O*

câncer conseguiu fazer isso que eu te falei né, que foi a separação. (...) Fiz a cirurgia, com um mês ela me largou, entendeu? (Plínio). Segundo ele, a esposa disse que não seria sua babá e foi embora, o que o machucou bastante.

Suicídio

É preciso considerar ainda que, frente à situação de intenso sofrimento imposta pelo adoecimento e tratamento oncológico, bem como, considerando-se as mudanças ocasionadas por esse processo, alguns participantes relataram ter pensado ou tentado o suicídio. Nesse sentido, Paulo afirma ter pensado em se matar, chegando a planejar a ingestão de bebida alcoólica com medicamentos ou ainda dar um tiro no ouvido. *A segunda cirurgia [do testículo], que eu queria morrer, eu queria morrer ou do poder de bebida com remédio ou dar um tiro dentro do ouvido. Eles até escondeu a arma, né. Escondeu a arma e eu não sei que rumo que eles deram nela.* De forma semelhante, Pablo tomou *16 comprimidos de uma vez (...) pra morrer mesmo, e um copo de pinga cheinho.* Após ingerir os remédios e a pinga foi encontrado pela esposa que o levou ao hospital. Conforme ele relata, ficou *cego, não andava, não falava, não conversava com ninguém, não tinha força. Quando tentava colocar de pé, caía no chão.*

Representações Sociais de Corpo

Analisando a fala dos entrevistados, é possível constatar diferentes formas de compreender o corpo. Para Paulo, só é possível pensar o seu corpo, ao compará-lo com outros corpos: *o meu corpo? O meu corpo não é... eu pergunto, aí eu vou perguntar ele: como é que é o seu?.* Ele chama a atenção para aquilo que o seu não possui em comparação aos corpos dos demais, revelando que o seu corpo não é como o esperado e que é caracterizado por muitas faltas, como, por exemplo, a ausência do desejo sexual. *Aí ele vai falar: o meu é assim,*

assim, assim e assado. Só que o meu não é assim não. O meu corpo não tem desejo e outros tem desejo viu. Você, eu sei, eu tenho certeza que você tem desejo né e eu não tenho desejo.

Pacheco, por sua vez, destaca que o *corpo é forma nossa*. Como ele mesmo explica, *a gente tem a forma, o corpo e ele, cada membro que ele tem, ele tem um sentido pra você ter ele ali (...) o corpo é a sua forma*. Ele também afirma acreditar que um dia irá *devolver* o seu corpo para Deus e, portanto, deve fazer de tudo pra preservar a sua forma original, evitando, assim, qualquer intervenção sobre ele, revelando a compreensão do corpo como algo sagrado: *Graças a Deus, eu nunca fiz cirurgia de nada. É porque o meu corpo, eu falei com Deus, eu quero entregar o meu corpo do mesmo jeito que eu recebi.*

Já para Péricles, o corpo humano *é uma máquina que pode estar funcionando agora normal e no outro dia já não estar mais*. Conforme ele mesmo ressalta *você pode não ter nada hoje e quando for logo de noite você já tem*. Por isso, ele ressalta a necessidade de *cuidar bem do seu corpo, da sua alimentação*, evitando assim futuros problemas de saúde.

Futuro

Ao pensar sobre sua vida no futuro, os entrevistados não destacaram muitos planos e, em geral, não se mostraram esperançosos quanto a uma melhora do quadro de saúde. Nesse sentido, Plínio afirma que não sabe o que vai lhe acontecer, uma vez que acredita que *o amanhã é só Deus que sabe*. Entretanto, também se mostra com poucas expectativas, já que não mais aguenta trabalhar como antes e, também, não conseguiu a aposentadoria. Segundo ele, para que a mesma aconteça antes dos 65 anos, *só um milagre, só um milagre de Deus mesmo*. De forma semelhante, Pacheco espera que sua vida seja *praticamente essa* que está *vivendo hoje*, com poucas possibilidades de melhora do estado da saúde. Patrício afirma que *não espera muito da vida e espera ter um fim de vida aí sem sofrimento* que, para ele, *é o desejo de todo ser humano*. Já Pablo destaca que *não tem medo de morrer mais disso*

[câncer], mas só não quer sofrer para morrer e, tampouco, quer dar trabalho pra ninguém, como outras pessoas de seu círculo social. Eu sei que eu não quero dar trabalho pra ninguém. Na época certa, eu não vou dar trabalho. Eu peço a Deus que me leva, que eu não quero ficar sofrendo nas mãos dos outros não.

Apenas Paulo se mostrou um pouco mais pessimista, em relação aos demais, afirmando que espera que, no futuro, fique cada vez mais fraco e debilitado. *Eu imagino, eu imagino sim que eu vou ficar mais velho, vou ficar mais fraco ainda né, que com esses remédios que eu tomo, não pode parar, tudo de [uso] contínuo. Então, é só remédio forte. Então, cada vez vai me enfraquecendo! (Paulo).*

DISCUSSÃO

Nesta seção, será apresentada a discussão dos resultados. De início, é preciso reconhecer que identificar as Representações Sociais de corpo para esse grupo de sujeitos não foi uma tarefa simples. Durante as entrevistas, observou-se uma dificuldade dos participantes de responder aquelas perguntadas voltadas, especificamente, para suas concepções acerca do que seria o corpo. Esse fenômeno pode ser atribuído ao fato de que, para nós, o corpo, embora concreto, seja um elemento sobre o qual pouco pensamos no cotidianamente.

Entretanto, as Representações Sociais de corpo desses homens estavam espalhadas e cotejadas por todas as suas narrativas. Assim, ao narrar suas experiências e suas vivências cotidianas, os participantes explicitavam também seus modos de pensar, sentir e agir em relação aos seus corpos. É preciso considerar também que faz parte do processo de estudo de RS que o pesquisador analise todo o material obtido no percurso da pesquisa, neste caso, as narrativas construídas e, a partir desses dados, identifique os modos de pensar, sentir e agir dos sujeitos em relação ao seu objeto de investigação.

Portanto, essa seção encontra-se sistematizada em quatro unidades: a) RS de corpo e o cuidado dos homens com a saúde; b) A experiência de adoecimento por câncer e o tratamento oncológico; c) Impacto do adoecimento e tratamento oncológico nas RS de corpo; d) RS de corpo antes e após o câncer da próstata.

RS de corpo e o cuidado dos homens com a saúde

Conforme destacamos no início deste trabalho, o corpo não se reduz às suas dimensões biológica e anatômica, mas também e, ao mesmo tempo, encontra-se constituído por significados sociais, sendo, portanto, um elemento histórico, político e cultural (Connerton, 1999). Nessa perspectiva, o corpo é considerado como uma produção social,

trazendo impresso em si marcas e formas que refletem concepções e práticas sociais relacionadas ao contexto no qual os sujeitos se encontram inseridos (Grosz, 2000).

Para Camargo, Justo e Alves (2011), além de se tratar de um organismo natural, o corpo também se constitui por meio de representações individuais e coletivas que, a todo instante, podem ser (re)construídas. Os autores também ressaltam que “essa dinâmica se manifesta na forma como os indivíduos usam, percebem e transformam o corpo” (p. 269). Nessa perspectiva, as narrativas dos homens participantes deste estudo, especialmente aquelas relacionadas à maneira como esses sujeitos utilizavam (e ainda utilizam) seus corpos cotidianamente, explicitam as suas RS acerca de seus corpos, refletindo os seus modos de pensar, sentir e agir em relação a sua corporalidade.

Analisando as narrativas dos entrevistados, observa-se que, antes do período do adoecimento por câncer da próstata, os mesmos percebiam seus corpos como fortes, resistentes e, portanto, abdicavam de estratégias de autocuidado constantes, em especial, aquelas relacionadas às práticas de prevenção e de promoção da saúde. Os entrevistados também destacaram a forte exposição dos seus corpos a eventos e substâncias, usualmente consideradas como prejudiciais à saúde, revelando uma incipiente preocupação com a possibilidade de danos aos seus corpos.

A maneira como os participantes representam seus corpos, mais especificamente, parece estar ancorada nas concepções acerca das masculinidades, presentes e difundidas na sociedade brasileira. De acordo com o modelo de masculinidade hegemônica, difundido em nosso contexto social (Gomes, 2008). Nessa perspectiva, ser um homem de verdade significa, na maior parte das vezes, apresentar atributos como força física, coragem, determinação, invulnerabilidade, bem como se distanciar de comportamentos socialmente reconhecidos como femininos, tais como a delicadeza, a fragilidade e, especialmente, os cuidados

excessivos com o corpo e a adoção de práticas de saúde (Gomes, 2008; Courtenay, 2009). Devido ao processo de divisão social e sexual do cuidado, os homens são considerados como sujeitos associados ao risco, voltados para proteção física e provisão material das famílias, enquanto às mulheres são atribuídos os cuidados de si e dos membros que compõem a estrutura familiar (Medrado *et al.*, 2009; Tonelli & Muller, 2011).

Conforme destaca Connel (1995), a masculinidade se encontra intimamente associada às relações sociais e também diz respeito a uma corporalidade. Em outras palavras, nossas concepções de homens de verdade se referem a ideias de configurações e delineamento de corpos masculinos. Nessa perspectiva, as masculinidades são corporificadas, ou seja, as concepções acerca do ser homem passam a ser encarnadas em corpos que possibilitem a esses sujeitos atender ou não aos modelos difundidos e valorizados pelo modelo de masculinidade hegemônica (Connel, 1995). Na mesma direção, Jardim (1995) ressalta a necessidade de se levar em conta que as masculinidades são produzidas nos corpos e através dos corpos, de maneira que “é nos corpos que estão representados e re-apresentados os significados desta experiência masculina” (p.200).

Os participantes deste estudo também relataram um histórico de grande distanciamento dos serviços e profissionais de saúde no período anterior ao diagnóstico de câncer. Em geral, a busca por esse tipo de auxílio só era realizada em casos onde os sujeitos já haviam constatado algum sinal que os fizessem se preocupar ou, ainda, a partir da constatação de algum sintoma que interferisse em seu cotidiano. Apesar de conhecer os exames preventivos do câncer da próstata e saber da importância da sua realização na faixa etária em que se encontravam, os participantes não os realizavam. De modo geral, a realização dos exames preventivos só foi realizada tardiamente, a partir da manifestação e agravamento de

sintomas ou, ainda, tendo em vista algum outro dano da saúde, como acidentes e lesões, doenças agudas, dentre outros, que exigia a busca imediata por um serviço de saúde.

O mesmo vem sendo constatado em outros estudos que apontam para a maior procura dos serviços de saúde, pela população masculina, em casos de constatação de sintomas e doenças já manifestos e, ainda, em estágio avançado de adoecimento (Figueiredo, 2005; Gomes, 2008). Apesar dos esforços pela mobilização dos homens para as ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce, ainda é recorrente a maior utilização por este público dos serviços de urgência e emergência, como os pronto-atendimentos, quando já não mais podem gerenciar os sintomas de forma solitária, reduzindo assim as possibilidades de cura, tratamento e reabilitação (Braz, 2005; Medrado *et al.*, 2009).

Cabe destacar que o trabalho e o medo de descobrir que algo vai mal também se configuraram como importantes fatores que dificultavam e, em alguns casos, impediam que os sujeitos se engajassem nas práticas de prevenção e promoção da saúde (Gomes, 2008; Medrado *et al.*, 2009). Tratando-se de uma sociedade capitalista, como a brasileira, o trabalho e a geração de renda ocupam um importante lugar, tanto na constituição das identidades masculinas e femininas, como também na manutenção da vida. Em um contexto que valoriza a produção de bens e a geração de lucro, a perda do trabalho pode resultar em uma desvalorização social, fazendo com que homens e mulheres ocupem um lugar marginalizado na sociedade e, portanto, se esforcem para manter os seus postos de emprego e trabalho. A descoberta de que algo vai mal, ou seja, do adoecimento, poderia exigir o afastamento das atividades de trabalho, o que poderia gerar, além de desconforto psicossocial, prejuízos financeiros, contribuindo assim para o afastamento desses sujeitos das ações de diagnóstico precoce.

A não percepção de sintomas físicos, em especial aqueles que não interferiam na rotina de vida e de trabalho dos participantes, também se configurou como um elemento que contribuía para o distanciamento dos homens dos serviços de saúde. Desse modo, o sentimento de não sentir nada, em especial nenhuma dor ou mal estar físico, favorecia a ideia de que a busca por ações de prevenção e diagnóstico precoce era desnecessária. A percepção da manutenção da funcionalidade do corpo em relação às demandas do cotidiano reforçava a ideia de que a busca por um serviço de saúde era tanto desnecessária, como irrelevante.

Tais dados parecem refletir as RS destes homens sobre a saúde e a doença, orientando-os acerca dos momentos e circunstâncias nas quais é necessário ou não buscar o auxílio de profissionais e as instituições de saúde. Resultados semelhantes vêm sendo identificados na literatura científica. Analisando as RS de homens acerca da saúde e doença, Almeida e Santos (2011) identificaram que, para esse grupo de sujeitos, a qualidade de vida e a sensação de equilíbrio e bem-estar físico e psicológico constituem o núcleo central das suas representações acerca da saúde. No que se refere à doença, os sujeitos participantes do estudo a associavam a elementos que remetiam a uma ameaça física e psicológica, como um mal ruim, mal estar e tristeza, que produziam dor e sofrimento.

Em um estudo semelhante, Mendonça, Menandro e Trindade (2011) analisaram as representações e práticas de saúde de homens universitários. As autoras constataram que a ideia de bem-estar, juntamente à alimentação e ao esporte, constituem o núcleo central das representações destes sujeitos acerca da saúde. Ainda neste estudo, constatou-se que a circunstância de doença, bem como a realização de exame preventivo e a constatação de alguma alteração na rotina diária se revelaram como os principais motivos apontados por esses sujeitos para a busca pelos serviços de saúde.

Na mesma direção, Nascimento, Trindade e Gianordoli-Nascimento (2011a) também buscaram identificar as representações sociais de homens jovens sobre saúde e doença. Os autores também constataram uma composição do núcleo central, no que se refere às representações de saúde, marcada pela ideia de bem estar físico e psicológico e a representação da doença associada ao sofrimento e a uma coisa ruim. Desse modo, para esse grupo, apenas quando os sintomas se aproximam das suas representações de doença é que a busca por profissionais e serviços de saúde ganha sentido e é concretizada.

Ainda nessa perspectiva, os sentidos atribuídos aos exames preventivos, em especial ao exame de toque retal, também se revelaram como fatores que dificultavam a realização das ações de prevenção e diagnóstico precoce. Os entrevistados relataram que, para seus grupos de pertença, a realização do exame de toque estaria fortemente associada a um comportamento homossexual, devendo, portanto, ser evitado, mesmo que isso compromettesse sua condição de saúde. Nesse sentido, após constatarem a presença de sintomas e, a partir do agravamento dos mesmos, os participantes deste estudo optaram, primeiramente, pelo exame de PSA, considerado por eles como menos eficaz que o exame de toque retal, porém, ao mesmo tempo, menos invasivo. Assim, o exame de toque só foi realizado em último caso, mediante a prescrição médica, no intuito de confirmar as informações já constatadas ou colocadas em suspeição por meio do exame de PSA.

Estudos semelhantes também vêm apontando para a menor adesão dos homens aos exames de prevenção do câncer da próstata, em especial, ao exame de toque retal (Gomes *et al.*, 2008; Amorim *et al.*, 2011). Conforme destaca Gomes (2008), mais do que negligência ou ausência de informações, a baixa adesão do público masculino a este procedimento deve ser compreendida à luz do contexto social no qual os homens são inseridos e levando em consideração os sentidos atribuídos ao ser-homem, atravessados pelo modelo de

masculinidade hegemônica. Assim, por tocar uma região socialmente interdita do corpo masculino, o ânus, é recorrente que os homens, ao serem submetidos ao exame de toque, o percebam como uma violação sexual, semelhante a uma penetração anal, incidindo, assim, diretamente sobre sua masculinidade.

Na mesma direção, Gomes *et al.* (2008) apontam para o modelo de masculinidade hegemônica como um fator dificultador e, em muitos casos, impeditivo para realização do exame de toque retal. Para os autores, além do incômodo físico, o procedimento desencadeia um desconforto psicológico, no qual, ao medo da descoberta de uma enfermidade grave, se associa o receio de uma ereção durante o procedimento, gerando, assim, o temor de ser percebido pelo médico e pela equipe de saúde como um homossexual. Assim, a realização do exame de toque retal produz nos homens a sensação de redução de sua virilidade.

Portanto, além de perceberem o corpo masculino como forte, resistente e não necessitando de cuidados constantes, é possível constatar que os entrevistados também o concebem como um corpo intocável e inviolável. Ao contrário do corpo feminino, socialmente considerado como um espaço passivo e aberto a intervenções invasivas e manipulações constantes, o corpo masculino se configuraria como um elemento ativo e autossuficiente, sendo, portanto, inviolável, sobretudo, no que se refere às regiões socialmente interditas, como o pênis e o ânus.

A experiência de adoecimento por câncer e o tratamento oncológico

Conforme destacam Rodrigues e Cardoso (1998), embora a experiência de adoecimento se refira a um evento singular e individual, ao mesmo tempo, ela também se configura como um fenômeno socialmente elaborado e compartilhado. Na mesma direção, Jodelet (2005) destaca que “a experiência é social e socialmente construída” (p.32), destacando, assim, a necessidade de considerá-la para além da sua esfera privada e

individualizada. A autora também ressalta a importância de se inserir a análise do contexto histórico, político e social no estudo das experiências, tendo em vista que é o aporte cultural que fornece sentido à experiência vivida.

Para Jodelet (2006b), a experiência remete ao social e é a partir das pré-construções culturais e de conhecimentos previamente construídos e compartilhados que ela ganha sentido para os sujeitos que a vivenciam, podendo ser, assim, comunicada e socialmente elaborada por seus grupos de pertença. Nesse sentido, a autora destaca que:

A experiência social é marcada pelos quadros de sua enunciação e de sua comunicação. Ela tem, necessariamente, um caráter intersubjetivo e socializado (...) Assim, a experiência social e socialmente construída torna-se constitutiva do sentido que o sujeito dá aos acontecimentos, às situações, aos objetos e às pessoas que povoam seu ambiente próximo e seu mundo (Jodelet, 2006b, p.99,100)

Ainda segundo Jodelet (2006b), a experiência possui duas dimensões, intimamente relacionadas: a do vivido/experimentado e a do conhecimento/cognitiva. Esta primeira dimensão remete à forma como o fenômeno da experiência se apresenta para aquele que a vivencia, considerando os aspectos afetivos e emocionais relacionados ao evento. Segundo Jodelet (2006b), a experiência vivida se refere ao:

modo através do qual as pessoas sentem uma situação em seu foro íntimo, e o modo como elas elaboram através de um trabalho psíquico e cognitivo, as ressonâncias positivas e negativas dessa situação e das relações e ações que eles desenvolvem naquela situação (p. 29).

Segundo Jodelet (2006b), a experiência também possui uma dimensão do conhecimento/cognitiva. Desse modo, é preciso levar em conta que a experiência, ao mesmo tempo que é vivenciada, também favorece um processo de interpretação e compreensão do mundo, contribuindo para a construção de sentido para a realidade experienciada. Para a autora, é nesta dimensão que é possível se estabelecer ligações entre a experiência e as

Representações Sociais, de modo que estas últimas contribuem para dar sentido à primeira (Jodelet, 2006b).

Ao se deparar com a necessidade de elaborar e produzir sentidos para suas experiências, como por exemplo, aquelas situadas no âmbito da saúde, o sujeito irá mobilizar os seus saberes prévios e compartilhados com o seu grupo de pertença para produzir novos conhecimentos que orientem seus modos de pensar, sentir e agir relacionados à experiência. Em outras palavras, “o sistema de representações fornece os recursos e os instrumentos para interpretar aquilo que é experimentado” (Jodelet, 2006b, p.48).

No que tange à dimensão da experiência vivida, no presente estudo, embora cada participante tenha recebido a notícia do diagnóstico de câncer da próstata e tenha experienciado o processo de adoecimento e tratamento oncológico de forma única e singular, a análise das narrativas também aponta para pontos onde essas experiências convergem e se aproximam, revelando marcas do contexto social no qual o grupo de homens encontra-se inserido.

Em geral, os entrevistados afirmaram ter recebido o diagnóstico de câncer com certa surpresa e relataram que, ao receber a notícia, se mantiveram calmos e tranquilos. Entretanto, à medida que o tratamento oncológico se iniciava, os homens começavam a se deparar com uma nova realidade até então pouco familiar, geradora de sentimentos de medo, ansiedade e receios quanto à possibilidade do sofrimento e morte.

Após diagnosticados e com o início do tratamento, os pacientes foram submetidos a procedimentos percebidos como agressivos e invasivos, em especial, a radioterapia e a prostatectomia que, ao mesmo tempo que enfrentavam a enfermidade, também produziam alterações em seus corpos, difíceis de serem manejadas e suportadas. A exposição dos seus corpos a procedimentos invasivos, sobretudo aqueles que exigiam a manipulação do ânus e

pênis dos entrevistados, produzia neles os sentimentos de impotência, revolta e falta de autonomia.

Desse modo, ao mesmo tempo que tratavam, as propostas terapêuticas, em especial os medicamentos, as sessões de radioterapia e a prostatectomia, também imprimiam marcas nos corpos dos homens entrevistados. Cotidianamente, os sujeitos se viam diante da necessidade de submeter os seus corpos a procedimentos e ações que pouco conheciam, mas que lhe eram impostas como necessárias. Assim, os participantes passaram a experienciar um cotidiano marcado pela dor intensa e pelo desconforto físico e psicológico, além das sequelas que o tratamento produzia.

Dentre as modificações corporais produzidas pelo adoecimento e tratamento oncológico, a incontinência urinária e a impotência sexual foram apontadas como as mais significativas e impactantes para o grupo de homens entrevistados. Ao se depararem com a incontinência urinária, os participantes passaram a vivenciar sentimento de perda de autonomia e controle sobre seus corpos, exigindo assim o uso de absorventes e fraldas descartáveis que, além de desconforto físico, também produziam um mal estar psicológico. De forma semelhante, a perda da capacidade de ter e/ou manter uma ereção produziu nesses sujeitos o sentimento de diminuição de sua masculinidade, levando-os a considerar que não são mais homens como antes.

As mudanças anatômicas e funcionais em seus corpos também exigiam a reorganização de suas rotinas diárias. Nesse sentido, muito desses homens se viram às voltas com a necessidade de afastamento das atividades de trabalho e emprego, gerando grande tristeza. Em grande parte dos relatos, é possível observar que o adoecimento, a rotina e as limitações impostas pelos tratamentos também contribuía para o isolamento social desses sujeitos, incidindo, assim, sobre suas interações e vínculos sociais.

Resultados semelhantes vêm sendo apontados na literatura. Modena *et al.* (2014) analisaram a experiência de homens acometidos por diferentes tipos de câncer e também identificaram que a nova condição física imposta pelo adoecimento, a exposição a procedimentos agressivos e invasivos e a rotina assistencial contribuía para que os homens adoecidos vivenciassem sentimentos de tristeza, medo e angústia. Na mesma direção, Dázio, Sonobe e Zago (2009) buscaram analisar os sentidos atribuídos à experiência de adoecimento por homens diagnosticados com câncer colo-retal e que realizaram estoma intestinal. As autoras destacam que a doença foi vivenciada por esses sujeitos como uma ruptura em suas biografias, produzindo as sensações de fragilidade, vulnerabilidade, marginalização e subordinação, também desencadeadoras de sofrimento e tristeza. Tofani e Vaz (2007), por sua vez, identificaram a presença de sintomas de depressão e ansiedade, sentimentos de impotência, temor pelo prognóstico, além da sensação de perda do controle de si, em homens que realizaram tratamento por câncer da próstata.

No que se refere à dimensão do conhecimento/cognitiva, é possível observar que os participantes, ao mesmo tempo em que vivenciavam o adoecimento e o tratamento oncológico, também produziam sentido à sua experiência. Desde a constatação dos primeiros sintomas e manifestações da enfermidade, os entrevistados se viram às voltas com a necessidade de compreender e esclarecer o que se passava com os seus corpos. Frente a este desconhecimento, a busca por profissionais e serviços de saúde se apresentou como necessária.

Frente ao diagnóstico de câncer da próstata, os participantes deste estudo também se depararam com a necessidade de produzir saberes e sistematizar suas concepções acerca do câncer. Conforme já destacado, para grande parte dos entrevistados, o câncer foi percebido como uma doença grave, complexa, agressiva e fortemente associada à morte. As

experiências anteriores destes homens, seja a partir de um contato mais próximo com amigos e parentes que foram acometidos pela enfermidade, ou ainda pelo acompanhamento de casos de adoecimento pela doença divulgados na mídia ou observados em sua rede mais distal de contatos, contribuíam para dar formas às suas maneiras de pensar, sentir e agir em relação a esta enfermidade.

Nota-se que, para os entrevistados, o câncer é uma doença que invade de forma agressiva e traiçoeira o corpo humano, sendo difícil de ser controlada. As narrativas dos participantes revelam a percepção de uma enfermidade viva, porém silenciosa que, ao mesmo tempo em que se move pelo corpo, vai devorando-o, mostrando o corpo como um objeto frágil, vulnerável e debilitado.

Desse modo, o câncer da próstata surge como uma enfermidade que, ao alterar a corporalidade desses homens, ao mesmo tempo, também se configura como um elemento que transforma o corpo desses sujeitos em um objeto desconhecido e pouco familiar. À medida que a doença vai se desenvolvendo, ela também revela a fragilidade e a vulnerabilidade do corpo masculino, até então ocultadas e/ou negligenciadas por esses sujeitos.

Impactos do adoecimento e do tratamento oncológico nas RS de corpo

Connel (1998) chama a atenção para a necessidade de se considerar o corpo de maneira integrada aos processos sociais e históricos nos quais os sujeitos encontram-se inseridos. A autora destaca que, de maneira simultânea, os corpos configuram-se como agentes e objetos das práticas sociais, sendo, portanto, um reflexo da sociedade. Na mesma direção, Grosz (2000) chama a atenção para o fato de que o corpo não se opõe à cultura. Antes, se refere, em si mesmo, a um produto cultural.

Analisando as representações e os usos dos corpos na cultura brasileira, Goldemberg (2011) destaca que o corpo é considerado como um capital físico, simbólico e social. Desse

modo, as formas e configurações corporais, atravessadas por modelos ideológicos e hegemônicos, passam a ser socialmente percebidas como um objeto de prestígio ou marginalidade. Nessa perspectiva, o corpo assume um status de valor, uma moeda utilizada no âmbito dos processos de interação social, contribuindo tanto para o delineamento de identidades sociais, como também delimitando os lugares dos sujeitos na tessitura social.

Jodelet (1984) destaca a importância do corpo como mediador dos vínculos sociais, sendo também responsável pela mediação do conhecimento do sujeito acerca de si e dos outros que integram o contexto de interação social. Ainda segundo a autora, as representações sociais ocupam um importante papel na construção e elaboração de modos coletivos de se ver e viver o corpo, difundindo assim modelos de pensamentos e de comportamentos relacionados à corporalidade, que abarcam aspectos relacionados à estética, bem como à saúde corporal.

Conforme destacamos no início deste trabalho, Camargo, Justo e Alves (2011) ressaltam que o corpo assume diferentes funções sociais mediadoras dos processos de interação, sendo que há, em relação a esse fato, três aspectos principais destacados por estes autores: a ação, a cognição e a afetividade. Analisando as narrativas dos participantes do presente estudo, é possível constatar que as alterações impostas pelo adoecimento e pelo tratamento oncológico, já descritas, interferem e restringem as funções sociais do corpo no que tange a estes três aspectos.

Tratando-se do aspecto da ação, composto pelos comportamentos instrumentais dos sujeitos visando obter sucesso nas interações sociais, os participantes reconhecem que os seus corpos, agora fragilizados e marcados por perdas funcionais, em especial pela fraqueza, pela incontinência urinária e pelas disfunções sexuais, já não mais atendem aos padrões estéticos e funcionais estabelecidos pelo modelo de masculinidade hegemônico, sendo por eles mesmos

desvalorizados. Percebe-se que esses sujeitos não reconhecem os seus próprios corpos como sendo um veículo atrativo para as interações, sejam aquelas do âmbito da sociabilidade (amigos, familiares, trabalho, grupos religiosos, dentre outros), sejam aquelas referentes às relações afetivo-sexuais, o que contribui para o isolamento social.

No que se refere ao aspecto cognitivo, que, segundo Camargo, Justo e Alves (2011), “compreende as ações e comportamentos relativos a responder as normas sociais vigentes no contexto do grupo em que o sujeito está inserido” (p.271), observa-se que os homens entrevistados acreditam que os seus corpos já não mais podem ser tomados como símbolos de virilidade. Assim, após o adoecimento e, em especial após o tratamento oncológico, muitos dos participantes consideram que não são mais homens como eram antes de adoecerem. Ao se compararem com outros homens dos seus grupos de pertença e contexto, estes sujeitos acreditam que agora possuem sua masculinidade diminuída, se reconhecendo, portanto, como homens inferiores aos demais.

Observa-se também um prejuízo no que se refere aos aspectos afetivos das funções sociais do corpo desses sujeitos. Para Camargo, Justo e Alves (2011), essa dimensão é composta pelas ações e comportamentos dos sujeitos que objetivam ganhar a atenção de outros visando o próprio prazer. Como já mencionado, ao constatar as mudanças corporais, os homens entrevistados não mais percebiam os seus corpos como atrativos ou valorizados. Alguns dos participantes chegam a mencionar que, após o adoecimento, seus corpos ficaram valendo nada, ou seja, já não apresentam formas e funções socialmente reconhecidas como atrativos, contribuindo, mais uma vez, para que esses sujeitos se isolem e se distanciem das possibilidades de interação social.

Como consequência das alterações corporais, os homens entrevistados passaram a conviver com a necessidade de utilização de fraldas e absorventes descartáveis produzindo

uma série de desconfortos físicos e psicológicos. Vale ressaltar que, em nosso contexto social, as fraldas são percebidas como elementos pertencentes ao universo infantil, enquanto, por outro lado, os absorventes encontram-se intimamente relacionados ao âmbito das mulheres. Desse modo, ao inserir esses elementos em seu cotidiano, os homens se apropriam de elementos que evidenciam a perda de características que constituíam a identidade masculina.

Considerando-se que o exercício de poder é uma das prerrogativas masculinas mais evidentes, o seu exercício de torna comprometido ao tentar exercê-lo utilizando fraldas e absorventes descartáveis. O mesmo parece se repetir em outras situações que passaram a constituir o cotidiano dos homens entrevistados. Ao contrário do período anterior ao adoecimento, esses sujeitos passaram a vivenciar uma perda e/ou subtração do seu poder tanto em relação aos seus próprios corpos como também em suas relações com outros homens e mulheres. Em algumas situações, especialmente aquelas onde se viam diante da necessidade de entrega dos seus corpos a exames como os de toque retal, esses homens vivenciam sentimentos de sujeição e ausência absoluta do poder, gerando sentimentos de revolta, raiva e tristeza.

Tais achados corroboram com os resultados de outros estudos semelhantes. Analisando as transformações corporais de homens residentes no Reino Unido, Kelly (2009) ressaltava que, após o adoecimento por câncer de próstata, os homens se vêem diante da necessidade de conviver com um novo corpo, que lhes parece estranho e não familiar. O autor constata que, após o processo de adoecimento e tratamento oncológico, os homens passam a conviver com o sentimento de que seus corpos falharam para sustentar os padrões do modelo de masculinidade hegemônica, impactando assim o self e a identidade desses sujeitos.

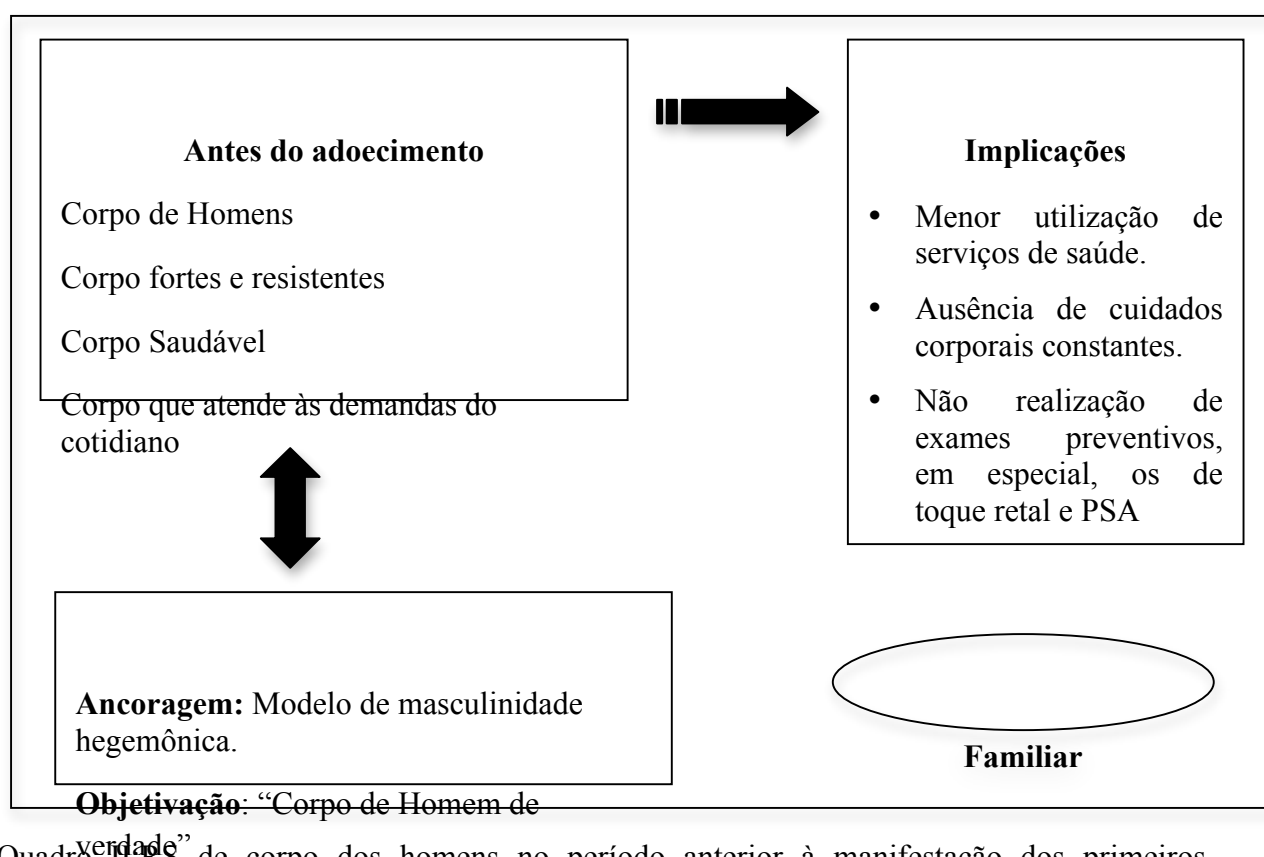
Em um estudo semelhante, realizado nos Estados Unidos, com um grupo de homens que também foram diagnosticados com câncer da próstata, Krumwiede e Krumwiede (2012) identificaram que, após o tratamento oncológico, os sujeitos passam a conviver com o sentimento de perda do controle dos seus corpos, manifestando a sensação de estarem desconectados dos mesmos. As disfunções sexuais e urinárias, vivenciadas pelos participantes do referido estudo, produziram o sentimento de humilhação e vergonha e contribuíram para o aumento do nível de estresse.

Gannon *et al.* (2010) investigaram o impacto das mudanças corporais entre homens que realizaram a prostatectomia radical. Os autores constataram que a realização desta cirurgia produz alterações corporais, difíceis de serem suportadas pelos homens, produzindo alterações também nos seus sentimentos de masculinidade. As disfunções sexuais que emergiram após a prostatectomia exigiram que esses sujeitos reconstruíssem os sentidos atribuídos ao ser homem e buscassem novas formas de exercitar sua masculinidade.

No contexto brasileiro, Mesquita, Moreira e Maliski (2011) identificaram, entre um grupo de homens com diferentes tipos de câncer, o sentimento de não ser o mesmo de antes. As mudanças corporais e as perdas a elas associadas produziram nesses sujeitos o sentimento de não serem tão homens como antes do adoecimento, levando-os a refletir sobre suas vidas e a modificar suas crenças acerca de sua própria masculinidade. Na mesma direção, Burille, Schwartz e Zillmer (2013) e Modena *et al.* (2014) também identificaram um impacto significativo das mudanças corporais advindas após o adoecimento por câncer e tratamento oncológico na identidade masculina de homens brasileiros.

As RS de corpo antes e após o adoecimento por câncer

Conforme explicitamos anteriormente, as RS de corpo dos sujeitos participantes deste estudo não foram expressas de maneira direta, sendo, portanto, necessário identifica-las a partir das narrativas dos participantes acerca de suas experiências corporais. O Quadro I apresenta uma proposta de sistematização das RS de corpo dos homens participantes deste estudo no período anterior à manifestação dos primeiros sintomas do câncer da próstata.



Quadro I. RS de corpo dos homens no período anterior à manifestação dos primeiros sintomas do câncer da próstata.

Neste período, o grupo de entrevistados percebia os seus corpos como corpos de homens, sendo, portanto, fortes e resistentes. Também é possível apontar que a ausência de sintomas desconfortáveis contribuiu para a construção do sentimento de se ter um corpo saudável. Tal ideia era reforçada tendo em vista o fato de que, para esses homens, seus corpos eram funcionais, na medida que atendiam às necessidades impostas em seu cotidiano, como,

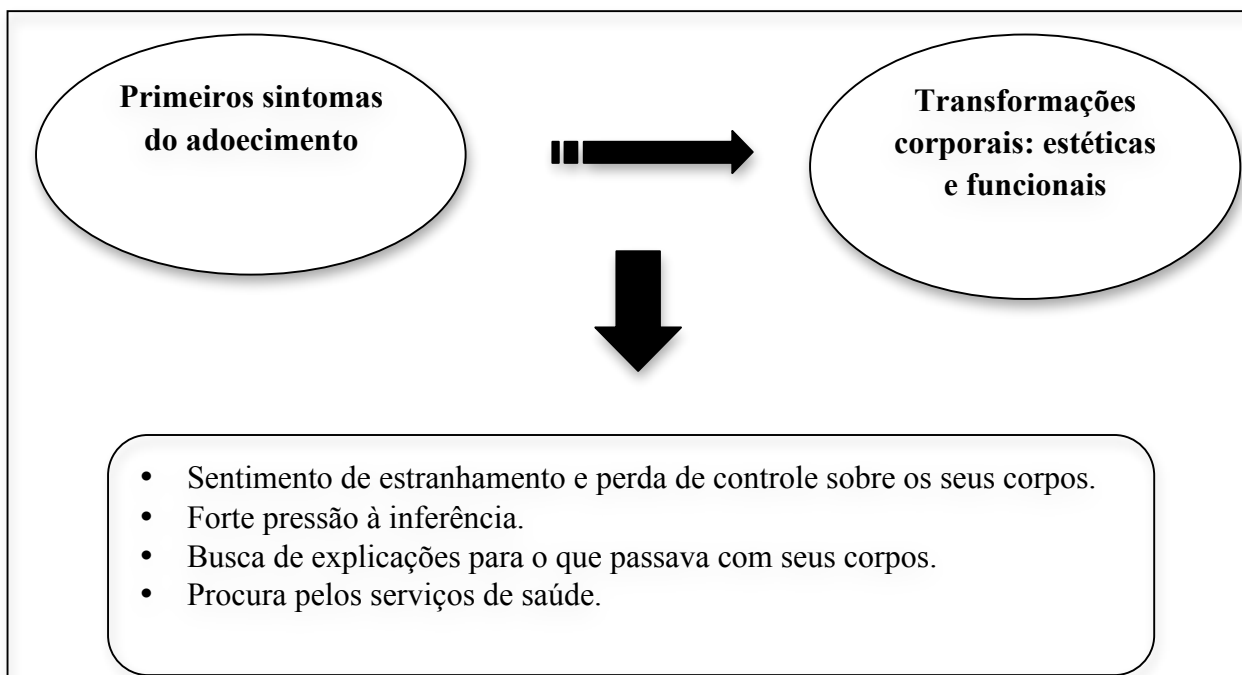
por exemplo, trabalhar, fazer exercícios e esforços físicos e, especialmente, manter relações sexuais.

Tais concepções encontram-se ancoradas no modelo de masculinidade hegemônica que, como dito anteriormente, difunde ideais de homens de verdade e exige desses sujeitos a construção de corpos que permitam se aproximar deste modelo. Assim, suas concepções parecem se objetivar na imagem do Homem de verdade, segundo os moldes e pressupostos difundidos no contexto no qual esses homens vivem.

Observa-se, ainda, que estes modos de conceber os seus corpos influenciam também na maneira como esses homens agem em relação aos mesmos. Ao conceberem seus corpos como fortes e invulneráveis, os participantes se distanciaram dos serviços de saúde e das práticas de cuidado e, ainda, não apresentavam uma constância de cuidados corporais. De maneira geral, o sentimento de não estar sentindo nada e, portanto, estar saudável, associado à ideia de corpo masculino, sobretudo o ânus, como um espaço intocável parece ter favorecido a não adesão desses sujeitos aos exames preventivos do câncer da próstata.

Contudo, é preciso considerar que, nesta fase das narrativas, os sujeitos se encontravam num estado de pouca pressão à inferência no que tange à problematização dos seus corpos. Desse modo, seus corpos eram percebidos como objetos familiares, sobre o qual possuíam controle e autonomia.

Entretanto, tal estado de familiaridade em relação aos seus corpos parece ruir frente às primeiras manifestações da enfermidade, em especial, no que se refere à percepção dos primeiros sintomas físicos. Conforme pode ser observado no Quadro II, o câncer da próstata surge como uma enfermidade que transforma os corpos dos sujeitos, antes tão familiares, em um objeto desconhecido e pouco familiar, impondo uma nova condição sobre a qual possuem pouco controle e capacidade de resistência.



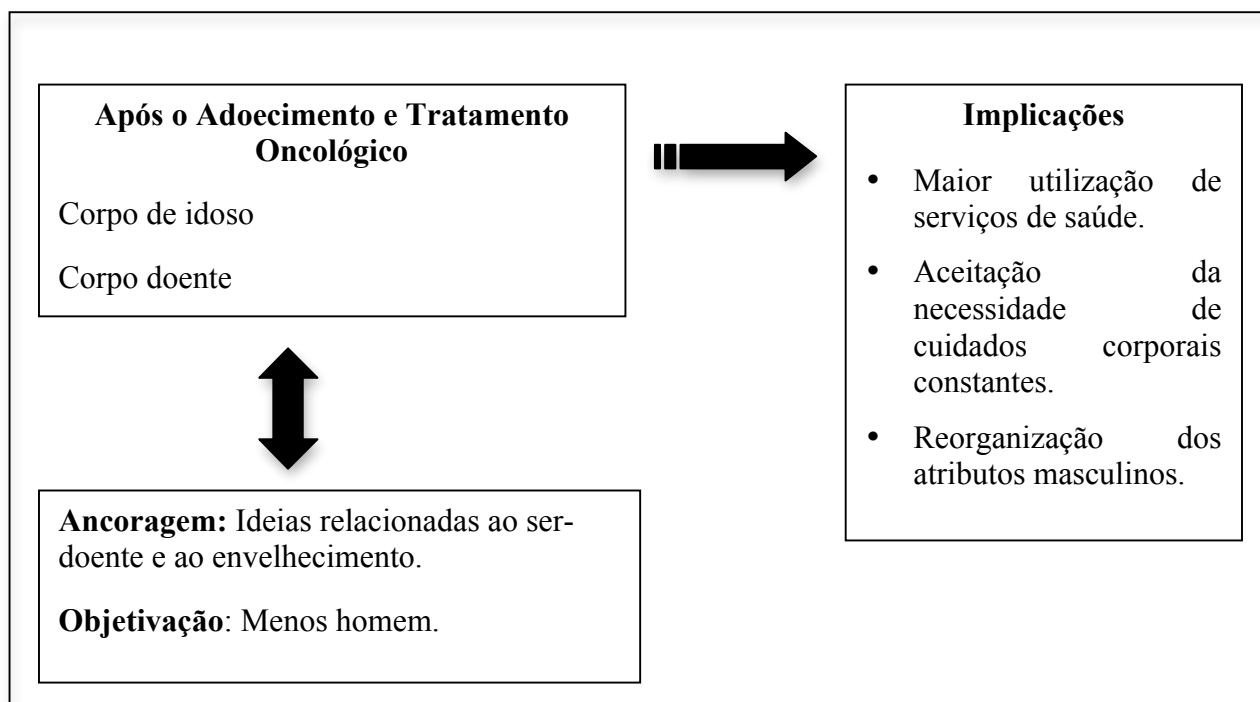
Quadro III: Impactos do adoecimento por câncer da próstata e do tratamento na corporalidade

Assim, cotidianamente e contra sua vontade, seus corpos começavam a ser alterados, tanto em termos estéticos como funcionais, abrindo espaço a uma nova corporalidade que se mostrava distante dos ideais de masculinidade compartilhados por este grupo de sujeitos. Tal situação colocou o grupo de entrevistados em uma situação de grande conflito cognitivo, do qual dificilmente poderiam escapar, uma vez que o objeto de estranhamento, o corpo os convocava a produzir novos saberes que possibilitassem uma compreensão da experiência e que os orientassem em relação aos seus modos de pensar, sentir e agir sobre ele.

O mesmo se passa diante do tratamento oncológico, em especial a partir da realização da prostatectomia, que também produziu uma série de alterações corporais que tiveram impacto psicossocial e, ao mesmo tempo, interferiram na realização de atividades, bem como no self e na identidade desses sujeitos. Nesse período, apesar de já terem recebido o diagnóstico de câncer, que ampliou a compreensão acerca do que se passava com seus corpos, os homens entrevistados passaram a conviver, diariamente, com um novo corpo, desta vez frágil e debilitado, muito diferente daquele que possuíam antes do adoecimento. Além disso, para se adequarem à nova rotina, também distinta daquela do período em que se consideravam

saudáveis, foi preciso adotar estratégias indesejadas, como, por exemplo, o uso de fraldas e absorventes descartáveis, uso de medicamentos, visitas constantes a serviços e profissionais de saúde, bem como ressignificar as práticas sexuais.

A nova condição imposta pelo adoecimento por câncer e pelo tratamento oncológico e a necessidade de conviver com a nova corporalidade por um período indeterminado, exigiu que esses sujeitos produzissem novos saberes que os orientassem nos modos de pensar, sentir e agir, em relação aos seus corpos. Conforme pode ser observado no Quadro III, após o adoecimento e tratamento oncológico, os participante passaram a perceber os seus corpos como frágeis, vulneráveis e debilitados, sob qual detinham pouco controle e autonomia.



Quadro IV: RS de corpo dos homens no período posterior ao diagnóstico de câncer da próstata e do tratamento oncológico.

Todas essas transformações corporais produziram nesses sujeitos o sentimento de já não serem homens, como antes do adoecimento, revelando o processo de objetivação. Buscando um equilíbrio cognitivo e na tentativa de produzir sentidos à nova condição e à nova corporalidade, os entrevistados lançaram mão das ideias de corpo doente, de corpo envelhecido para compreender o que se passava consigo. Ao ancorar suas representações na ideia de envelhecimento, os participantes inseriram as mudanças e disfunções corporais em uma ordem natural e biológica, tornando-se, assim, aceitável e melhor elaborada por eles. Nesse sentido, os sujeitos passavam a perceber os seus corpos como corpos velhos e doentes, sendo, portanto, socialmente aceitável que se distanciassem de atividades como o trabalho e outras ações que exigissem esforço físico e, ainda, abrissem mão das práticas sexuais e do lugar de provedor e protetor familiar. Portanto, foi necessário que os sujeitos redefinissem e reorganizassem seus papéis masculinos, buscando outras maneiras de conceber e exercitar sua masculinidade. Dessa maneira, os entrevistados passaram a buscar modos de perceber os seus corpos, outrora estranhos e desconhecidos, como novamente familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que esse estudo possa oferecer subsídios para construção de intervenções psicossociais voltadas para o público masculino com câncer. Ampliar a compreensão acerca das vivências desses sujeitos talvez seja um dos primeiros passos para a construção de práticas interdisciplinares em saúde que considerem esses homens para além da sua dimensão biológica. Logo, é preciso reconhecê-los como sujeitos históricos ativos, interconectados a um contexto sociocultural e político. Enquanto seres cognoscentes, a todo instante, buscam construir sentidos para a suas vidas e a dos seus semelhantes.

Por outro lado, apesar de se configurar como uma experiência triste e difícil de ser suportada, o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico abriu espaço para que os homens reelaborassem suas concepções acerca de seus corpos e, ao mesmo tempo, parece ter favorecido um espaço para construção de novas formas de se pensar e exercitar a própria masculinidade.

Vale ressaltar que os resultados desse estudo se referem a um grupo de homens idosos, pobres, com baixa escolaridade e com menor poder aquisitivo. Tendo em vista que as Representações Sociais encontram-se intimamente relacionadas ao contexto nos quais as mesmas são (re)produzidas, pode-se pensar que, talvez, o sistema de Representações Sociais de corpo seja distinto para homens com outros perfis, como por exemplo, aqueles com maior poder aquisitivo e escolaridade.

Estudos futuros também poderão se dedicar, mais especificamente, aos impactos da experiência de adoecimento por câncer da próstata na identidade pessoal e social masculina. Também é possível que novas pesquisas possam incluir a participação de homens mais jovens e investigar a existência de influências geracionais na forma de se viver e de se representar o corpo diante desta condição de adoecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society. (2013). *What Causes Cancer?* Recuperado em: 10 dezembro, 2013, de <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/index>
- Almeida, A.M.O.; & Santos, M.F.S. (2011). Representações Sociais masculinas de doença e saúde. In: Z.A.Trindade, M.C. S. Menandro, & C.R.R., Nascimento. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM Editora.
- Almeida, S.S.L.; Martins, A.M.; Rezende, A.M.; Schall, V.T.; & Modena, C.M. (2013). Sentidos do cuidado: a perspectiva de cuidadores de homens com câncer. *Psico-USF*, 18(3), 469-478.
- Amorin, V.M.S.L.; Barros, M.B.A.; Cesar, C.L.G.; Goldbaum, M.; Carandina, L.; & Alves, M.G.P. (2011). Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 347-356.
- Araújo, L.; Sá, E. C. N.; & Amaral, E. B. (2011). Corpo e velhice: um estudo das Representações Sociais entre homens idosos. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 31(3), 468-481.
- Arruda A. (2005). Despertando do pesadelo: a interpretação. In: A.S.P. Moreira, B.V. Camargo, J.C. Jesuíno, S.M. Nóbrega. (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Barros, E.M., Melo, M.C.B. (2009). Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico e respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. *Revista da SBPH*, 12(1), 99-111.
- Bertolli Filho, C. (2002). Representações sociais do câncer e dos cancerosos em São Paulo: 1900-1950. *Sallusvita*, 21(2), 83-100.
- Branney, P. (2008). Cancer prevention, diagnosis, treatment and survival. In: D. Wilkins, S. Payne, G. Granvillem, & P. Branney. (Eds). *The Gender and Access to Health Services Study: final report*. London, Department of Health.

- Brasil. (1996). Resolução no 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Recuperado em 10 maio, 2013, conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: DF.
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 97-140.
- Burille, A.; Schwartz, E.; Zillmer, & J.G.V. (2013). Mudanças no cotidiano de homens com câncer: apresentando uma das interfaces do adoecer. *Revista Pesquisa: Cuidado Fundamental*, 5(2), 3539-3548.
- Cagnin, E. R. G.; Liston, N. M.; & Dupas, G. (2004). Representação Social da criança sobre o câncer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1), 51-60.
- Camargo, B. V.; Goetz, E. R.; Bousfield, A. B. S.; & Justo, A. M. (2011). Representações Sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia*, 19(1), 257-268.
- Camargo, B. V.; Justo, A. M.; & Jodelet, D. (2010). Normas, representações sociais e práticas corporais. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 44, p. 449-466, 2010.
- Camargo, B. V.; Justo, A. M.; & Alves, C. D. B. (2011). As funções sociais e as representações sociais em relação ao corpo: uma comparação geracional. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, 19, 269-281.
- Carpentier, M.Y.; Fortemberry, & J.D. (2010). Romantic and sexual relationships, bod image, and fertility in adolescent and young adult testicular cancer survivors: a review of the literature. *Journal of Adolescent Health*, 47(2), 115-125.
- Carpentier, M.Y.; Fortemberry, J.D.; Ott, M.A.; Brames, M.J.; & Einhorn, L.H. (2011). Perceptions of masculinity and self-image in adolescent and young adult testicular cancer survivors: implications for romantic and sexual relationships. *Psychology*, 20(7), 738-745.

- Castro, R.V. (2011). Prefácio. In: A.M.O.Almeida, M.F.S.Santos,&Z.A.Trindade.*Teoria das Representações Sociais:50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Cayless, S.; Forbat, L.; Illingworth, N.; Hubbard, G.; Kearney, N. (2010). Men with prostate cancer over the first year of illness: their experiences as biographical disruption. *Support Care Cancer*, 18, 11-19.
- Chapple, A.; Ziebland, S. (2002). Prostate câncer: embodied experience and perceptions of masculinity. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 820-841.
- Connell, R. W. (1995). Políticas da masculinidade. *Educação & Realidade*, 20(2):185-206.
- Connell, R.W. (1998). El Imperialismo y el cuerpo de los hombres. In: T.Valdés,&J. Olavarria. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. FLACSO, Santiago.
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities*. 2 ed. Los Angeles: University of California Press.
- Connell, R. W.; &Messerschmidt, J.W. (2013). Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estudos Feministas*, 21(1), 241-282.
- Connerton, P. (1999). Práticas corporais. In: Connerton, P. *Como as sociedades recordam*. Oeiras: Celta Editora.
- Costa Junior, F.M.; &Maia, A.C.B. (2009). Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 55-63.
- Costa, M.C.C.; Teixeira, L.A. (2010). As campanhas educativas contra o câncer. *História, Ciências & Saúde: Manguinhos*, 17(supl.1), 223-241.
- Costa, M. C. C.; &Teixeira, L. A. (2010). As campanhas educativas contra o câncer. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17(supl. 1), 223-241.
- Couternay, W. (2009). Theorising masculinity and men's health. In: A.Broom,&PTovey. (Orgs). *Men's Health: body, identity and social context*. London; John Wiley and Sons Inc.

- Couto, M.T.; Pinheiro, T.F.; Valença, O.; Machin, R.; Silva, G.S.N.; Gomes, R.; Schraiber, L.B.; &Figueiredo, W.S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 14, 257-270.
- Dazio, E.M.R.; Sonobe, H.M.; &Zago, M.M.F. (2009). Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(5),664-669.
- D'aville, R. N. S. G. (1947). *Alerta: o perigo social dos cancerosos*. São Paulo: Ed. do autor.
- Dowswell, G.; Ismail, T.; Greenfield, S.; Clifford, S.; Hancock, B.; &Wilson, S. (2011). Men's experience of erectile dysfunction after treatment for colorectal cancer: qualitative interview study. *BMJ*, 343, 1-11.
- Elliott, R.; Elliott, C. (2005). Idealized images of the male body in advertising: a reader-response exploration. *Journal of Marketing Communications*, 11(1), 3-19.
- Fantinatti, M. (2008). Homens, ricos e heróis: os personagens masculinos do novelista Benedito Ruy Barbosa. In: M.I.G.Lucena, &Oliveira, F. (Orgs.) *Representações do masculino: mídia, literatura e sociedade*. Campinas: Alinea.
- Ferreira, J. O corpo sócnico. In: P. C.Alves, &M. C. S. Minayo. (1994). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Figueiredo, W.S. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.
- Figueiredo, W.S.; &Schraiber, L. B. (2011). Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl.1), 935-944.
- Flick, U. (2001). Interpretative social psychology. Qualitative methods in the study of Social Representations. In: F.Buschini, N.&Kalampalikis. *Penser la vie, le social, la nature*:

mélanges en l'honneur de Serge Moscovici. Paris: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed.

Galdas, P.M. (2009). Men, masculinity and help-seeking behaviour. In: A.Broom,&P. Tovey. (Orgs). *Men's Health: body, identity and social context*. London; John Wiley and Sons Inc.

Gannon, K., Guerro-Blanco, M., Patel, A.; & Abel, P. (2010). Re-construction masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. *The Aging Male*, 13(4), 258-264.

Giorgi, A. (2008). Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: J. Poupart. (Org.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes.

Goetz, E. R.; Camargo, B. V.; Bertoldo, R. B.; &Justo, A. M. (2008). Representação Social do corpo na mídia impressa. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 226-236.

Goldemberg, M. (2007). Introdução. In: M. Goldemberg. (Org.). *O corpo como capital: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira*. 2. ed. Barueri: Estação das Letras e Cores.

Goldenberg, M. (2011). Gênero, "o Corpo" e "Imitação Prestigiosa" na Cultura Brasileira. **Saúde e Sociedade**, 20(3): 543-553.

Gomes, R.; Skaba, M. M. V. F.; &Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 197-204.

Gomes, R.; Nascimento, E.F.; &Araújo, F.C. (2007). 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*, 23(3), 565-574.

Gomes, R. (2008). *Sexualidade Masculina, gênero e saúde*. Coleção: Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

- Gomes, R.; Nascimento, E.F.; Rebello, L.E.F.S.; & Araújo, F.C. (2008). As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1975-1984.
- Gomes, R.; Rebelo, L.E.F.S.; Nascimento, E.F.; Deslandes, S.F.; & Moreira, M.C.N. (2011a). A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4513-4521.
- Gomes, R.; Schraiber, L.B.; Couto, M.T.; Valença, O.A.A.; Silva, G. S. N.; Figueiredo, W. S.; Barbosa, R. M.; & Pinheiro, T.F. (2011b). O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis*, 21, 113-127.
- Gomes, R.; Moreira, M.C.N.; Nascimento, E.F.; Rebello, L.E.F.S.; Couto, M.T.; & Schraiber, L.B. (2011b). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(supl. 1), 983-92.
- Gomes, R.; Leal, A. F.; Knauth, D.; & Silva, G. S. N. (2012). Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2589-2596.
- Gordon, D.F. (1995). Testicular cancer and masculinity. In: Sabo, D.; Gordon, D.F. *Men's health and illness: gender, power, and the body*. Thousand Oaks, London New Delhi: Sage Publications.
- Grosz, E. (2000). Corpos reconfigurados. *Cadernos Pagu*, 14, 45-86.
- Harrington, J.M.; & Badger, T.A. (2009). Body image and quality of life in men with prostate cancer. *Cancer Nursing*, 32(2), 1-7.
- Herzlich, C. (2004). Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 383-394.
- Herzlich, C. (2005). A problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 15(supl), 57-70.
- International Agency for Research on Cancer - World Health Organization. (2008). Recuperado em 23 maio, 2014, de <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>

- Instituto Nacional do Câncer. (2013a). *O que é câncer*. Recuperado em 18 dezembro, 2014 de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>
- Instituto Nacional do Câncer. (2013b). *Atlas de Mortalidade por Câncer do INCA - 1979 a 2011*. Recuperado em 16 dezembro, 2013, de <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/index.jsp>
- Instituto Nacional do Câncer. (2013c). *INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014*. Recuperado em 07 janeiro, 2014, de http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014
- Insa, L. L.; Monleon, M. A. B.; & Espallargas, A. P. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedade*, 22(2), 318-327.
- Iriart, J.A.B.; Chaves, J.C.; & Orleans, R.G. (2009). Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 773-782.
- Iriart, J. A. B.; Chaves, J. C.; & Orleans, R. G. (2009). Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. *Cad. Saúde Pública*, 25(4), 773-782.
- Jardim, D. F. (1995). Performances, reprodução e produção dos corpos masculinos. In: O.F. Leal. *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Jatrana, S.; Crampton, P. (2012). Gender differences in financial barriers to primary health care in New Zealand. *Journal of Primary Health Care*, 4(2), 113-122.
- Jodelet, D. (1991). The representation of the body and its transformations. In R. M. Farr, & S. Moscovici. (Orgs.). *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jodelet, D. (1998). A alteridade como produto e processo psicossocial. In: A. Arruda, D. Jodelet, S. Jovchelovitch, G. Duveen, H. Joffe, N. Morant, D. Rose, & Guaresch, P. (Orgs.) *Representando a alteridade*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Jodelet, D. (2001). As representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Jodelet, D. (2005). Experiência e Representações Sociais. In: M. S. S. Menin, & Shimizu, A. A. (Orgs.). *Experiência e Representação Social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jodelet, D. (2006a). Le corps, la personne et autrui. In: S.Moscovici. (Org.).*Psicologie sociale des relations à autrui*. Paris: Armand Colin.
- Jodelet, D. (2006b). Presença da cultura no campo da saúde. In: A.Almeida, M. F. S.Santos, G. R. S.Diniz, &Z. A. Trindade.*Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em Representações Sociais*. Brasília: Editora UnB.
- Juberg, C.; &Macchiute, B. (2006). Um olhar sobre as revistas: o caso da divulgação em câncer. *Intercom – Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*,29(2), 119-132.
- Juberg, C.; Gouveia, M. E.; &Belisário, C. (2006). Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(2), 139-146.
- Juberg, C.; &Macchiute, B. (2007). Câncer nas Ondas do Rádio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(3), 291-296.
- Juberg, C; &Verjovsky, M. (2010). Nunca aos domingos: um estudo sobre a temática do câncer nas emissoras de TV brasileiras. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*,17(supl. 1), 149-163.
- Juberg, C.; Verjovsky, M.; Pereira, G.; &Teixeira, L. A. (2012). Perfis das notícias sobre o câncer no Correio da Manhã e no The New York Times nos anos 1931-1932 e 1948-1949. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(2), 143-152.
- Justo, A. M.; &Camargo, B. V. (2013). Corpo e cognições sociais. *Liberabit*, 19(1): 21-32.
- Krumwiede, K.A.; & Krumwiede, N. (2012). The lived experience of men diagnosed with prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*,39(5), 443-540.

- Kelly, D. (2009). Changed men: the embodied impact of prostate cancer. *Qualitative Health Research*, 19(2), 151-163.
- Kimmel, M. (1998). A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, 9(4), 103-117.
- Knauth, D.R.; Couto, M.T.; &Figueiredo, W.S. (2012). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2617-2626.
- Leal, A.F.; Figueiredo, W.S.; &Silva, G.S.N. (2012). O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 17(10), 2607-16.
- Lucena, M.I.G. (2008). A vez do homem: representações do masculino em capas de revista. In: M.I.G.Lucena, F.Oliveira. (Orgs.) *Representações do masculino: mídia, literatura e sociedade*. Campinas: Alínea.
- Machado, M.F.; Ribeiro, M.A.T. (2012). Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 16(41), 343-355.
- Malisse, S. (2002). Em busca dos (H)alteres-ego: Olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: M. Goldenberg. (Orgs). *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record.
- Malta, J. D. S.; Schall, V. T.; Reis, J. C.; &Modena, C. M. (2009). Quando falar é difícil: a narrativa de crianças com câncer. *Pediatria Moderna*, 45, 94-98.

- Malta, J. D. S.; Schall, V. T.; &Modena, C. M. (2009). O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte-MG. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55, 33-39.
- Malysse S. (2002). Em busca dos (H)alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: M. Goldenberg. (Orgs). *Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Martins, A. M.; Gazzinelli, A.P.; Almeida, S.S.L.; &Modena, C.M. (2012). Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(2), 74-87.
- Martins, A.M.; Gazzinelli, A. P. ; Lima, S. S.; &Modena, C.M. (2013a) A assistência psicológica aos homens com câncer: reflexões na perspectiva de gênero. *Revista da SBPH*, 16(1),49-69.
- Martins, A.M.; Moraes, C.A.L.; Ribeiro, R.B.N.; Almeida, S.S.L.; Schall, V.T.; &Modena, C.M. (2013b). A produção científica brasileira sobre o câncer masculino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59, 105-112.
- Martins, A.M.; Carvalho, C. A. S.; &Antunes-Rocha, M. I.(2014). Pesquisa em representações sociais no Brasil: cartografia dos grupos registrados no CNPq. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16,(1): 104-114, 2014.
- Mauss, M. (1974). Noções de técnica do corpo. In: M. Mauss. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDU/EDUSP.
- Medrado, B.; Lyra, J.; Azevedo, M.; Granja, E.; &Vieira, S. (2009). Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde. Recife: Instituto PAPAI.
- Mendonça, M.L.M. (2008). Identidade e sedução: representação do homem negro na revista Raça Brasil. In: M.I.G.Lucena, F. Oliveira. (Orgs.) *Representações do masculino: mídia, literatura e sociedade*. Campinas: Alinea.
- Mendonça, V.S.; Menandro, M.C.S.; &Trindade, Z.A. (2011). Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde. *Revista de Estudos Sociais*, 155-164.

- Mesquita, M.G.R.; Moreira, M.C.; & Maliski, S.L. (2011). "But i'm (became) different". *Cancer nursing*, 34(2), 150-157.
- Minayo, M.C.S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Miquilin, I.O.C.; Marin-Leon, L.; Monteiro, M.I.; & Correa Filho, H.R. (2013). Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1392-1406 .
- Miranda, P.S.C.; Cortes, M.C.J.W.; Martins, M.E.; Chaves, P.C.; & Santarosa, R.C. (2004). Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da Faculdade de Medicina – UFMG. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(3), 272-275.
- Modena, C. M.; Martins, A. M.; Ribeiro, R.B.N.; & Almeida, S. S. L. (2013). Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. *Revista Baiana de Saúde Publica*, 37(3), 644-660.
- Modena, C. M.; Martins, A. M.; Gazzinelli, A. P.; Almeida, S. S. L.; & Schall, V. T. (2014). Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em Psicologia*, 22(1), 67-78.
- Monteiro, M. (2001). Corpo e masculinidade na revista VIP Exame. *Cadernos Pagu*, 16, 235-266.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Moscovici, S. (2003). *Representação social: investigação em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2011). *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Nascimento, A.R.A.; Trindade, Z.A.; Gianordoli-Nascimento, I.F. (2011). Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF*, 16, 203-213.

- Nascimento, A.R.A.; Trindade, Z.A.; Gianordoli-Nascimento, I.F.; Pereira, F.B.; Silva, S.A.T.C.; & Cerello, A.C. (2011). Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte - MG. *Saúde e Sociedade*, 20, 182-194.
- Nascimento, A.R.A.; Trindade, Z.A.; Veloso, F.G.C.; Nogueira, E.L.; Vieira, G.T.; & Cezar, C.V.F. (2012). Representações sociais, gênero & saúde no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 265-276.
- National Cancer Intelligence Network. (2009). *The excess burden of cancer in men in the UK*. Recuperado em 07 março, 2013, de http://info.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@sta/documents/generalcontent/crukmig_1000ast-2748.pdf
- Oliffe, J. (2009). Positioning prostate cancer as the problematic third testicle. In: A. Broom, & P. Tovey, (Orgs). *Men's Health: body, identity and social context*. London; John Wiley and Sons Inc.
- Paiva, E.P.; Motta, M.C.; & Griep, R.H. (2010). Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 88-93.
- Paiva, E.P.; Motta, M.C.; & Griep, R.H. (2011). Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-8.
- Price, B. (2009). Understanding patient accounts of body image change. *Cancer Nursing Practice*, 8(6), 29-34.
- Prieto, L.; Silva, O. M. P.; Accioly Jr, H.; Oliveira, E. F.; & Blachman, I. T. (2005). A representação social do câncer bucal para os profissionais de saúde e seus pacientes. *Revista de Odontologia da UNESP*, 34(4), 185-191.
- Ramos, C.; Carvalho, J. E. C.; & Mangiacavalli, M. A. S. C. (2007). Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1387-1396.

- Rezende, A. M. ; Schall, V. T.; & Modena, C. M. (2009). O "Adolescer" e o Adoecer: vivências de uma adolescente com câncer. *Aletheia (ULBRA)*, 30, 1-2.
- Rocha, V. (2010). Do caranguejo vermelho ao Cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17(supl. 1), 253-263.
- Rodrigues, N.; &Cardoso, C. A. (1998). A ideia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: L. F.Duarte, &O. F. Leal (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Sá, C. P. (1993). Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, M. J. (Orgs.) *O conhecimento no cotidiano: as Representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Sant'anna, D.B. (2005). Prefácio à segunda edição. In: D.B.Sant'anna (Org.). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. 2 ed. São Paulo: Estação Liberdade.
- Schraiber, L.B.; Figueiredo, W.S.; Gomes, R.; Couto, M.T.; Pinheiro, T.F.; Machin, R., Silva, G. S. N.; & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Schraiber, L.B. (2012). Necessidades de Saúde, Políticas Públicas e Gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2635-44.
- Schwarz, E.; Gomes, R.; Couto, M.T.; Moura, E.C.; Carvalho, S.A.; &Silva, S.F.C. (2012). Política de Saúde do Homem. *Revista de Saúde Pública*, 46(supl.1), 108-16.
- SILVA, S.G. (2000). Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(3): 8-15.
- Silva, L. C. (2009). *OCuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica*. Maringá: UEM.

- Silva, F. A. C.; Andrade, P. R.; Barbosa, T. R.; Hoffmann, M. V.; & Macedo, C. R. (2009). Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Escola Anna Nery Enfermagem*, 13(2): 334-341.
- Silva, F.A. (2014). Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde – UBS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 417-428.
- Smith, J. A.; & Eatough, V. (2010). Análise Fenomenológica Interpretativa. In: G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond, & J. A. Smith. (Orgs.). *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Souza, L.M.; Silva, M.P.; & Pinheiro, I.S (2011). Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 151-158.
- Teixeira, L. A. (2009). O câncer na mira da medicina brasileira. *Revista Brasileira de História da Ciência*, 2(1), 104-117.
- Teixeira, L. A. (2010). O controle do câncer na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17(supl. 1) 13-31.
- Teixeira, L. A.; Porto, M.; & Habib, P.A.B.B. (2012). Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 2(3), 375-380.
- Teixeira, L. A.; & Fonseca, C. O. (2007). *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Tofani, A.C.A.; & Vaz, C.E. (2007). Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. *Revista Interamericana de Psicologia*. 41(2), 197-204.
- Tonelli, M.J.F.; & Muller, R.C.F. (2011). A divisão sexual do cuidado com a saúde: homens, mulheres e a economia de gênero nos significados de saúde/doença em Florianópolis/SC. In: Z.A.Trindade, M.C. S. Menandro, & C.R.R., Nascimento. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM Editora.

- Trindade, Z. A.; Menandro, M. C. S.; & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2007). Organização e interpretação de entrevistas: uma proposta de procedimento a partir da perspectiva fenomenológica. In: M. M. P. Rodrigues, P. R. M. Menandro (Org.). *Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em psicologia*. Vitória/ES: Programa de Pós -graduação em Psicologia/Editora GM, 71-92.
- Trindade, Z. A.; Santos, M. F. S.; & Almeida, A.M.O. (2011). Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: A.M.O. Almeida, M.F. S. Santos, Z.A. Trindade. *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Trindade, Z. A.; Menandro, M. C. S.; Nascimento, C.R.R.; Cortez, M.B.; & Ceotto, E.C. (2011) In: Z.A. Trindade, M.C. S. Menandro, & C.R.R., Nascimento. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM Editora.
- Vieira, C. P.; & Queiroz, C.P. (2006). Representações Sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 63-70.
- Vieira, M. C. U.; & Marcon, S. S. (2008). Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(4), 752-760.
- Vieira, K.L.D.; Gomes, V.L.O.; Borba, M.R.; & Costa, C.F.S. (2013). Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Escola Anna Nery*, 17(1), 120-127.
- Wall, D.; & Kristjanson, L. (2005). Men, culture and hegemonic masculinity: understanding the experience of prostate cancer. *Nursing Inquiry*, 12(2), 87-97.
- White, A.K.; Thomson, C. S.; Forman, D.; & Meryn, S. (2010). Men's health and the excess burden of cancer in men. *European Urology Supplements*, 9(1), 467-470.
- Whienke, C. (1998). Negotiating the male body: men, masculinity, and cultural ideals. *The Journal of Men's Studies*, 6(3), 255.

- White, A. K.; Thomson, C. S.; Forman, D.; & Meryn, S. (2010). Men's health and the excess burden of cancer in men. *European Urology Supplements*, 9(1),467-470.
- World Health Organization. (2013). *Cancer*. Recuperado em 15 dezembro, 2013, de <http://www.who.int/topics/cancer/en/>
- Wilkins, D.; Payne, S.; Granville, G.; & Branney, P. (2008) *Cancer prevention, diagnosis, treatment and survival*. The Gender and Access to Health Services Study: Final Report. London, Department of Health.
- Xavier, A. T. F.; Ataíde, M. B. C.; Pereira, F. G. F.; & Nascimento, V.D.(2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira Enfermagem*,63(6): 921-926.

APÊNDICE I - ROTEIRO ORIENTADOR DAS ENTREVISTAS

Apresentação

- 1) Apresentação do pesquisador.
- 2) Esclarecimento dos objetivos da pesquisa.
- 3) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dados do Entrevistado (Poderão ser coletados no início ou ao final da entrevista)

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| - Nome. | - Idade. |
| - Escolaridade. | - Religião. |
| - Renda. | - Filhos. |
| - Estado Civil. | - Situação Ocupacional. |
| - Tipo de neoplasia. | - Tempo de Tratamento. |

Cotidiano atual

- 1) Gostaria que você falasse um pouco sobre como é o seu dia a dia hoje.
- 2) Como você cuida da sua saúde?
- 3) Utiliza, com regularidade, algum serviço de saúde?
- 4) Como você cuida do seu corpo atualmente?
- 5) Sente-se satisfeito com o seu corpo?
- 6) Se pudesse mudar algo em seu corpo, o que mudaria?

Narrativas sobre o processo de adoecimento e tratamento oncológico

- 1) Como você descobriu que estava doente?
 - Percepção dos primeiros sintomas.
 - Alternativas para alívios de sintomas (automedicação, processos alternativos de cura, dentre outros).
 - Decisão de busca pelos serviços de saúde.
- 2) Como foi para você descobrir que estava com câncer?
 - Pensamentos e sentimentos que emergiram no momento do diagnóstico.
 - O que fez após o recebimento do diagnóstico?
- 3) Conte-me como foi pra você realizar o tratamento oncológico.
 - Explorar a história, pensamentos, sentimentos e atitudes.

Mudanças Percebidas

- 1) Gostaria que você falasse um pouco sobre como era o seu dia a dia antes do adoecimento.
- 2) Como cuidava da sua saúde?
- 3) E do seu corpo?
- 4) O que mudou na sua vida após o adoecimento e durante o tratamento?
- 5) Fazia alguma coisa antes de adoecer que durante ou após o tratamento não podia mais fazer?
- 6) Passou a fazer alguma coisa que antes não fazia e durante o tratamento passou a fazer?
- 7) Foi necessário parar de trabalhar?
- 8) Percebeu alguma mudança no que se refere à família? O que mudou?
- 9) E em relação aos seus amigos?
- 10) Percebeu alguma mudança nos relacionamentos afetivo-sexuais?
- 11) Algumas pessoas pensam que os homens vivenciam o adoecimento por câncer e o tratamento oncológico de forma diferente das mulheres. O que você pensa a respeito?

Percepção de mudanças corporais

- 1) Percebeu alguma mudança no corpo durante o processo de adoecimento?
- 2) E durante o tratamento oncológico? O que mudou em seu corpo?
- 3) Como você se sente em relação a essas mudanças?
- 4) Mudou algo na maneira como você cuidava do seu corpo após do adoecimento?
- 5) E durante o tratamento? Como cuidava do seu corpo?

Representações Sociais de “Câncer”, “Corpo” e “Corpo com Câncer”

- 1) No início desta entrevista fizemos algumas perguntas que gostaríamos de repeti-las agora, após a nossa conversa.
- 2) Se alguém te perguntasse “o que é o câncer”, o que você responderia?
- 3) E o corpo?
- 4) E se te perguntassem o que é um “corpo com câncer?”.

Perspectivas de Futuro

1) Como imagina a sua vida no futuro?

Encerramento

- 1) Gostaria de perguntar ou dizer algo que não foi perguntado?
- 2) Finalizar agradecendo.

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Representações Sociais de corpo para homens após o adoecimento por câncer.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento Tel.: (31) 3409-6278

Pesquisador Auxiliar: Alberto Mesaque Martins. Tel.: (31) 8873-5553 Email: albertomesaque@yahoo.com.br

Instituição Responsável: Departamento de Psicologia – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Minas Gerais.

Contatos: a) Prof. Dr Adriano R. A. Nascimento, Departamento de Psicologia – FAFICH – UFMG.

Av. Antônio Carlos, 6627 - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – 4º andar – Sala 4068 - Universidade Federal de Minas Gerais , Campus Pampulha – Belo Horizonte – MG, 31270-901. Tel.: (31)3409-6278. b) COEP – Comitê de Ética em Pesquisa – Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Universidade Federal de Minas Gerais , Campus Pampulha – Belo Horizonte – MG, 31270-901. Tel.: (31) 3409-4592.

Prezado senhor,

Esta pesquisa faz parte de um trabalho de Mestrado em Psicologia e tem como objetivo principal compreender como homens que fizeram tratamento oncológico pensam, sentem e agem em relação ao seu corpo. De forma mais específica, pretende-se identificar e analisar as representações sociais do corpo, sua relação com a masculinidade e os cuidados com a saúde. Tais informações podem ser úteis para subsidiar futuros projetos de pesquisa e de intervenção relacionados à atenção oncológica. Gostaríamos de convidá-lo a participar dessa pesquisa através de uma entrevista aberta que será gravada e, posteriormente, analisada pela equipe de pesquisa. O tempo médio de duração da participação tem sido de 40 minutos. Este procedimento não lhe oferece riscos físicos ou psicológicos. Está garantido o seu anonimato. Está-lhe garantida também a liberdade sem restrições de se recusar a participar, ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que disso resultem quaisquer tipos de consequências. Os dados obtidos com essa entrevista serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e elaboração de projetos de intervenção psicossocial vinculados ao Departamento de Psicologia/FAFICH/UFMG. Todos os produtos gerados por essa entrevista (transcrições) ficarão armazenados no Departamento de Psicologia/FAFICH/UFMG por um período mínimo de 02 anos, sob inteira responsabilidade do professor responsável por essa pesquisa (Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento). Informamos também que a sua participação, caso concorde com ela, tem caráter voluntário e não resultará em qualquer tipo de ressarcimento ou remuneração.

Eu _____ (nome do participante), RG _____, Órgão Emissor _____, declaro ter **COMPREENDIDO** as informações prestadas neste Termo, **DECIDO** conceder a entrevista solicitada e **AUTORIZO** sua utilização no Projeto de Pesquisa intitulado “Representações Sociais de corpo para homens após o adoecimento por câncer”.

Estando de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento em 2 (duas) vias.

Participante	Pesquisador Auxiliar
Pesquisador Auxiliar	
Belo Horizonte/MG, _____ de _____ de 2014.	