

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES -
URI CAMPUS DE ERECHIM**

LUIZ FELIPE TARTAS

**PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA SUBMETIDOS À
HORMONIOTERAPIA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

ERECHIM

2016

LUIZ FELIPE TARTAS

**PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA SUBMETIDOS À
HORMONIOTERAPIA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, Departamento das Ciências da Saúde da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim como pré-requisito parcial à obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Enf. Ms. Angela Maria Brustolin.

ERECHIM

2016

LUIZ FELIPE TARTAS

**PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA SUBMETIDOS À
HORMONIOTERAPIA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, Departamento das Ciências da Saúde da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Erechim como pré-requisito parcial à obtenção do título de Enfermeiro.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Angela Maria Brustolin – Mestre

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Erechim

Prof. Ms. Luana Ferrão – Mestre

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Erechim

Prof. Dr. Irany Achilles Denti – Doutor

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Erechim

RESUMO

O câncer de próstata é notadamente reconhecido como um problema de saúde pública, dada a sua magnitude no quadro de morbimortalidade masculina. Este estudo teve como objetivo geral, compreender a percepção que os pacientes portadores de Câncer de Próstata têm diante da doença e do tratamento hormonioterápico e como objetivos específicos identificar quais os impactos físicos, sociais e emocionais causados pelo tratamento hormonioterápico em pacientes com Câncer de Próstata, além de verificar quais as dúvidas que os pacientes submetidos à hormonioterapia possuem a cerca deste tratamento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os colaboradores do estudo foram cinco pacientes portadores de câncer de próstata que realizavam tratamento hormonioterápico em um centro de referência em oncologia UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, de um hospital da região Norte do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e foram analisados conforme análise de conteúdo temática. Através da análise proposta, emergiram três grandes categorias: Câncer de próstata: percepções acerca da doença e do tratamento hormonioterápico; Impactos físicos, sociais e emocionais causados pelo câncer de próstata e o tratamento hormonioterápico; A esperança e olhares para o futuro de pacientes portadores de Câncer de Próstata. O estudo aponta para a necessidade de construção de mais espaços de reabilitação física, social e emocional para os homens portadores de câncer de próstata em tratamento hormonioterápico, a fim de melhorar a qualidade do atendimento e do cuidado multidimensional, uma vez que os sujeitos necessitam de acompanhamento constante nesta fase da vida.

Palavras-chave: Câncer de Próstata. Tratamento. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Prostate cancer is notably recognized as a public health problem, given its magnitude in the male morbidity and mortality. The objective of this study was to understand the perception that patients with prostate cancer have before the disease and the homonotherapeutic treatment and as specific objectives to identify the physical, social and emotional impacts caused by the hormone therapy treatment in patients with prostate cancer , In addition to verifying the doubts that patients undergoing hormone therapy have about this treatment. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The study collaborators were five patients with prostate cancer who underwent hormone therapy at a reference center in oncology (UNACON) at a hospital in the North region of Rio Grande do Sul. Data were collected through a semi-structured interview and were Analyzed according to thematic content analysis. Through the proposed analysis emerged three broad categories: Prostate cancer: perceptions about the disease and hormone therapy treatment. Physical, social and emotional impacts caused by cancer? And hormone therapy in patients with prostate cancer. Hopes and looks for the future of patients with prostate cancer. The study points to the need to build more space for physical, social and emotional rehabilitation for men with prostate cancer undergoing hormone therapy, in order to improve the quality of care and multidimensional care, since the subjects need follow-up Constant at this stage of life.

Keywords: Prostate Cancer. Treatment. Nursingcare.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fluxograma para coleta de dados.....	32
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

INCA - Instituto Nacional do Câncer
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS - Organização Mundial da Saúde
CRIO – Centro Integrado de Oncologia
C - Colaborador
URPA - Unidade de Recuperação Pós-Anestésica
EPA - Exames pré admissionais
UNACON - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde (CNS)
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa – CEP
PSA – Antígeno Prostático Específico
SBU - Sociedade Brasileira de Urologia
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 CÂNCER	14
2.2 CÂNCER DE PRÓSTATA	16
2.3 TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS.....	18
2.3.1 Quimioterapia	19
2.3.2. Radioterapia	20
2.3.3 Cirurgia Oncológica	22
2.3.4 Cuidados Paliativos	23
2.3.5 Hormonioterapia.....	24
3 PER CURSO METODOLÓGICO.....	26
3.1 TIPO DE PESQUISA	26
3.2 LOCAL E PERÍODO	27
3.3 PARTICIPANTES.....	27
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	28
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
3.6 RISCOS E BENEFÍCIOS	28
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	29
3.8 COLETA DE DADOS	30
3.9 ANÁLISE DOS DADOS	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
4.1 CÂNCER DE PRÓSTATA: PERCEPÇÕES ACERCA DA DOENÇA E DO TRATAMENTO HORMONIOTERÁPICO.	34

4.2 IMPACTOS FÍSICOS, SOCIAIS E EMOCIONAIS CAUSADOS PELO CÂNCER E O TRATAMENTO HORMONIOTERÁPICO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA.....	38
4.3 A ESPERANÇA E OLHARES PARA O FUTURO DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
6 REFERÊNCIAS.....	51
7 APÊNDICES	58
8 ANEXOS.....	60

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à Deus, a esta oportunidade de escolha pelo cuidado, por permitir que todas as barreiras fossem vencidas, uma a uma, contribuindo cada vez mais para minha evolução. Por me permitir viver cada momento dessa caminhada da melhor forma possível. Por me amparar em todos os momentos e me proporcionar tantos momentos felizes!

A minha mãe, **Joana**, meu pai **Luiz**, minha irmã **Fernanda** e meu irmão **Gustavo**, por entenderem meus momentos, me apoiarem e incentivarem meus sonhos quando tudo parecia tão pesado! Por sempre estarem comigo e me amarem acima de tudo! Devo tudo a vocês minha família! Que possamos sempre estar juntos, alcançar nossos sonhos! Obrigado pelo amor, incentivo e apoio incondicional! Eu amo vocês!

A minha companheira de caminhada **Juliane**, eterna amiga, minha noiva, meu amor. Obrigado pelo carinho, pelo companheirismo, pelos mesmos sonhos, pelo incentivo em todos os momentos. Que Deus sempre abençoe nosso amor, que cada dia mais se fortaleça, e que juntos alcancemos nossos objetivos! Eu amo você!

A minha orientadora Ms. **Angela**, que dedicou muito do seu tempo. Obrigado pelos ensinamentos, atenção, amizade, dedicação, empenho e disponibilidade ao longo deste período.

A todos os meus professores que são os mais responsáveis por eu estar concluindo esta etapa da minha vida, compartilhando a cada dia os seus conhecimentos conosco.

Ao Professor **Samuel**, por sempre nos motivar em toda esta caminhada, tornando tudo que parecia tão difícil muito mais fácil e ensinar nos estágios realmente o que é saúde coletiva.

Aos meus colegas de estágio, **Alexandra**, **Degiane**, **Emanuele**, **Giovana**, **Guilherme** e **Suélen** pela troca de saberes e aprendizados, pelas gargalhadas, por todos os momentos, “aridade”, em fim com certeza estes momentos irão deixar muitas saudades.

Obrigado a todos vocês por participarem desta minha etapa, pois direta, ou indiretamente me fizeram crescer, tanto pessoalmente como profissionalmente.

*“Para tudo há uma ocasião certa; há um tempo certo para cada propósito
debaixo do céu: Tempo de nascer e tempo de morrer, tempo de plantar e
tempo de arrancar o que se plantou, tempo de matar e tempo de curar,
tempo de derrubar e tempo de construir, tempo de chorar e tempo de rir,
tempo de prantear e tempo de dançar, tempo de espalhar pedras e tempo de
ajuntá-las, tempo de abraçar e tempo de se conter, tempo de procurar e
tempo de desistir, tempo de guardar e tempo de jogar fora, tempo de rasgar
e tempo de costurar, tempo de calar e tempo de falar, tempo de amar e
tempo de odiar, tempo de lutar e tempo de viver em paz.”*

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer é apontado como uma das principais causas de mortalidade no Brasil e no mundo, portanto merece novos olhares e atenção especial por parte dos gestores e dos profissionais de saúde. Doença que apresenta-se com grande possibilidade de cura, se diagnosticada precocemente (SALES et al., 2012).

Considerado como um problema de saúde pública, o câncer de próstata merece um olhar mais aprofundado, pois a promoção da saúde, a prevenção e o diagnóstico precoce da doença, tornam-se um instrumento eficaz para a diminuição dos altos índices deste câncer favorecendo a qualidade de vida da população.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a patologia consiste em um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento maligno de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo causar metástase para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser agressivas e incontroláveis, determinando a formação de neoplasias malignas. De acordo com a estimativa de 2016, seriam registrados no Brasil 596 mil novos casos de câncer (BRASIL, 2016).

Nesta pesquisa, abordaremos o câncer de próstata e mais especificamente sobre as percepções de pacientes com neoplasia prostática submetidos ao tratamento de hormonioterapia. Os altos índices de incidência do câncer, o qual não escolhe idade, ou classe social e a falta de informação dos pacientes que realizam o tratamento, foram os motivos que motivaram a escolha deste tema.

Diante disto, no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não-melanoma. Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (BRASIL, 2016).

Além disto, pode-se destacar que o câncer de próstata está entre as morbidades que mais acomete o sexo masculino no Brasil. Desta forma, estimam-se 61.200 casos novos de câncer de próstata para o Brasil em 2016, o que corresponde a um risco estimado de 61,82 casos novos a cada 100 mil homens, elevando o câncer de próstata como um problema de saúde pública (BRASIL, 2016).

Uma das explicações para o aumento das taxas de incidência para o câncer de próstata é a progressão da expectativa de vida da população, que vem aumentando consideravelmente no Brasil. As projeções indicam que em 2025 o contingente será de 32 milhões de indivíduos, com expectativa de vida ao redor dos 75 anos. Dessa forma, o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo em relação ao número de habitantes idosos (IBGE, 2016).

Devido às estatísticas acima apresentadas, percebemos que as dimensões que envolvem a terapêutica do câncer de próstata, devam ser estudadas com mais atenção, já que, comprovadamente há resistência dos homens em realizar as práticas de prevenção, o que se configura como um dos maiores obstáculos, juntamente com a falta de informação, crenças negativas perante o câncer e seu prognóstico, além dos preconceitos e mitos relacionados aos exames preventivos, especialmente o toque retal.

Neste trabalho, os colaboradores do estudo estavam em tratamento oncológico, mais especificamente em tratamento hormonioterápico, portanto, em uma fase em que podem apresentar vários impactos físicos, sociais e emocionais devido a este processo.

Entendemos que o enfermeiro e demais profissionais da equipe multidisciplinar devam levar em consideração vários impactos causados pelo tratamento oncológico, especialmente os do tratamento hormonioterápico no câncer de próstata. A sexualidade, por vezes, pouco retratada ou abordada pelos profissionais, contudo, muito presente em se tratando desta patologia e sua terapêutica, desta forma, os profissionais de saúde podem realizar planos de assistência que englobem os possíveis impactos físicos, sociais e emocionais causados pelo tratamento.

Neste caminho, este estudo teve como objetivo geral compreender a percepção que os pacientes portadores de câncer de próstata têm diante da doença e do tratamento hormonioterápico e como objetivos específicos, identificar quais os impactos físicos, sociais e emocionais causados pelo câncer e pelo tratamento hormonioterápico em pacientes com câncer de próstata, além de verificar quais as dúvidas que os pacientes submetidos a hormonioterapia tem acerca deste tratamento.

Diante deste complexo cenário, o enfermeiro pode, a partir do conhecimento a cerca deste tema, oportunizar a abordagem de homens em situações cotidianas da assistência de enfermagem, na perspectiva da promoção da saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre os fatores de risco e medidas de prevenção relativas ao câncer de próstata, além de identificar a presença de fatores de risco, buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas à próstata e prestar assistência integral durante o processo de tratamento (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

Considerando os aspectos acima relacionados, emerge o seguinte problema de pesquisa: qual é a percepção que os pacientes portadores de câncer de próstata têm diante da doença e do tratamento hormonoterápico?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Sendo o câncer um problema de saúde pública, se faz necessário, inicialmente, entender o que de fato é esta doença e seus tratamentos, desse modo será aprofundado as seguintes temáticas: Câncer; Câncer de Próstata; Tratamentos Oncológicos para o Câncer de Próstata.

2.1 CÂNCER

A palavra câncer origina-se do grego, *karkínos*, que significa caranguejo. Foi empregada pela primeira vez por Hipócrates, conseqüentemente, não é uma doença nova e pelo fato de ter sido detectada em múmias egípcias comprova que já comprometia o homem há mais de três mil anos antes de Cristo (BRASIL, 2011).

Como já citado anteriormente, o câncer é considerado com potencial de crescimento desordenado, ou seja, maligno, e com possibilidades de comprometer outras regiões do corpo, causar metástases. Em contrapartida, o tumor benigno consiste em uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (BRASIL, 2016).

Variadas são as causas do câncer, estas podendo ser consideradas externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas incluem meio ambiente, os hábitos e costumes próprios da sociedade e da cultura. Já as causas internas comumente são geneticamente pré-determinadas, ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de diversas formas, elevando a probabilidade de malignização nas células normais (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016).

No geral, 80% a 90% dos cânceres estão vinculados a fatores ambientais. Alguns deles são popularmente conhecidos, como o cigarro que causa câncer de pulmão, e a exposição excessiva ao sol relacionada ao câncer de pele. Outros estão em estudo, como o potencial de alguns componentes de alimentos ingeridos, sendo que muitos ainda são completamente desconhecidos (BRASIL, 2016).

Outro fator de risco consiste no envelhecimento que acarreta mudanças nas células e sendo assim, o torna mais suscetível à transformação maligna. Isso, em conjunto ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por tempo prolongado aos diversos fatores de risco para câncer, explica de certa forma o motivo de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos. Por conseguinte, os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos, e atuam alterando a estrutura genética das células (BRASIL, 2016).

O processo de formação do câncer denomina-se carcinogênese e, comumente ocorre de forma lenta, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. Logo, o surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer (BRASIL, 2016). É incomum casos de cânceres que ocorrem unicamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, embora o fator genético desempenhe um importante papel na oncogênese (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2016).

Alguns fatores de riscos podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser herdados, sendo que 80% dos casos de câncer está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco (BRASIL, 2016).

Conforme a Organização Mundial da Saúde - OMS (2009), mais de 70% de todas as mortes de câncer acontecem em países de baixa e média renda, onde os recursos disponíveis para prevenção, diagnóstico e tratamento são limitados ou inexistentes. Ainda, estimou que nove milhões de pessoas morreriam de câncer em 2015 e que 11,4 milhões morrerão em 2030, por essa falta de recursos para a doença.

Segundo as estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC - International Agency for Research on Cancer), da OMS, houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, no ano de 2012. Ressalta ainda que a carga do câncer continue em elevação nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem aplicadas (BRASIL, 2016).

A estimativa para os anos 2016-2017 no Brasil indicou a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Destacamos os tipos de cânceres mais incidentes no mundo, e estes são o de pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, os mais comumente encontrados

são o de mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (BRASIL, 2016).

O Brasil exibe um quadro sanitário que relaciona enfermidades vinculadas à pobreza, típicas dos países em desenvolvimento, e enfermidades crônico-degenerativas, características destes países. Essa situação reflete as contradições do processo de desenvolvimento do País (NOGUEIRA, 2004).

Com relação as taxas de mortalidade do Brasil, o câncer é encontrado em diferentes posições, porém continuamente incluído entre as principais causas de morte, ao lado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório, afecções do período perinatal e doenças infecciosas e parasitárias (NOGUEIRA, 2004).

Evidencia-se que com exceção da Região Sul, as causas externas foram, em 1994, o segundo maior grupo de causas de morte, no Brasil, e que, na Região Norte, as afecções perinatais constituíram, neste mesmo ano, a terceira causa de morte por doença, superando as doenças infecto-parasitárias e as do aparelho respiratório (MORAES, 1997).

Atualmente, o câncer consiste na segunda causa de morte por doença no Brasil, sendo que, em 1994, as neoplasias foram responsáveis por 10,86% dos 887.594 óbitos registrados. Entre estes, 53,81% ocorreram em homens e 46,05%, em mulheres. Apenas na Região Nordeste, as neoplasias representam a terceira causa de morte por doença, consistindo de 6,34% dos óbitos atestados, ficando apenas 0,02 pontos percentuais depois das doenças infecciosas e parasitárias. Nas demais regiões, as neoplasias seguem-se às doenças cardiovasculares como causa de morte, e sua proporcionalidade aumenta conforme se desloca para o sul: 7,83% (Região Norte), 9,89% (Região Centro-Oeste), 11,93% (Região Sudeste) e 15,19% (Região Sul) (BRASIL, 2016).

2.2 CÂNCER DE PRÓSTATA

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2016), a próstata consiste em uma glândula que apenas pessoas do gênero masculino possuem, localizada na parte inferior do abdômen, abaixo da bexiga e à frente do reto. Além disso, é um órgão muito pequeno, com formato similar a de uma maçã. A próstata envolve a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada, da mesma forma, produz parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberado durante o ato sexual.

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, ficando atrás somente do câncer de pele não-melanoma. Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua incidência é seis vezes mais elevada nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (BRASIL, 2016).

Atualmente, aproximadamente 20% dos pacientes portadores de câncer de próstata são diagnosticados apenas em estágios avançados, conquanto um declínio importante ocorreu nas últimas décadas em razão de políticas de rastreamento da doença e maior conscientização da população masculina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2016).

Faz-se necessária a redução da produção do hormônio sexual masculino, a testosterona, pois esta estimula o crescimento do câncer. É possível realizar isso com o uso de medicamentos, porém, a falta de testosterona, além dos efeitos psicológicos, provoca para o homem a perda do vigor físico, diminuição da massa muscular, a desmineralização dos ossos, que pode ter como consequência a osteoporose e perda do desejo sexual. Do mesmo modo, resulta em efeitos negativos no raciocínio e na capacidade de concentração, sendo que o tratamento hormonal aumenta o risco de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2016).

É estimado como um câncer da terceira idade, pois aproximadamente três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento da incidência no Brasil pode ser de certa forma explicado pelo desenvolvimento dos métodos diagnósticos, pela melhor qualidade dos sistemas de informação e pelo aumento na expectativa de vida (BRASIL, 2016).

A Sociedade Brasileira de Urologia (2016) recomenda que homens a partir de 50 anos procurem um profissional especializado para uma avaliação individualizada, sendo que homens da raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata devem começar aos 45 anos, e aqueles com mais de 75 anos, deverá ser realizado apenas aos que apresentem expectativa de vida acima de 10 anos.

Os idosos pertencem à faixa etária com maior incidência de casos, e conforme o IBGE (2010) na última década, a proporção de pessoas acima de 60 anos no estado do Rio Grande do Sul cresceu 47%, enquanto o da população total, apenas 15%. Os idosos estão vivendo em média 75 anos, totalizando 1,4 milhões de pessoas.

Diante deste contexto, um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata é a idade. Observa-se que aproximadamente 62% dos casos diagnosticados no mundo ocorrem em homens com 65 anos ou mais, e tendo em vista o aumento da

expectativa de vida mundial, foi estimado que o número de novos casos de câncer de próstata aumentassem cerca de 60% até 2015 (BRASIL, 2016).

Fatores que determinam o risco de desenvolvimento do câncer de próstata não são bem definidos, apesar de alguns terem sido identificados. Dentre eles destacam-se além da idade avançada, a origem étnica, com maior incidência em negros e origem hereditária (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

Da mesma forma, fatores como o tabagismo, etilismo e vasectomia são citados como potenciais causadores para o desenvolvimento do câncer de próstata. Assim, mais estudos estão sendo realizados para elucidar o papel dos fatores de risco e seu potencial para o sucesso na prevenção do câncer de próstata (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011).

Sabe-se que os fatores hereditários são relevantes na determinação do risco de desenvolver esse tipo de câncer, enquanto que os fatores exógenos podem ter um impacto importante nesse risco (MEDEIROS; MENEZES; NAPOLEÃO, 2011). Dentre os que possivelmente atuam na diminuição do risco destacam-se uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, vegetais ricos em carotenoides, como por exemplo, tomate e a cenoura, grãos, cereais integrais e pobre em gordura, principalmente as de origem animal (BRASIL, 2016). Da mesma forma, outros hábitos saudáveis também são recomendados, como atividade física diária, manter o peso adequado à altura, diminuir o consumo de álcool e não fumar (BRASIL, 2011).

2.3 TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS

O tratamento do câncer pode ser realizado de diversas formas dependendo do seu tipo e estadiamento, visto que em muitos casos se faz necessário combinar mais de uma modalidade terapêutica, dentre elas cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

As opções de tratamento irão depender do tipo de câncer, do estágio da doença, idade do paciente e seu estado geral de saúde, sendo fundamental que o paciente discuta suas opções com a equipe multiprofissional (CRIO, 2016).

Conforme Smeltzer e Brunner e (2009) as alternativas de tratamento oferecidas aos pacientes com câncer deverão ser fundamentadas em metas realistas e alcançáveis para cada tipo específico da doença. As possíveis metas de tratamento podem incluir a erradicação

completa da doença maligna (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento da célula tumoral (controle) ou alívio dos sintomas associados à doença (paliativo).

Conforme estudos existem tratamentos curativos para um terço dos casos de câncer, especialmente para os cânceres de mama, colo do útero, cavidade oral e cólon, quando detectados precocemente e tratados de acordo com as melhores condições clínicas (BRASIL, 2016).

Conforme o Centro de Combate ao Câncer (2016) a definição da forma mais adequada de um tratamento para o câncer, surge da “medicina baseada em evidências”, sendo que o tratamento oncológico é individualizado, deve-se observar as necessidades e possibilidades terapêuticas de cada paciente que pode ter intenção curativa ou paliativa.

Todos devem possuir uma clara compreensão das opções e metas de tratamento. E isso inclui o paciente e sua família, sendo que a comunicação aberta e o apoio são de suma importância nas reavaliações periódicas, nos planos e metas do tratamento, em possíveis complicações da terapia, ou quando a doença progride (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

Múltiplas modalidades são comumente utilizadas no tratamento das neoplasias, como a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapias direcionadas, podem ser empregadas em variados momentos durante todo o tratamento. Compreender os princípios de cada uma delas e como elas se inter-relacionam é importante na compreensão da justificativa e das metas do tratamento (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

A seguir apresentaremos de forma mais aprofundada as modalidades de tratamento para o câncer.

2.3.1 Quimioterapia

A utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, conhecida como quimioterapia antineoplásica, possui o objetivo de tratar os tumores malignos, sendo que tornou-se uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer. Consiste em uma modalidade de tratamento sistêmico da doença, que contrasta com a cirurgia e a radioterapia (BONASSA; GATO, 2012).

Na quimioterapia os medicamentos empregados podem atingir qualquer parte do corpo por meio da corrente sanguínea. Comumente, é utilizada uma combinação de drogas, administradas por via oral ou injetadas, em ciclos, que seguem períodos de recuperação, em

média ao longo de seis meses. Após as cirurgias, ela reduz bastante o risco de reaparecimento do câncer (CRIO, 2016).

Bonassa e Gato (2012) afirmam que a quimioterapia pode ser empregada com objetivos curativos ou paliativos, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição física do paciente, podendo ser classificada como terapia curativa, terapia adjuvante, terapia neoadjuvante, e terapia paliativa, essas denominações são relacionadas ao tempo em que o tratamento será realizado e o seu objetivo.

A cada exposição do tumor a um agente quimioterápico, há a destruição de células tumorais, alternando de 20 a 99%, dependendo da dosagem. Doses repetidas de quimioterapia são imprescindíveis durante um período prolongado a fim de ser alcançada regressão do tumor. A erradicação de 100% do tumor é praticamente impossível, e ao invés disso, a meta do tratamento reside na erradicação de uma quantidade suficiente do tumor, de modo que as células tumorais restantes possam ser destruídas pelo sistema imune do organismo (SMELTZER; BRUNNER, 2009)

Bonassa e Gato (2012) classificam as quimioterapias antineoplásicas segundo a sua finalidade. A terapia curativa utiliza-se quando o tratamento sistêmico é definitivo para a doença. Já a terapia adjuvante é usada quando o tratamento sistêmico tem o objetivo de aumentar a chance de cura após determinado procedimento cirúrgico, associado ou não a radioterapia. Enquanto a terapia neoadjuvante é empregada quando o tratamento sistêmico é realizado antes do tratamento curativo, visando menor radicalidade no processo cirúrgico e ao mesmo tempo diminuindo o risco de doença à distância.

2.3.2. Radioterapia

A radioterapia consiste no emprego de radiação ionizante com a finalidade terapêutica e objetiva de atingir as células malignas, impedindo sua multiplicação e\ou determinando a morte celular. Mais de 60% de todos os tumores malignos terão indicação de irradiação no curso de sua elevação (BONASSA; GATO, 2012).

O Centro de Combate ao Câncer (2016) estima que a maioria dos pacientes com câncer são tratados com radioterapia e os resultados costumam ser positivos. Em alguns casos, a radioterapia pode ser usada em associação com a quimioterapia, tendo em vista que cada

pessoa reage de forma diferente ao tratamento, dependendo da área a ser tratada, podendo ou não surgir efeitos colaterais comuns à radioterapia.

As radiações ionizantes são eletromagnéticas ou corpusculares e carregam energia. Na interação com os tecidos, originam elétrons que ionizam o meio e produzem efeitos químicos, como, por exemplo, a hidrólise da água e a ruptura da cadeia de ácido desoxirribonucléico (DNA), sendo que a morte celular pode resultar então de diversos mecanismos (BRASIL, 2016).

O objetivo do tratamento radioterápico é interromper o crescimento celular, sendo que mais da metade dos pacientes com câncer passam por esta terapêutica em algum momento durante o processo de tratamento. A radiação pode ser usada para curar alguns tipos de câncer como o de colo de útero, bem como pode ser utilizada para controlar a doença maligna, quando um tumor não pode ser removido cirurgicamente ou quando há presença de metástase à distância, ou pode ser empregada de maneira profilática para evitar a infiltração leucêmica para o cérebro e medula espinhal (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

O Centro de Combate ao Câncer (2016) diz ainda que a radioterapia pode ser aplicada de duas maneiras de acordo com a localização do tumor elas podem ser classificadas em radioterapia externa ou teleterapia, e em braquiterapia. Na teleterapia, a radiação é emitida por um aparelho direcionado ao local a ser tratado. Já na braquiterapia, os aplicadores são colocados próximo ao tumor a ser tratado, sendo que esse tratamento é feito no ambulatório de uma a duas vezes por semana e pode requerer anestesia.

O avanço tecnológico atual, permite o desenvolvimento de modernos equipamentos, que possibilitam a escolha de diferentes tipos de radiação, com diferentes energias, para o tratamento de tumores. Esses avanços possibilitam o uso de radioterapia com planejamento em 3D, que permite esculpir a dose desejada ao redor do alvo, e a nodulação de feixes de radiação que permitem escalonamento da dose dentro do campo a ser irradiado (BONASSA; GATO, 2012).

A resposta da neoplasia à radioterapia depende de fatores como: sensibilidade do tumor à radiação, sua localização e oxigenação, bem como a quantidade e qualidade da radiação e o tempo total em que ela é aplicada. Normalmente, a dose total de radiação a ser administrada ao paciente é fracionada em doses diárias semelhantes, para que o efeito biológico alcance uma maior quantidade de células neoplásicas e a tolerância dos tecidos seja respeitada (BRASIL, 2016).

O Enfermeiro em radioterapia tem um amplo campo de trabalho, na área administrativa, assistencial e educacional. Necessita, não só adquirir conhecimentos teóricos sobre física, rádio biologia, fisiopatologia, oncologia, ter raciocínio clínico, bem como ter a prática para atuar de maneira precisa e atender as expectativas da equipe multiprofissional e também do paciente (BONASSA; GATO, 2012).

2.3.3 Cirurgia Oncológica

A cirurgia oncológica tem renovação dinâmica e constante de conceitos, sendo que sua história se funde com a história da anestesia e da antissepsia, pois dependeu de progressos em várias áreas para se desenvolver plenamente. Em 1809, Willian Halsted elucidou a ressecção em conjunto do tumor com margens de segurança e com a inclusão dos linfonodos vizinhos. Com o conhecimento dos vários tipos de câncer, a cirurgia oncológica evoluiu para permitir com segurança a realização de operações cada vez mais conservadoras, propiciando melhores resultados estéticos e mais qualidade de vida (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

O procedimento cirúrgico possui períodos, e este inicia-se pela fase pré-operatória quando se toma a decisão de prosseguir com a intervenção cirúrgica e termina com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

As atividades de enfermagem durante esse período envolvem a avaliação do paciente por meio de uma entrevista pré-operatória, que exame físico e emocional, história clínica e anestésica prévia e a identificação dos problemas genéticos ou alergias conhecidos que possam afetar o resultado cirúrgico. Deve-se garantir que os exames necessários foram ou serão realizados, providenciar os pertences apropriados e promover o ensino sobre a recuperação da anestesia e cuidados pós-operatórios (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

A fase intraoperatória tem início na transferência do paciente à sala de cirurgia e termina com a admissão na sala de recuperação pós anestésica. Nessa fase, as atividades de enfermagem incluem o fornecimento de segurança do paciente, a manutenção de um ambiente asséptico, a garantia do funcionamento apropriado do equipamento, o provimento do equipamento e instrumentos específicos no campo cirúrgico para o cirurgião, elaboração apropriada dos registros e principalmente o apoio emocional ao paciente como segurar-lhe a mão durante a indução da anestesia geral (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

A fase pós-operatória começa com a admissão do paciente na sala de recuperação pós anestésica e termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou em casa. Os cuidados de enfermagem nesse período cobrem uma ampla gama de atividades (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

Para Smeltzer e Brunner (2009) o pós-operatório inicia-se com os períodos pós-anestésico e pós-operatório imediato, nos quais o paciente está se recuperando dos efeitos anestésicos. O pós-operatório tardio consiste no tempo de cicatrização e prevenção das complicações após cirurgia.

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenção ou no tratamento de complicações. A prevenção destas, promove rápida recuperação, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

O tratamento cirúrgico permanece como o método de tratamento ideal e mais utilizado, é um método definitivo para a identificação das características celulares que influenciam nas decisões de tratamento podendo ser o método definitivo do tratamento ou ser profilática, paliativa ou reconstrutora (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

2.3.4 Cuidados Paliativos

Quando a cura não é possível, as metas do tratamento são fazer com que o paciente fique o mais confortável, promovendo uma vida satisfatória e produtiva enquanto for possível. A cirurgia paliativa é realizada em uma tentativa de aliviar as complicações do câncer, como as ulcerações, obstruções, hemorragia e dor. A comunicação honesta e informativa é essencial para evitar a falsa esperança e o desapontamento (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

Cuidados Paliativos, segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), consistem numa abordagem da melhora de qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, em face aos problemas associados às doenças com risco de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Os cuidados paliativos devem iniciar no momento em que seja estabelecido pela equipe multidisciplinar em saúde o diagnóstico de doença fora de possibilidade de cura, observando o curso da doença, regredindo a terapêutica curativista e iniciando a terapêutica

paliativa, sendo que nos momentos finais da vida, assumirá o espaço significativo no cuidado a família, até o momento da morte (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

A abordagem do paciente em cuidados paliativos é regida por alguns princípios. Deve-se atentar para o alívio da dor do paciente, bem como para o de qualquer outro sintoma que prejudique a qualidade de vida. As ações são centradas no paciente e na família, portanto, ressalta-se a importância das decisões tomadas em conjunto e da parceria com a família, devendo esta ser bem informada sobre o curso da doença, possibilidades de tratamento e questionada sobre expectativas e preferências (CESNIK; SANTOS, 2012).

Cuidar de pessoas que se encontram em processo de terminalidade, fora da possibilidade de cura envolve atos de humanismo e competências e habilidades relativas ao relacionamento interpessoal para que se tenham condições de compreender e ajudar a pessoa e sua família no contexto da doença e também na morte, proporcionando um cuidado digno nesse momento tão difícil e por vezes temido (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

Determinados grupos de pacientes tem indicação de cuidados paliativos de forma bem precoce durante o curso de tratamento, por características sociais e/ou pessoais. Por exemplo: controle difícil da dor, abuso de álcool, alterações psiquiátricas, graves comorbidades, discordância familiar, suporte social insuficiente (CESNIK; SANTOS, 2012).

2.3.5 Hormonioterapia

A hormonioterapia é uma das modalidades terapêuticas empregadas para tratar pessoas com câncer. E tendo em vista, que muitos cânceres surgem em locais que são estimulados normalmente por estes hormônios, como a mama e a próstata, que em controvérsia as células cancerígenas usam estes hormônios para estimular o seu crescimento e avanço, a hormonioterapia visa utilizar remédios para bloquear a ação desses hormônios e evitar que eles estimulem as células do câncer a crescer, sendo que a falta deste poderá acarretar o mau funcionamento dos locais do corpo que estão saudáveis (HOSPITAL DO CÂNCER BARRETOS, 2016).

A terapia hormonal, também denominada de terapia de privação de andrógeno ou terapia de supressão androgênica, objetiva a redução do nível dos hormônios masculinos (andrógenos), no corpo. Os principais andrógenos são a testosterona e a diidrotestosterona (DHT), sendo produzidos pelos testículos. Reduzir os níveis de andrógenos ou impedi-los de

atuar nas células cancerígenas da próstata muitas vezes faz com que os tumores diminuam de tamanho ou cresçam mais lentamente por um tempo. A hormonioterapia não cura o câncer de próstata, no entanto, auxilia no tratamento (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016).

A hormonioterapia não tem objetivo curativo quando usada isoladamente, sendo usual sua associação, com a quimioterapia no câncer de mama e do sistema hemolinfopoético, com a cirurgia no câncer de endométrio e com a radioterapia no câncer de próstata e pode ser indicada para tratamento paliativo de metástases ósseas de tumores hormônio-sensíveis (BRASIL, 2016).

Segundo o Instituto Oncoguia (2016) a terapia hormonal pode ser utilizada em várias situações, quando o paciente não pode realizar cirurgia ou radioterapia, ou se a doença não pode ser curada por estes procedimentos, pois o câncer já se disseminou além da próstata. Em outros casos, se o câncer não foi totalmente curado ou recidivou após a cirurgia ou radioterapia, também antes da cirurgia ou radioterapia para tentar reduzir o tamanho do tumor, e como complemento à radioterapia, se o paciente tem um alto risco de recidiva.

A falta dos hormônios andrógenos, pode acarretar em sintomas adversos como diminuição ou ausência da libido, impotência, ondas de calor, diminuição dos testículos e do pênis, sensibilidade do tecido mamário, osteoporose, anemia, diminuição da agilidade mental, perda de massa muscular, ganho de peso, fadiga, aumento do colesterol e depressão (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016).

Vieira (2008) enfatiza que o enfermeiro é um profissional de grande importância, na prevenção do câncer de próstata, pois está sempre envolvido em processos educativos em saúde e em assistências preventivas. O profissional de enfermagem deve então, planejar e avaliar a assistência oferecida à população masculina visando alcançar o bem-estar e melhores condições para manutenção da saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste percurso metodológico serão apresentadas as formas pelas quais a pesquisa foi realizada, a partir das contribuições da pesquisa qualitativa.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Considerando que este estudo teve como objetivo geral compreender a percepção que os pacientes portadores de câncer de próstata têm diante da doença e do tratamento hormonioterápico, a opção metodológica foi pela abordagem qualitativa, descritiva exploratória.

Minayo (2013) afirma que a metodologia qualitativa preocupa-se com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes decorrentes da ação humana apreendidos no cotidiano de experiências e da descrição de pessoas que vivenciam determinados fenômenos. Além de desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referente a grupos particulares o que propicia a construção de novas abordagens revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Minayo (2012) orienta substantivos, que devem permear a pesquisa qualitativa: experiência e vivência, sendo que a experiência está relacionada à compreensão do ser humano sobre si e seu significado no mundo da vida e por conseguinte alimenta a reflexão e se expressa na linguagem já a vivência é produto da reflexão pessoal sobre as experiências, sendo assim, embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única, como no caso dos colaboradores desta pesquisa.

3.2 LOCAL E PERÍODO

A pesquisa teve como cenário a cidade de Erechim, no estado do Rio Grande do Sul, e, posteriormente, o ambulatório de oncologia UNACON (Unidade de Alta Complexidade em Oncologia), referência desta cidade. O município de Erechim está localizado no norte do estado, na região do Alto Uruguai, pertence a 11ª CRS Coordenadoria Regional de Saúde e a 16ª Região de Saúde. Tem por limites municipais, Norte: Aratiba e Três Arroios, Sul: Getúlio Vargas e Erebangó. Leste: Gaurama e Áurea, Oeste: Paulo Bento e Barão de Cotegipe. Foi colonizado pela cultura polonesa, italiana, alemã e israelita (IBGE, 2016).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2010), a população da cidade é composta por 96.087 habitantes, sendo que foi realizada uma estimativa que em 2015 a cidade estaria com 102.345 habitantes.

Os dados foram coletados no Serviço de oncologia de um hospital público do norte do Rio Grande do Sul entre os meses de setembro a outubro de 2016.

Sua atuação, integrado aos serviços clínicos, cirurgia oncológica e quimioterapia permitem a Fundação Hospitalar Santa Terezinha prestar atendimento integral aos pacientes portadores de Câncer, oferecendo diagnóstico preciso e segurança no tratamento. O Centro conta com a alta tecnologia, pois utiliza um aparelho Acelerador Linear de 5 MV de Radiação Ionizante Mitsubish para aplicação de radioterapia (FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA, 2016).

O serviço de quimioterapia da Fundação Hospitalar Santa Terezinha dispõe moderna estrutura física, entre elas a sala de preparo de quimioterápicos com capela de fluxo laminar, consultórios, sala para administração de quimioterápicos de curta e longa duração de adultos. Atualmente são atendimentos 79 municípios da região norte do estado do RS (FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA, 2016)

3.3 PARTICIPANTES

Os colaboradores do estudo foram cinco pacientes portadores de câncer de próstata que estavam em tratamento hormonioterápico em um centro de referência em oncologia (UNACON) em um hospital da região Norte do Rio Grande do Sul.

Entendemos que numa abordagem quantitativa definida a população, busca-se um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar. Numa busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 2013).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão para a pesquisa seguem abaixo:

- Aceitar fazer parte da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de uso de voz;
- Ser do sexo masculino com faixa etária a partir de 40 anos;
- Ter comprovação do câncer de próstata por meio de biópsia;
- Ter conhecimento do diagnóstico e do tratamento realizado;
- Estar em tratamento hormonioterápico há pelo menos dois meses.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão estão descritos abaixo:

- Desmarcar o encontro da entrevista por mais de três vezes;
- Não estar realizando tratamento hormonioterápico no momento da coleta de dados.

3.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa pode apresentar risco ao participante, ou seja, no momento da aplicação da pesquisa (entrevista) é possível que o colaborador sinta-se incomodado diante de algumas questões relacionadas ao processo de tratamento oncológico para o

câncer de próstata, bem como, podem surgir sentimentos e emoções relacionadas às dificuldades que o colaborador possa estar vivenciando nesta fase.

Portanto, a fim de minimizar estes possíveis eventos o pesquisador, ao perceber desconforto emocional por parte do entrevistado deverá interromper de forma sutil a entrevista, ou mesmo, direcioná-la para outro momento. Desta forma, entendemos e respeitamos as condições emocionais do entrevistado, agindo de forma sensível, empática e ética.

A pesquisa pode trazer benefícios na medida em que o aprofundamento do tema proposto poderá permitir a sistematização do cuidado a estes pacientes e gerar propostas de intervenções terapêuticas e estratégias para uma assistência multidisciplinar para os homens que enfrentam o câncer de próstata.

Além disto, os achados desta pesquisa podem subsidiar orientações e intervenções por parte do enfermeiro e demais integrantes da equipe multidisciplinar por meio de medidas preventivas que causem menos impactos negativos durante o tratamento hormonioterápico, considerando as percepções, crenças e níveis de informação dos homens, a fim de que estratégias sejam pensadas ou repensadas para melhoria da qualidade da assistência nesta etapa de vida. O trabalho também terá benefícios para o meio acadêmico, pois tem-se a intenção de publicar os resultados obtidos por meio de artigos e apresentação em eventos científicos.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa segue as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI/Erechim e aprovado sob número 1.717.456 (ANEXO E). Para tanto, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de uso de voz (ANEXO D) em duas vias, o qual foi apresentado, lido e discutido com cada participante sobre: tema, problema, objetivos, justificativa e demais aspectos éticos. A pesquisa não envolveu nenhum ônus ou bônus para as partes envolvidas. Após a concordância, foram assinados os termos em ambas as partes, onde uma via ficou de posse dos pesquisados e outra sob a responsabilidade do pesquisador.

Os colaboradores foram informados sobre a finalidade do trabalho e que a participação não implicaria em nenhum ganho ou perda financeira. Também, foi garantindo o anonimato do colaborador, a confidencialidade das informações e o direito de liberdade dos colaboradores de aceitar ou não participar do estudo.

As identidades dos colaboradores foram preservadas. Desta forma, foram identificados pela sigla C de Colaborador. Durante todo o estudo foram respeitadas as recomendações da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

3.8 COLETA DE DADOS

Depois de cumpridos os procedimentos éticos para que a autorização da pesquisa com seres humanos e posterior autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI/Erechim (ANEXO E) foi encaminhado para a instituição hospitalar onde foi realizado a pesquisa, o termo de autorização da instituição (ANEXO A) e o termo de autorização para utilização do espaço físico da instituição (ANEXO B).

Após a autorização da instituição hospitalar para a realização da pesquisa, onde por meio de contato telefônico, foi marcado uma breve reunião com a Enfermeira Coordenadora do setor de referência em oncologia, a fim de entrega e assinatura do termo de autorização (ANEXO C), apresentado tema da pesquisa, justificativa, objetivos e a forma de coleta de dados, o termo foi devidamente assinado pela mesma.

Posterior a este momento, foi realizada a busca dos potenciais colaboradores do estudo, mediante os critérios de inclusão e exclusão e verificado a data em que seu retorno estava agendado, para o tratamento.

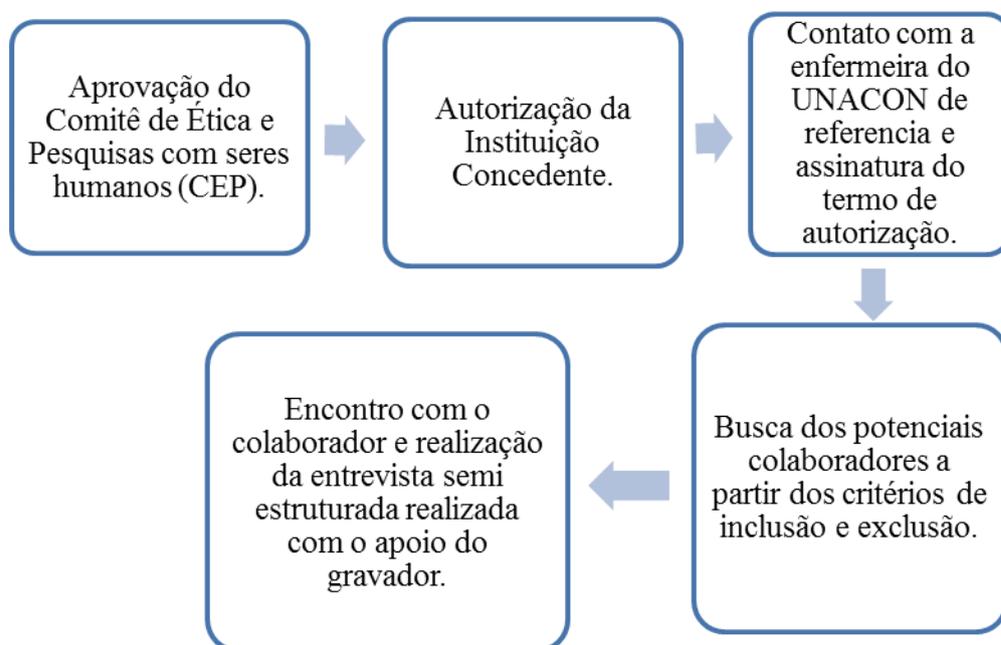
A partir desta etapa inicial, realizou-se, o primeiro encontro com o potencial colaborador da pesquisa, onde apresentado o tema, os objetivos do estudo, confiabilidade dos dados, como também do modo de aplicação e o destino dos dados obtidos, este, estando de acordo, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a autorização do uso de gravador de voz (ANEXO D) em duas vias, uma entregue para o participante e outra para pesquisador. Com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de uso de voz, assinado pelo paciente, foi realizada a coleta de dados, por

meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). A entrevista foi realizada em uma sala desta unidade, definida pela enfermeira responsável, a fim de propiciar um ambiente calmo e sem ruídos para que a coleta dos dados seja realizada de forma tranquila e sem interrupções.

Inicialmente, depois de explicado ao colaborador sobre a pesquisa e os termos assinados, foi explicado o motivo do uso do gravador, este foi posicionado e a coleta de dados, desta forma, foi realizada. No final desta etapa o pesquisador, agradeceu o colaborador pelo tempo e atenção a ele concedidos, a fim de que o mesmo pudesse sentir a importância que sua contribuição trará para a pesquisa.

Segundo Minayo (2012) é primordial consolidar uma relação de respeito efetivo com as pessoas que se vai interagir. Ainda, destaca como importante a forma de apresentação do estudo aos participantes da pesquisa. Trata-se de estabelecer uma relação de troca, em que o participante deve ser esclarecido acerca do que se investiga e as possíveis repercussões favoráveis desse processo. Desta forma, é preciso ter em mente que a busca das informações que se pretende obter está inserida num jogo cooperativo, em que cada momento é uma conquista baseada no diálogo que foge à obrigatoriedade.

Para detalhar de forma mais compreensiva o percurso da coleta de informações, apresentamos o fluxograma a seguir:



Fonte: Elaboração do autor (2016).

3.9 ANÁLISE DOS DADOS

Como método de análise das informações, optou-se pela análise de conteúdo temática (MINAYO, 2013). Fazer uma análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença signifique algo para o objeto analítico visado. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2013).

Operacionalmente, análise temática, proposta por Minayo (2013), desdobra-se em três etapas. A primeira etapa foi a de pré análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. As seguintes tarefas são decompostas na fase de pré-análise: primeira, a leitura flutuante, pois é o momento da leitura exhaustiva das transcrições; para tanto, requer que o

pesquisador tome um contato direto e intenso com o material do campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A segunda tarefa constituição do corpus: deve contemplar as normas da validação qualitativa, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A terceira etapa refere-se à formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: requer uma leitura exaustiva do material; nesta, os procedimentos exploratórios devem ser valorizados para que a riqueza do material de campo não seja obscurecida pelo tecnicismo, torna-se importante, também, a reformulação de hipóteses, correção de rumos interpretativos e novas indagações (MINAYO, 2013).

Ainda nesta etapa de pré-análise, determinam-se as unidades de registro, as unidades de contexto e os recortes, assim como as formas de categorização, codificação e conceitos teóricos gerais.

A segunda etapa da análise temática consistiu na exploração do material, em que foi realizada a categorização, que consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas e a terceira etapa é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta etapa, os pesquisadores propõem inferências e realizarão interpretações, interrelacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente e, mesmo, abrindo pistas em torno de novas dimensões teórico e interpretativas (MINAYO, 2013).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nas páginas a seguir, apresentaremos os três capítulos que emergiram por meio da interpretação e análise das informações e dados obtidos por meio das transcrições das entrevistas e a partir do referencial metodológico centrado na análise de conteúdo temática. As subcategorias encontram-se destacadas em negrito no decorrer do texto.

Os participantes deste estudo foram identificados pela letra C de colaborador. Participaram deste estudo, cinco homens portadores de câncer de próstata submetidos ao tratamento hormonioterápico, com faixa etária entre 60 a 85 anos, destes três são casados, um viúvo e outro solteiro. Os cinco colaboradores não completaram o ensino fundamental. A média de tempo de tratamento varia de seis meses à 15 anos. Todos os entrevistados relataram estar cientes de seu diagnóstico e tipo de tratamento.

Na primeira categoria, serão apresentadas e discutidas as percepções que os portadores de câncer de próstata têm diante do da doença oncológica e do tratamento hormonioterápico, serão abordados o medo da morte, o e as dúvidas com relação ao câncer de próstata e ao tratamento hormonioterápico. A segunda categoria tratará dos impactos físicos, emocionais e sociais, causados pelo câncer durante e pelo tratamento hormonioterápico.

E por fim na terceira categoria, serão apresentadas e discutidas as formas pelas quais os colaboradores enfrentam e encaram o tratamento oncológico.

4.1 CÂNCER DE PRÓSTATA: PERCEPÇÕES ACERCA DA DOENÇA E DO TRATAMENTO HORMONIOTERÁPICO.

Nesta categoria serão abordadas as percepções acerca do diagnóstico do câncer de próstata e do tratamento hormonioterápico. Ao receberem o diagnóstico desta patologia, os colaboradores do estudo relatam sentimentos de **medo da morte**, de acordo com as falas a seguir:

“Quando consultei e me falaram que eu tinha câncer de próstata, pensei que minha vida seria curta, eu tinha um vizinho que tinha problema na próstata e em poucos meses ele morreu, tinha outro que morreu também, eu acho que eles não tinham ainda essas descobertas como tem hoje, daí fiquei meio apavorado ao mesmo tempo, não me assustei, porque se não é hoje é amanhã que gente tem que ir. (C1)”

“Eu sei que câncer se não curar, mata, até hoje os médicos o que me informaram que minha doença tá tranquila, fui fazendo os exames tudo certinho, hoje meu PSA tá baixinho. (C5)”

O diagnóstico de câncer possui um efeito devastador na vida da pessoa, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, ou pelo medo da morte, pelas muitas perdas, nas esferas emocional e social (SILVA, 2008).

Embora ocorreram avanços da medicina nas últimas décadas em relação ao tratamento do câncer, como procedimentos cirúrgicos e farmacológicos e o advento da radioterapia e a hormonioterapia, ainda assim o câncer carrega o estigma de doença fatal, principalmente, se não houver acesso ao tratamento (BORGES et al., 2006).

Ainda, na atualidade, o câncer é apontado como uma declaração de morte, sendo esta representação construída sob imagens de vergonha, de castigo divino, da zona de silêncio para se falar na doença, de responsabilização do doente e de uma doença cercada de estigmas (BELINELO, 2014).

De acordo com Silva, Aquino e Santos (2008), ser diagnosticado com câncer corresponde a uma experiência dramática, inesperada e chocante, que leva o ser humano a ficar diante do mais primitivo dos seus medos – o medo da morte. Esse medo de morrer é decorrente de uma representação da doença, que culturalmente foi construída de que o câncer leva à morte, provocando assim o medo proveniente do prenúncio do fim, como evidente na fala dos colaboradores deste estudo.

Com relação ao **conhecimento relacionado ao câncer de próstata**, identifica-se que os colaboradores apresentam informações restritas como verifica-se nas falas a seguir:

“Olha sinceramente eu não sei dizer nada, por informação dos outros que sei dessa doença, meu pai faleceu do câncer, minha filha também teve câncer. (C4)”

“Não tenho nenhum conhecimento sobre a doença que tenho. (C5)”

De acordo com o perfil dos colaboradores deste estudo, a falta de informação sobre a prevenção ou sobre o tratamento do câncer de próstata a baixos níveis de escolaridade indicam que a desinformação atinge com maior intensidade a população masculina com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico, demandando ações educativas voltadas, principalmente, para este grupo (GOMES et al., 2008).

Complementando, o perfil dos colaboradores deste estudo, idosos, com baixo nível de escolaridade, a análise da escolaridade demonstra situação desfavorável. Corroborando com o estudo de Paiva, Motta e Griep (2011) que associa a falta de informação sobre a prevenção ou sobre o tratamento do câncer de próstata a baixos níveis de escolaridade e apontam que a desinformação atinge sobretudo, a população masculina com menor nível de escolaridade e poder socioeconômico, o que demanda ações educativas voltadas principalmente para esse grupo.

No tratamento do câncer as principais terapias utilizadas são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia citotóxica. Nas últimas décadas a hormonioterapia que utiliza moduladores que inibem a ação de hormônios e que agem na proliferação e na diferenciação celular (ALVARENGA et al., 2014).

Desta forma, com relação ao **conhecimento acerca tratamento hormonioterápico**, os colaboradores apresentaram nenhuma informação e informações restritas e pouco consistentes no que se refere a este tipo de tratamento:

“Com relação ao tratamento dos hormônios, eu não sei coisa nenhuma, aí explicaram que era pra diminuir os hormônios, só isso que eu sei. (C1)”

“Não tenho nenhum conhecimento com relação ao tratamento que estou realizando, única coisa que após o início dessas injeções, eu estou me sentindo melhor. (C2)”

“Comecei fazer as aplicações de injeções no lado do umbigo, depois que terminei a radioterapia, já fiz umas 5 aplicações, tem gente que se queixa muito de tomar as injeções no umbigo, eu não. (C3)”

“Ah o Dr. aquele, a enfermeira que trabalha com ele, me falaram, de algum que outro sintoma, calor, suador, mas problemas até, como que vou dizer, de diminuir a potencial sexual. (C5)”

As orientações sobre o processo de tratamento e o cuidado humanizado oferecido pelos profissionais de saúde representam uma estratégia que os colaboradores portadores de câncer de próstata submetidos ao tratamento **hormonioterápico** podem

ter para enfrentar todo o processo de tratamento realizado, minimizando o sofrimento de viver com câncer.

O apoio e a disponibilidade do profissional geram um sentimento de acolhimento e segurança fundamental para que se concretize essa relação interpessoal entre o idoso com câncer, os profissionais e a família. Dessa forma, a empatia que se estabelece no processo de tratamento está associada também ao respeito mútuo, aos saberes e ao reconhecimento de seus papéis, já que a comunicação se dá por meio daquilo que nos faz sentido, ou seja, a pessoa ouve a mensagem e a traduz conforme o seu contexto sociocultural. A competência e a sensibilidade do profissional na identificação das reais necessidades do paciente são essenciais para que a informação seja utilizada como um mecanismo de cuidado para enfrentar tratamento (RODRIGUES et al., 2014).

Em estudo com pacientes em tratamento oncológico, observou-se que a falta de orientação ao paciente e seu cuidador na unidade oncológica gera estresse, preocupação e insegurança em relação à sua situação de saúde e tratamentos realizados (SOARES; KLERING; SCHWARTZ, 2009). A complexidade do cuidado a ser realizado no idoso com câncer, como é o caso dos colaboradores deste estudo, requer que estes recebam maior aporte de informações, a fim de lidar com as diversas situações decorrentes da doença. Segundo Rodrigues et al., (2014) acredita-se que esse apoio adequado favorece a criação de vínculos entre família, paciente e profissionais, estabelecendo uma relação fundamental para a efetividade do tratamento e superação dessa fase, minimizando os quadros de sofrimento.

Existe uma crescente preocupação de que a hormonioterapia no câncer de próstata pode causar problemas de concentração ou memória. Estudar os possíveis efeitos da hormonioterapia sobre a função cerebral é difícil, pois outros fatores podem alterar o funcionamento do cérebro. Por exemplo, o câncer de próstata e problemas de memória se tornam mais comuns quando os homens envelhecem. Para os homens que eventualmente precisem da terapia hormonal, como aqueles cujo PSA aumentou após a cirurgia ou radioterapia ou aqueles com doença avançada assintomáticos, acredita-se que a hormonioterapia tem melhores resultados se iniciada o mais precocemente possível, mesmo para aqueles que não apresentam qualquer sintoma. Alguns estudos mostraram que o tratamento hormonal pode abrandar a doença e até aumentar a sobrevida (ONCOGUIA, 2016).

Para Panobianco *et al.* (2012), o enfermeiro pode representar uma importante fonte de conforto e suporte durante o período de tratamento oncológica. A informação ao paciente com câncer, e do mesmo modo aos seus familiares consiste em permitir a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los, identificando áreas potencialmente problemáticas, auxiliando o paciente a identificar e mobilizar formas de ajuda, informações, busca de soluções dos problemas, permitindo tomadas de decisões sobre o tratamento proposto, e por fim, transmitindo a importância do autocuidado dentro do possível.

4.2 IMPACTOS FÍSICOS, SOCIAIS E EMOCIONAIS CAUSADOS PELO CÂNCER E O TRATAMENTO HORMONIOTERÁPICO EM PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA.

Nesta categoria apresentaremos as percepções dos colaboradores, no que se refere aos impactos físicos, emocionais e sociais, causados pelo câncer e o tratamento hormonioterápico, bem como as possibilidades de intervenções de enfermagem para esta etapa de vida.

Entre as diversas formas de tratamento do câncer de próstata, a terapia de bloqueio androgênico ou hormonioterapia é uma modalidade consagrada nos pacientes com doença metastática ou localmente avançada, que provavelmente resulta em aumento de sobrevida. No entanto, este tratamento pode causar consequências adversas, como osteoporose, disfunção sexual, ginecomastia e anemia (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Diante disto, no que se relaciona aos **impactos físicos relacionados ao tratamento hormonioterápico** os colaboradores C2 e C3 relataram sentimento de bem estar e de ausência de sintomas:

“Nunca senti nada, nas radioterapias, nem agora com as injeções, sempre me alimentei bem, encaro esta doença de maneira positiva, sou forte. (C2)”

“Me sinto bem fisicamente, nunca sofri pra urinar, minha urina nunca deu sinal diferente, tem gente que sofre as vezes para urinar, eu não, nunca senti nada, me sinto muito bem! (C3)”

O tratamento hormonioterápico apresenta diversos efeitos colaterais, porém entende-se que saúde não significa apenas não estar doente, mas alcançar o estado de satisfação e plenitude consigo e com a vida. A qualidade de vida relacionada à saúde é avaliada com base em dados objetivos e subjetivos aplicados às pessoas reconhecidamente doentes do ponto de vista físico, referindo-se ao grau de limitação associada ao desconforto que a doença e/ou sua terapêutica acarretam (SANTOS DE SANTANA; BORGES; BARROS, 2015).

A subjetividade perante ao câncer e seu tratamento trata-se de fatores individuais de cada colaborador, desta forma, concordamos com Mori e Rey (2012) quando afirmam que a posição assumida ante o processo de adoecimento é, em grande parte, resultado dos recursos subjetivos da pessoa e, por sua vez, tem impacto nos processos de subjetivação. Assim, ser sujeito da doença não significa que a pessoa negue sua condição, mas que, ante um processo que muitas vezes a limita, não perca seu interesse pela vida.

Por outro lado três colaboradores (C2, C4 e C5) apresentaram sintomas de **fogachos e fadiga**, como verifica-se nas falas a seguir

“Sinto calorões também. (C2)”

“Tenho calorões, sinto muito calor e me sinto muito mais cansado por causa do tratamento. (C4)”

“Tenho fraqueza nas pernas, eu gosto de caminha, eu caminho lá fora no interior, nas lavora, então eu diminuí um pouco de caminhada. (C5)”

Em estudo com 140 idosos com câncer submetidos a tratamento oncológico ambulatorial, a fadiga foi elevada, sendo identificada em 42,9% da amostra. Os resultados do estudo referem-se à fadiga como problema relevante nos pacientes idosos oncológicos, o que deve direcionar a atenção dos profissionais da saúde no sentido do seu adequado reconhecimento. A interpretação negativa que o idoso atribui ao sintoma, embora nem sempre se manifeste em forma de queixa espontânea, também pode contribuir para a maior preocupação com intervenções que visem o adequado manejo desse problema (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2014).

Para auxiliar o paciente em relação ao enfrentamento da fadiga, o profissional de saúde pode orientar atividades educativas para o seu manejo e promover orientações quanto às medidas de prevenção da mesma. Como exemplo, cita-se a prática de repouso habituais, atividades de alongamento e movimentação corporal, massagens de relaxamento e técnicas holísticas de meditação, acupuntura, entre outras (SILVA; GORINI, 2012).

Os impactos físicos relacionados às **disfunções sexuais** foram relatados de forma recorrente pelos colaboradores. Os hormonioterápicos causam disfunções eréteis e inatividade sexual, desta forma, os colaboradores trazem à tona aspectos relacionados a esse efeito colateral a os associam, também, à idade, como evidencia-se nos relatos a seguir:

“No começo do tratamento mudou, não consegui mais manter relação sexual procurei o doutor, ele me deu um reforço, mas não consigo fazer mais nada. Estou velho também. (C3)”

“Eu não tenho necessidade de fazer isso, já estou velho, eu já estou dispensado disso, a três anos estou nessa base, então pra mim ficar sem e pronto, porque não funciona mesmo. (C4)”

A resposta sexual pode sofrer interferências de vários fatores, como a presença de doenças crônicas, uso de medicamentos que inibem a libido, alterações fisiológicas, cirurgias, estados emocionais negativos e a idade em pacientes com câncer. Tais fatores tendem a coexistir no curso da doença, no tratamento e no manejo da sintomatologia e no pós-tratamento. Dessa forma, disfunções sexuais são frequentes em pacientes oncológicos (MCKEE; SCHOVER, 2001, apud: FLEURY; PANTAROTO; ABDO, 2011)

O câncer de próstata, afeta a sensibilidade sexual masculina, sendo assim, a depressão e o sentimento de impotência estão presentes em todos os pacientes. Dessa forma, a qualidade de vida pode ser afetada, devido às consequências gerados pela doença, uma vez que, causa medo, ansiedade e compromete a autoestima masculina (SANTOS DE SANTANA; BORGES; BARROS, 2015).

O colaborador C4 ressaltou a **falta de apetite** como um dos efeitos colaterais do tratamento:

“Olha na minha vida o que eu notei que mudou foi o apetite, de comer, primeiro eu comia muito pouco, eu não tinha apetite como tenho agora. (C4)”

O déficit cognitivo é descrito ainda como um fator que aumenta o risco de desnutrição, uma vez que pode relacionar-se à diminuição do apetite, redução da habilidade de manipulação e de reconhecimento dos alimentos e dificuldades de mastigação e deglutição (SANTOS et al., 2015).

A falta de apetite é um sintoma comum em pacientes oncológicos, inicialmente relacionada ao processo natural da doença e, posteriormente, ao crescimento tumoral, à presença de metástases e aos tratamentos. Nestas situações, a enfermagem e a equipe multiprofissional devem priorizar a aceitação da dieta por meio de alimentos calóricos e nutritivos ou de suplementos alimentares industrializados. Sabe-se, porém, que a aceitabilidade dos suplementos são fatores fundamentais para a adesão ao tratamento, e o incômodo gerado pela oferta do mesmo sabor várias vezes ao dia diminui sua aceitação. Portanto, sugerir preparações apropriadas às condições atuais do paciente utilizando ou não suplementos alimentares como ingrediente é uma atribuição importante do da equipe multiprofissional (PALMIERI et al., 2013).

No que se relaciona aos impactos emocionais causados pelo tratamento hormonioterápico, observa-se que os colaboradores do estudo referem sentimentos de **sofrimento e angústia relacionadas à sexualidade** e a impossibilidade de manter relações sexuais atingindo a essência da masculinidade, como visualiza-se nas falas a seguir:

“Eu me senti como um morto, mais velho e mais acabado... Eu conversei com ela (médica) e ela me disse se é para o bem da tua vida não tem problema. (C1)”

“Não funciona mais nada, até fui e perguntei se não tinha algum medicamento, ele até me deu, Viagra, mas não adiantou. Isso faz falta porque sempre procurava alguma mulher, mas não funcionava nada. Isso tudo me incomoda muito. (C2)”

“Minha vida mudou, porque perdi a capacidade de ter relação, a gente começa a ficar com idade e isso dá muito o sofrimento. (C3)”

“A base do sexo é a mesmo do que se alimenta se não tem fome não vai come o sexo é a mesma coisa. Preocupe-me bastante com a esposa, minha esposa é jovem, ela disse que o importante sou eu estar vivo, mas eu incomodo bastante ela (risadas). (C5)”

Observa-se as falas acima, a íntima relação atribuída entre a atividade sexual e o exercício da masculinidade, de maneira que, para estes homens, a redução da capacidade de ereção ou a impossibilidade de manter relação sexual, passa a ser percebida como uma subtração ou perda da masculinidade. Conforme ressalta Tofani e Vaz (2007), no contexto brasileiro, ainda perdura a representação dos homens como seres sexualmente ativos e dominadores, que constantemente procuram uma parceira para o ato sexual, levando à construção da ideia de um corpo masculino que atenda estas demandas culturais. Deste modo, a capacidade de ereção e a contínua disponibilidade para a atividade sexual atuam como importantes marcadores de virilidade e a autenticidade masculina frente ao grupo social.

Oferecer escuta as dimensões subjetivas, tais como a vivência da sexualidade durante o tratamento oncológico e a qualidade do relacionamento afetivo-sexual, são demandas para otimizar os recursos empregados no processo de reabilitação, para tanto, a qualidade da assistência depende de equipes multidisciplinares que possuam a integralidade do cuidado como princípio para a inovação e adoção de práticas de cuidado inclusivas, humanizadas e baseadas em evidências científicas (CESNIK; SANTOS, 2012).

Tendo em vista a importância da assistência multiprofissional diante de todos os impactos físicos e emocionais causados pelo câncer e seu tratamento agressivo, o cuidado integral torna-se fundamental. Esse nível de atuação exige agregação de saberes, visando a atenção que deve envolver pacientes e familiares, o que possibilita a construção de trabalho coletivo, interdisciplinar, apontando questões que venham a produzir conhecimento sobre as demandas apresentadas pelos usuários, em seu caráter singular e coletivo, tendo sempre como foco a melhoria da qualidade da assistência oncológica (CARVALHO, 2008).

O sentimento de impotência repercute como uma ferida na vida dos pacientes com câncer de próstata. Embora haja uma evolução na área da saúde, em termos de possibilidades de tratamento, observa-se que por se tratar de um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina. Uma falha erétil pode antecipar o fracasso, produzir ou aumentar a ansiedade e a depressão no homem, diminuindo-lhe as sensações sexuais, alterando assim a fisiologia da ereção que pode levá-lo a um novo fracasso. A título de sugestão, convém destacar que esses pacientes necessitam de um espaço em que suas

angústias sejam trabalhadas. Seria adequada, além do tratamento orgânico, uma intervenção com suporte afetivo-emocional (TOFANI; VAZ, 2007).

Por outro lado, três dos colaboradores referiram **encarar com positividade** este efeito colateral e traz a **fé como um mecanismo de enfrentamento**, como verificase nas seguintes falas:

“Estou ótimo, estou feliz, porque como eles me falaram eu estava morto e hoje estou vivo. Sinto-me bem, sem nenhum problema. (C1)”

“Agora nesta etapa me parece que estou mais alegre, estou melhor. Eu era uma pessoa muito nervosa e depois desse tratamento, parece que estou mais calmo, acontece que sobre a bebida, o médico me disse que se eu continuasse a beber ele não me dava o tratamento. Foi Deus que me ajudou. (C4)”

“Isso não me abalou muito, porque geralmente o homem que gosta de dar umas escaramuçadas por ai, se preocupa com a parte sexual, pra mim nada me atingiu, tenho uma família bonita, tenho dois filhos formados, uma família muito bonita, agente acredita muito na parte cristã, em Deus, pra mim nada me atrapalha. (C5)”

Na perspectiva de Pessini (2007), a espiritualidade é uma construção formada por fé e sentido, sendo o elemento “fé” geralmente associado à religião e suas crenças, ao passo que o “sentido” parece ser um conceito mais universal, que pode existir tanto em pessoas que seguem uma determinada religião como nas que não têm nenhuma referência religiosa. Na perspectiva deste autor, a espiritualidade é uma construção formada por fé e sentido.

Em um estudo realizado com 12 idosos com câncer demonstra a importância da fé no enfrentamento da doença, uma vez que ela aumenta a força para lutar e vencer o desafio do adoecimento. Os achados estiveram relacionados ainda à evidência de que a leitura de textos religiosos contribui de forma positiva tanto para aceitação da doença, como para segurança, tranquilidade e otimismo na recuperação da saúde (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008).

Já no estudo realizado por Stumm et al. (2010), em relação aos sentimentos vivenciado durante o processo da doença, destacam-se o medo, a esperança, a vontade de vencê-la, a fé na equipe de saúde e o otimismo. Foi observado que os pacientes esperavam a cura da doença pelo Poder Divino.

Como impactos sociais causados pelo tratamento aos colaboradores, verifica-se a **busca do lazer como impactos positivos**, como evidencia-se nas seguintes falas:

“Graças a Deus, eu saio nos finais de semana, é bom para encontrar os amigos, conversar, se a gente fica muito em casa, é pior, os médicos também falaram para eu não ficar muito parado para evitar o estresse. (C1)”

“Eu vou jogar canastra, joga baralho, jogo alguma partida de bocha, mas bocha é mais cansativo, também vou à missa todos os domingos. (C1)”

“É a mesma vida de antes, única coisa que antes eu morava no interior e agora eu moro na cidade e não faço mais nada. Volta e meia vou jogar algum joguinho lá no boteco, conversar com os amigos e dou minha caminhada. (C4)”

O lazer, configurado como atividade que visa divertimento, entretenimento e distração, foi destacado como elemento de grande importância para os pacientes diagnosticados com câncer e pode ser visto como um poderoso recurso para enfrentar o processo de viver com câncer. O lazer é uma forma de buscar a cura da doença, visto que, ao se distrair, a mente é ocupada de forma prazerosa, afastando pensamentos persistentes e negativos quanto à doença (PINHEIRO et al., 2008).

Por outro lado, um dos colaboradores relatou que como **impacto negativo o isolamento social**, este afirma que prefere permanecer em seu ambiente domiciliar, conforme fala a seguir:

“Mudou, eu tive que travar um pouco as saídas, eu ia a alguma festinha, reunião, então assim atrapalhou porque veio o inverno, frio, e fazendo o tratamento, minha preocupação maior é que meu corpo segundo a medicina perde a imunidade, daqui a pouco pego uma pneumonia. Assim mesmo eu vou fazer alguma coisa lá fora, e minha esposa grita pai, toma cuidado. (C5)”

O isolamento social pode ser uma das consequências que o câncer impõe ao idoso, sendo que devido à interiorização do processo de perdas de imagem física, de pessoas próximas, trabalho, saúde, e muitas vezes da autonomia, o isolamento geralmente é perceptível (ROCHA et al., 2014).

4.3 A ESPERANÇA E OLHARES PARA O FUTURO DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA

Nesta categoria trataremos das formas pelas quais os colaboradores enfrentam e encaram o tratamento oncológico. Ressalta-se aqui que o vivenciar um câncer desencadeia novas formas de reflexão e valorização da vida. Entende-se que os avanços tecnológicos permitem aumentar a esperança para uma melhor qualidade de vida e de cura, porém a tecnologia e o tratamento são insuficientes para dar conta da multidimensionalidade do viver do ser humano com câncer.

Desta forma a **esperança e as expectativas para o presente e futuro** estão presentes nas falas a seguir:

“Eu penso assim, se Deus me deixar viver, eu quero arrecadar dinheiro para o dia que eu morrer, beneficiar aqueles que mais me ajudaram e deixar para eles tudo. (C1)”

“Então agora meu sonho é comer bem, se divertir com os meus filhos, netos e a bisneta... É um ótimo motivo para se viver... É o que mais me alegra. (C1)”

“Eu não sou tão jovem, mas também não sou tão velho, a minha expectativa é que eu viva bem, tranquilo, sem problema nenhum, e que eu recupere a minha saúde totalmente, eu espero uma notícia boa que zero e não volte mais e que eu fique tranquilo, eu quero viver agora, agora temos condições de viver melhor, melhor porque os filhos já estão encaminhados, em riqueza não, mais que de pra viver bem, não tem coisa melhor que isso, desde que não falte nada, está bom, vivendo bem é o que importa. (C5)”

“Só espero que Deus ajude que eu esteja curado parar não passa por problemas piores e este problema se resolver. (C5)”

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, mesmo com as intensas repercussões físicas e emocionais oriundas do adoecimento e tratamento do câncer de próstata, observou-se a existência de expectativas positivas em relação ao futuro.

Os colaboradores deste estudo são homens idosos, portanto, nesse processo de vivenciar o câncer, o idoso, de forma especial, é continuamente desafiado a se adaptar e se reestruturar ante as novas situações vivenciadas. Não podemos esquecer que o ser idoso já vem passando pelo processo de envelhecimento, com suas alterações biopsicossociais, muitas vezes, difíceis de serem elaboradas. Além disso, o fato de estar

com câncer traz uma significação maior ao que acontece ao seu corpo e no seu modo de ver e ser no mundo (SOARES; SANTANA; MUNIZ, 2010).

Para Veras (2012), as taxas de sobrevivência têm melhorado e as doenças crônicas não transmissíveis como o câncer necessitam de novos olhares, determinando reflexões que objetivam estimular a discussão sobre novas estratégias de cuidado. Foco inovador e criativo deve ser dirigido ao cuidado do idoso e das suas doenças crônicas, todavia, com abordagem integral, incluindo a prevenção, seus fatores de risco e o tratamento das enfermidades, sendo esses indivíduos os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e, dessa forma, os que mais desejam serviços de qualidade e necessitam de eficiência no setor saúde.

Os colaboradores citam a espiritualidade como forma de seguir em frente, desta forma, a religiosidade é considerada fator significativo no sistema de crenças relacionadas à saúde e doença, tendo forte influência nas percepções, atitudes e crenças relacionadas ao processo de adoecer e buscar a cura. Os profissionais de saúde necessitam reconhecer as múltiplas percepções que envolvem à doença e morte, compartilhadas pelas diversas religiões para, efetivamente, poderem compreender, acessar e atender esferas espirituais do cuidar, integrando mente, corpo e espiritualidade. Sua importância na área da saúde é abrir possibilidades de entender e aceitar que o outro é um ser permeado por crenças baseadas em suas respectivas religiões (BOUSSO; SERAFIM; MISKO, 2010).

O sofrimento do homem portador de Câncer de Próstata afeta seu bem-estar físico e emocional, bem como a qualidade de vida. Para um adequado tratamento profissional, inclusive quanto à aceitação da doença e como lidar com os sentimentos emergentes neste momento, é importante o diagnóstico médico associado ao exame psicodiagnóstico (TOFANI; VAZ, 2007).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem estar pessoal e abrange múltiplos aspectos como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Nesse seguimento, a qualidade de vida deve ser entendida dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos (ZANDONAI et al., 2010).

O viver com câncer é um viver intenso, pois significa abertura para emoções, de maneira a passar pela experiência de estar com uma doença tão fortemente vinculada à morte é sofrer uma série de interposições no projeto de vida. Dessa forma, a atuação da equipe multiprofissional, junto a essas pessoas deve ser como agentes facilitadores para que o ser que sofre possa contextualizar sua existência num mundo novo, modificado pela presença da doença. Colaborar com o paciente na sua busca por uma existência saudável, deve ser a principal tarefa das equipes de saúde e da enfermagem (SILVA et al., 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente o câncer de próstata é considerado um problema grave de saúde pública, apresenta os maiores índices de incidência no Brasil e em vários países do mundo. O câncer de próstata, como qualquer outro tipo, traz repercussões negativas na qualidade de vida do portador, cabe aí a necessidade de os sistemas de saúde adotarem mais ações práticas e preventivas para um rastreamento precoce deste tipo de câncer.

No Brasil, as principais organizações que fornecem orientações a serem adotados pelo paciente são a Sociedade Brasileira de Urologia e o Instituto Nacional do Câncer. Periodicamente o tema é discutido e consensos são elaborados com a finalidade de unificar uma conduta otimizada, que vão desde as medidas adotadas para a prevenção até o diagnóstico e tratamento da doença.

Este estudo buscou compreender as percepções dos pacientes portadores de câncer de próstata tem perante a doença e o tratamento hormonioterápico, desta forma a metodologia qualitativa contribuiu de maneira significativa para que os objetivos fossem atingidos de maneira satisfatória e proporcionou o desvelar das vivências e dificuldades e os desafios apresentados por estes seres humanos.

A primeira categoria objetivou apresentar as percepções que os portadores de câncer de próstata têm diante do câncer e do tratamento hormonioterápico, o medo da morte, as dúvidas e o des[conhecimento] perante ao tratamento relatado. Identifica-se que os colaboradores se mostraram tranquilos, mesmo com informações restritas sobre o processo pelo qual estão passando. Neste sentido, acredita-se que a falta de conhecimento sobre a patologia se dá pela baixa escolaridade e pelo pouco acesso às informações, o que impacta de forma negativa no decorrer desta etapa de vida.

Entendemos que apesar dos avanços tecnológicos obtidos em relação ao tratamento para o câncer, o medo da morte se revelou como algo que acompanha os colaboradores durante toda sua trajetória, portando entendemos que a enfermagem, juntamente com a equipe multiprofissional podem oferecer suporte para esta etapa por meio de maior oferta de informações e implementação de grupos de apoio a estes pacientes e seus familiares.

Os impactos físicos, sociais e emocionais causados pelo câncer e os seus tratamentos desencadearam limitações físicas, medos, angústia e isolamento social que podem permanecer presentes na vida e cotidiano de alguns dos colaboradores do estudo. Diante disto, acreditamos que se faz necessário uma maior atenção a este paciente, pois como destaca-se acima a falta de informação no momento em que foi diagnosticado a doença e iniciado o tratamento faz com que os pacientes, enfrentem maiores dificuldades no decorrer deste processo.

Acreditamos que os impactos vão tornando-se maiores no decorrer do tempo de tratamento, pois as reações e efeitos colaterais vão somando-se ao cansaço, ao isolamento social, à desinformação e a mudança na rotina de vida destes pacientes. Portanto o que antes eram atividades normais, agora, devem ser evitadas pelo risco que o paciente apresenta em adquirir doenças oportunistas, estas que acabam aparecendo, mais, pela baixa da imunidade.

Outro ponto a ser considerado, é a sexualidade apresentados por todos os colaboradores do estudo, entendemos que para o homem, a redução da capacidade de ereção ou a impossibilidade de manter relação sexual, passa a ser percebida como uma diminuição ou perda da masculinidade e isso pode acabar afetando de maneira significativa suas relações sociais e conjugais. Ressalta-se aqui, novamente, a importância da oferta de grupos de apoio e de espaços de diálogos e orientação para pacientes e seus cônjuges.

Também o que chamou a atenção, foram as formas de enfrentamento utilizadas pelos homens colaboradores do estudo, verifica-se a fé, a religiosidade e o apoio em Deus como força para continuar o tratamento da melhor maneira possível. Assim, observa-se que sempre buscam algo para se apoiar, nunca perdem as esperanças de cura e expectativas positivas para o futuro o que auxilia na evolução e eficácia do tratamento.

Importante ressaltar, que os colaboradores deste estudo são homens idosos, sendo assim, a cura e a esperança no futuro significaram a possibilidade de recomeço, o que contrapõe as ideias concebidas de que os idosos estão em fase final da vida. Neste estudo, os colaboradores relataram que força e a coragem e a família são a base para dar continuidade a sua vida iniciada com a superação do câncer. Por fim, a partir dos achados deste estudo, propomos a possibilidade de a criação de mais espaços de reabilitação física, social e emocional para esta população, a fim melhorar a qualidade do atendimento e no cuidado, uma vez que os sujeitos necessitam de acompanhamento constante nesta fase da vida.

Além disto, entendemos os cuidados prestados pela enfermagem aos homens, principalmente em relação ao Câncer de Próstata, requerem muito mais do que uma simples

habilidade técnica, necessita que os profissionais desempenhem uma prática comprometida com a saúde da população visando à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Então, percebemos que devem-se priorizar mais atividades educativas, pois necessitamos urgente de mudança de comportamento, tanto por homens quanto dos serviços, devendo-se realizar campanhas a fim de priorizar mais os exames de rastreamento. Destaca-se a colaboração da comunidade na atenção à saúde, por meio do planejamento de ações, articulados com setores organizados da comunidade e outros setores governamentais.

Observamos como limitação deste estudo a dificuldade dos colaboradores comparecerem as entrevistas, pois como em um primeiro momento foram selecionados os prontuários dos pacientes, observando a data e hora do retorno ao serviço oncológico, para posteriormente ir até o local destinado a e realizarmos a pesquisa, esses acabavam não comparecendo a consulta médica nem para aplicação do hormonioterápico. Também a falta de informação por parte dos colaboradores referente ao tratamento, no nosso entender também foi uma limitação.

Finalizando, entendemos que foi de grande importância e satisfação a realização desta pesquisa, pois se teve a oportunidade de buscar mais conhecimentos sobre o que os homens pensam e percebem em relação ao Câncer de Próstata e o tratamento hormonal, esses achados apresentam-se como uma oportunidade para continuação no debate sobre o tema, oferecendo subsídios para repensar a formação do enfermeiro e sua prática na saúde do homem, além de apontar a necessidade de condução de novas pesquisas na área.

6 REFERÊNCIAS

ALVARENGA, É. C.; CAIRES, A.; LADEIRA, L. O.; GAMERO, E. J. P.; ANDRADE, L. M.; PAZ, M. T. L.; LEITE, M. F. Potenciais alvos terapêuticos contra o câncer. **Ciência e Cultura**, São Paulo, SP, v. 66, n. 1, p. 43-48, 2014.

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

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica Oncológica Para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.

BORGES, A. D. V. S.; SILVA, E. F.; TONIOLLO, P. B.; MAZER, S. M.; VALLE, E. R. M.; SANTOS, M. A. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 11, n. 2, p. 361-369, maio/agosto, 2006.

BOUSSO, R. S.; SERAFIM, T. S.; MISKO, M. D. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n. 2, p. 156-162, março/abril, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais: Manual de Bases Técnicas Oncológicas, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, dezembro, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tipos de câncer: Próstata.** <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata+/definicao>> Acesso em: 16 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Como é o processo de carcinogênese.** <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=319> Acesso em: 16 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Fisiopatologia do câncer.** <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap2.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **INCA lança Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil.** <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lancamento_estimativa_2010> Acesso em: 25 abr. de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos.** <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos>. Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é o câncer?** <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 12 mar. 2016

CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER. **As causas do câncer.** <<http://cccancer.net/o-cancer/as-causas-do-cancer/>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CENTRO REGIONAL INTEGRADO DE ONCOLOGIA- CRIO. Introdução sobre o Câncer. <<http://www.crio.com.br/sobre-o-cancer/introducao-sobre-o-cancer>> Acesso em: 19 abr. 2016.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 54, n. 1, p. 87-96, Jan/Fev/Mar, 2008.

CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, RS v. 25, n. 2, p. 339-349, 2012.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TERESINHA. **Unidade de Alta Complexidade em Oncologia.** <<https://www.fhste.com.br/servicos/oncologia>> Acesso em: 01 jun. 2016.

_____. Quimioterapia. <<https://www.fhste.com.br/servicos/quimioterapia>> Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. Radioterapia. <<https://www.fhste.com.br/servicos/radioterapia>> Acesso em: 04 jul. 2016.

GOMES R.; REBELLO, L. E. F. S.; ARAÚJO, F. C.; NASCIMENTO, E. F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 1, p. 235-246, jan/fev. 2008.

HOSPITAL DO CÂNCER BARRETOS. Opções de tratamento

<<https://www.hcancerbarretos.com.br/cancer-de-rim/32-paciente/opcoes-de-tratamento?format=feed&%3Btype=rss>> Acesso em: 12 abril 2016.

IBGE. IBGE lança o Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios.

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 15 jul 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Sul – Erechim – Informações completas.

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430700&search=|info%20gr%20El%20fisco%20informa%20E7%20F5es-completas>> Acesso em: 02 jul. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização dos serviços de saúde - PNAD 2008. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

INSTITUTO ONCOGUIA. **O que é Câncer?** Disponível em:

<<http://www.oncoquia.org.br/conteudo/%cancer/12/1/>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Hormonioterapia para Tratamento do Câncer de Próstata**

Disponível em: <<http://www.oncoquia.org.br/conteudo/hormonioterapia-para-tratamento-do-cancer-de-prostata/1211/290/>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fadiga em idosos em tratamento

quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 4, p. 623-629, jul./ago. 2014.

MCKEE, A. L. J.; SCHOVER, L. R. Sexuality rehabilitation. **Cancer**, v. 92, n. 4, p. 108-112, 2001. Apud: FLEURY, H. J., PANTAROTO, H. S. C., ABDO, C. H. N. Sexualidade em oncologia. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 16, n. 2, p. 86-90, 2011.

MEDEIROS, A. P.; MENEZES, M. F. B.; NAPOLEÃO, A. A. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 385-388, março/abril, 2011.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, M. F. Incidência e mortalidade por câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 43, n. 3, Jul/Ago/Set, 1997.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Revista Psicologia - Teoria e Prática**, São Paulo, SP, v. 14, n. 3, p. 140-152, dez. 2012.

NOGUEIRA, R. P. Mortalidade por três grandes grupos de causa no Brasil. **IPEA**, Políticas sociais - Acompanhamento e análise, v. 9, p. 139-145 nov. 2004

OMS. World Health Organization. **Breast Cancer Awareness Month: increased awareness, equitable access to early diagnosis and timely, effective, and affordable treatment needed globally**. Geneva: WHO; 2009.

OMS. World Health Organization. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Geneva: WHO; 2014.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 1, p. 73-80, jan/fev. 2011.

PALMIERI, B. N.; MOULATLET, E. M.; BUSCHINELLI, L. K. O.; PINTO-E-SILVA, M. E. M. Aceitação de preparações e sua associação com os sintomas decorrentes do tratamento de câncer em pacientes de uma clínica especializada. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 1, p. 02-09, mar. 2013.

PANOBIANCO, M. S.; PIMENTEL, A. V.; ALMEIDA, A. M.; OLIVEIRA, I. S. B. Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 517-523, jul/ago/set 2012.

PESSINI, L. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. **Revista O mundo da Saúde**, São Paulo, SP, v. 31, n. 2, p. 187-195, abr./jun. 2007.

PINHEIRO, C. P. O.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V.; FERNANDES, A. F. C. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 16, n. 4, p. 733-738, jul./ago. 2008.

RIBEIRO, A. F.; CAMARA, C.; SEGRE, C. A.; SROUGI, M.; SERRANO JR, C. V. Riscos cardiovasculares do bloqueio androgênico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, SP, v. 95, n. 3, p. 412-415, set. 2010.

ROCHA, L. S.; BEUTER, M.; NEVES, E. T.; LEITE, M. T.; BRONDANI, C. M.; PERLINI, N. M. O. G. O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 23, n. 1, p. 29-37, jan./mar. 2014.

RODRIGUES, J. S. M.; OLIVEIRA, S. C.; MARCHIORO, N.; FERREIRA, L. A., DUPAS, G.; WERNET, M. Apoio Informacional à Família do Idoso com Câncer. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, PR, v. 15, n. 1, p. 14-24, abr. 2014.

SALES, C. A.; GROSSI, A. C. M.; ALMEIDA, C. S. L.; SILVA, J. D. D.; MARCON, S. S. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, SP, v.25, n.5, p. 736-742, 2012.

SANTOS DE SANTANA, P. X.; BORGES, J. N.; BARROS, Â. M. S. M. Qualidade de vida do paciente portador de câncer de próstata em hormonioterapia. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT**, Aracaju, SE, v. 2, n. 3, p. 111-128, mar. 2015.

SANTOS, C. A.; RIBEIRO, A. Q.; ROSA, C. O. B.; RIBEIRO, R. C. L. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n.3, p. 751-760, 2015.

SILVA, L. C. Vozes que contam a experiência de viver com câncer. **Psicologia hospitalar**, São Paulo, SP, v. 3, n. 1, p. 1-17, jul. 2008.

SILVA, M. R. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L.; TAVARES, K. O. Resiliência e promoção da saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 14, n. esp. P. 95-102, 2005.

SILVA, P. O.; GORINI, M. I. P. C. Validação das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem: fadiga no paciente oncológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 20, n. 3, p. 504-510, mai./jun., 2012.

SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo, Martinari, 2013.

SILVA, S. S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, RJ, v. 4, n. 2, p. 73-89, dez. 2008.

SMELTZER, S. C.; BRUNNER, L. S. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES, L. C.; KLERING, S. T.; SCHWARTZ, E. Cuidado transcultural a clientes oncológicos em tratamento quimioterápico e a seus familiares. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 8, n. 1, p. 101-108, jan./mar. 2009.

SOARES, L. C.; SANTANA, M. G.; MUNIZ, R. M. O fenômeno do câncer na vida de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 9, n. 4, p. 660-667, out./dez. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **SBU esclarece rastreamento do Câncer de Próstata**. <<http://portaldaurologia.org.br/noticias-publico/saiba-mais-sobre-psa-e-toque-no-cancer-de-prostata/>> Acesso em: 20 jul. 2016.

STUMM, E. M. F.; SCHERER, J. A.; KIRCHNER, R. M.; BERLEZI, E.; FRANZ, L. B. B. . Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 9, n. 1, p. 89-102, jan./jun. 2010.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ v. 13, n. 4, p. 1247-1256, ago. 2008.

TOFANI, A. C. A.; VAZ, C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, RS, v. 41, n. 2, p. 197-204, ago. 2007.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 929-34, 2012.

VIEIRA, S. C.; COELHO, E. G. **Oncologia Básica**. 1. ed. Fundação Quixote: 2008.

ZANDONAI, A. P.; CARDOZO, F. M. C.; NIETO, I. N. G.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 554-561, 2010.

7 APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO POR UM ADJETIVO ESCOLHIDO PELO COLABORADOR:

Idade__.

Data do diagnóstico: __/__/__.

Data do início do tratamento hormonioterápico:_____

Estado civil:_____.

1- O senhor (a) tem conhecimento sobre a sua doença e do tratamento que está realizando?

2- Qual é o seu entendimento sobre o câncer de próstata?

3- O que o senhor sabe sobre o tratamento que está realizando?

4- Alguém da equipe de saúde lhe explicou algo sobre este tratamento? Quem e quando?

5- Como o senhor se sente realizando neste tratamento chamado hormonioterapia? Poderia falar mais sobre isto?

6- Quais as dúvidas com relação a essa etapa? No que o tratamento mudou ou interferiu em sua vida? Poderia falar mais sobre isto?

7- Em se tratando das suas emoções, como se sente diante deste tratamento?

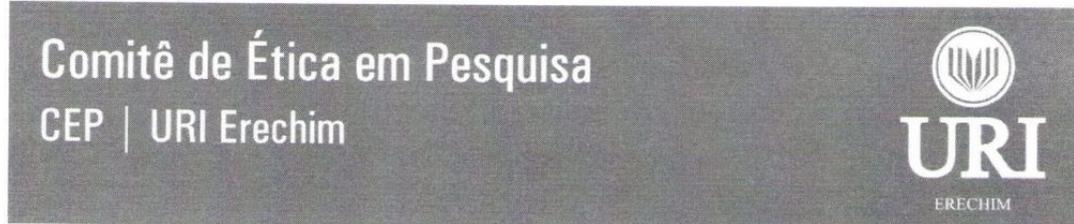
8- Em se tratando de sua saúde física, como se sente? O que mudou após o início do tratamento?

9- Quais os efeitos colaterais mais presentes após o início do tratamento?

10- Com relação às questões sexuais, apresentou alguma alteração? Quais? Pode-me falar mais sobre isso?

11- A sua vida social ou rotina mudou no decorrer deste tratamento? De que forma? Pode dar mais detalhes sobre isso?

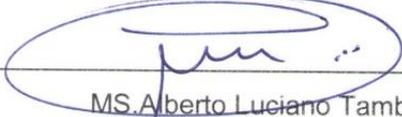
12- Quais são os teus sonhos e expectativas para o futuro?

8 ANEXOS**ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CONCEDENTE**

Eu, Diretor Executivo, Alberto Luciano Tamburrino, abaixo assinado, responsável pela Direção Geral da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, autorizo a realização do estudo: Percepções de pacientes com câncer de próstata submetidos à hormonioterapia: contribuições da enfermagem a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelos responsáveis do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: reunião com Enfermeira coordenadora do UNACON, para aproximação e esclarecimentos sobre a pesquisa, realização de uma entrevista semiestruturada com pacientes portadores de neoplasia de próstata submetidos ao tratamento hormonioterápico, com apoio de gravador à cerca do tema proposto no estudo.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, 21 de Setembro de 2016.

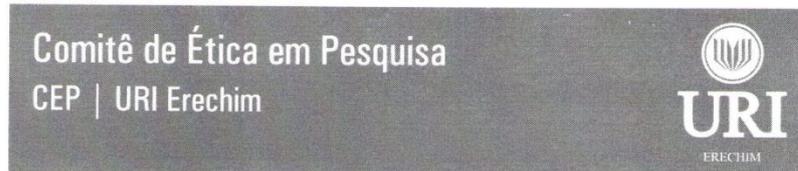

MS. Alberto Luciano Tamburrino
Diretor Executivo - FHSTE – Erechim

Lista Nominal de Pesquisadores:

Prof. Ms. Angela Maria Brustolin(Orientadora da Pesquisa)
Acadêmico de Enfermagem Luiz Felipe Tartas.

Observação: todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE MATERIAS/EQUIPAMENTOS/DEPENDÊNCIAS



Eu, Diretor Executivo, Alberto Luciano Tamburrino, abaixo assinado, responsável pela Direção Geral da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, autorizo a realização do estudo: Percepções de pacientes com câncer de próstata submetidos à hormonioterapia: contribuições da enfermagem a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelos responsáveis do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Autorizo a utilização de uma sala do serviço de Referência de Oncologia da instituição a qual represento, para realização de entrevista com pacientes portadores de câncer de próstata, que estejam em tratamento hormonioterápico neste setor. Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição proponente no fornecimento de condições técnicas necessárias para a realização da pesquisa proposta.

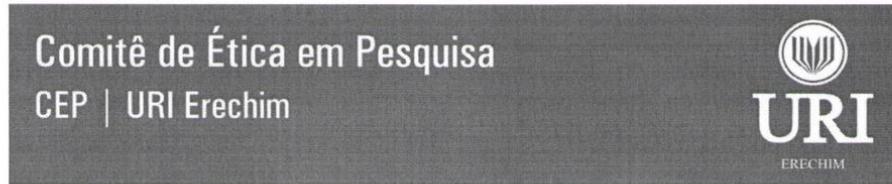
Erechim, 21 de Setembro de 2016

MS. Alberto Luciano Tamburrino

Diretor Executivo - FHSTE - Erechim

Lista Nominal de Pesquisadores:

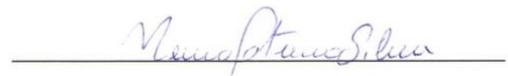
Prof. Ms. Angela Maria Brustolin (Orientadora da Pesquisa)
Acadêmico de Enfermagem Luiz Felipe Tartas.

ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA ENFERMEIRA RESPONSÁVEL

Eu, Enfermeira responsável pelo Unidade de Referência em Oncologia da Fundação Hospitalar Santa Teresinha de Erechim, Neiva Fátima Silva, autorizo a realização do estudo: Percepções de pacientes com câncer de próstata submetidos à hormonioterapia: contribuições da enfermagem a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelos responsáveis do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na unidade a qual, sou responsável. Serão as seguintes atividades: realização de uma entrevista semiestruturada com pacientes portadores de neoplasia de próstata submetidos ao tratamento hormonioterápico, com apoio de gravador à cerca do tema proposto no estudo.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Estou ciente, juntamente com a instituição, a qual represento, de nossas corresponsabilidades como profissional e instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de nosso compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, 28 de Setembro de 2016



Enfermeira: Neiva Fátima Silva
Gerente dos serviços de Oncologia

Lista Nominal de Pesquisadores:

Prof. Ms. Angela Maria Brustolin(Orientadora da Pesquisa)
Acadêmico de Enfermagem Luiz Felipe Tartas.

Observação: todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) E DE USO DE VOZ

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP | URI Erechim



Fui convidado (a) como voluntário (a) a participar do estudo Percepções de pacientes com câncer de próstata submetidos à hormonioterapia: contribuições da enfermagem, que tem como objetivo geral compreender a percepção que os pacientes portadores de câncer de próstata têm diante do tratamento homonioterápico. A pesquisa está sob responsabilidade dos pesquisadores Angela Maria Brustolin e Luiz Felipe Tartas. Os pesquisadores acreditam que a partir dos resultados da pesquisa se possa aprofundar os estudos sobre a terapêutica da neoplasia de próstata e interferir de forma positiva no bem estar, qualidade de vida e na melhor assistência e apoio informacional ao paciente oncológico e seus familiares.

A minha participação no referido estudo será de responder a entrevista solicitada pela pesquisadora, contribuindo para a mesma. Fui alertado de que, a pesquisa a se realizar poderá trazer benefícios, benefícios na medida em que o aprofundamento do tema proposto poderá permitir a sistematização do cuidado a estes pacientes e gerar propostas de intervenções terapêuticas e estratégias para uma assistência multidisciplinar para os homens que enfrentam o câncer de próstata. Fui informado também, que é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como o tempo que dispensei durante a participação nas entrevistas e a possibilidade de surgimento de sentimentos e emoções relacionadas aos momentos aos quais passei desde o início da graduação até a fase de formação. Dos quais, medidas serão tomadas para sua redução, tais como respeitar as condições emocionais do entrevistado, dando tempo adequado para as respostas, agindo de forma sensível e ética.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade destes dados, bem como a não exposição dos mesmos. Todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas

consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência a que tenho direito.

A participação no estudo não terá nenhum custo para mim e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira. No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, bem como a meu acompanhante (se for o caso), haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: se pagará em moeda corrente o valor das despesas que forem necessárias. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Fui esclarecido (a) de que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que meus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se eu achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como fui esclarecido (a) ou que estou sendo prejudicado (a) de alguma forma, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br.

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Tendo sido orientado quanto ao teor deste estudo e compreendido a natureza e o objetivo do mesmo, manifesto meu livre consentimento em participar.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
E-mail:	

Erechim, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Prof. Ms. Angela Maria Brustolin

Endereço: Rua Gladstone Osório Mársico, nº 23 Erechim / RS

Fone: 54 99098928

Acadêmico Luiz Felipe Tartas

Endereço: Rua Celito Casagrande, nº 29 Distrito de Capoeira Erechim / RS

Fone: 54 99574553

USO DE VOZ

Autorizo o uso de gravador para a realização da minha entrevista, bem como o uso deste áudio, para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito para transcrição de minhas falas.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Prof. Ms. Angela Maria Brustolin

Endereço: Rua Gladstone Osório Mársico nº 23 Erechim / RS

Fone: 54 99098928

Acadêmico Luiz Felipe Tartas

Endereço: Rua Celito Casagrade nº 29, Capoere, Erechim/RS

Fone: 54 9957-4553

**ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA
UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
– URI/ERECHIM**

UNIVERSIDADE REGIONAL
INTEGRADA DO ALTO DO
URUGUAI E DAS MISSÕES -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DE PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA SUBMETIDOS À HORMONIOTERAPIA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Pesquisador: Angela Maria Brustolin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58378916.9.0000.5351

Instituição Proponente: Universidade Reg. Int. do Alto do Uruguai e das Missões - URI - Campus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.717.456

Apresentação do Projeto:

O câncer de próstata é notadamente reconhecido como um problema de saúde pública, dado a sua magnitude no quadro de morbimortalidade masculina. Este estudo tem como objetivo geral, compreender a percepção que os pacientes portadores de Câncer de Próstata têm diante do tratamento hormonioterápico e como objetivos específicos, identificar quais os impactos físicos, sociais e emocionais causados pelo tratamento hormonioterápico em pacientes com Câncer de Próstata, além de verificar quais as dúvidas que os pacientes submetidos à hormonioterapia possuem a cerca deste tratamento. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os colaboradores do estudo serão pacientes portadores de câncer de próstata que realizam tratamento hormonioterápico em um centro de referência em oncologia (UNACON) em um hospital da região Norte do Rio Grande do Sul, que aceitarem fazer parte da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser do sexo masculino com faixa etária a partir de 40 anos, ter comprovação do câncer por meio de biópsia, ter conhecimento do

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1
Bairro: Centro **CEP:** 99.700-000
UF: RS **Município:** ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 **Fax:** (54)3520-9090 **E-mail:** eticacomite@uri.com.br

UNIVERSIDADE REGIONAL
INTEGRADA DO ALTO DO
URUGUAI E DAS MISSÕES -



Continuação do Parecer: 1.717.456

diagnóstico e do tratamento realizado e estar em tratamento hormonioterápico há pelo menos dois meses. Os dados serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada. Para análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo temática. Espera-se que os resultados deste estudo possam trazer benefícios no que se refere a sistematização do cuidado, propostas de intervenções terapêuticas e estratégias para uma assistência multidisciplinar para os homens que enfrentam o tratamento para o câncer de próstata.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a percepção que os pacientes portadores de Câncer de Próstata têm diante do tratamento hormonioterápico.

Objetivo Secundário:

Identificar quais os impactos físicos, sociais e emocionais causados pelo tratamento hormonioterápico em pacientes com Câncer de Próstata;

Verificar quais as dúvidas que os pacientes submetidos à hormonioterapia possuem a cerca deste tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode apresentar risco ao participante, ou seja, no momento da aplicação da pesquisa (entrevista) é possível que o colaborador sinta-se incomodado diante de algumas questões relacionadas ao processo de tratamento oncológico para o câncer de próstata, bem como, podem surgir sentimentos e emoções relacionadas às dificuldades que o colaborador possa estar vivenciando nesta fase. Portanto, a fim de minimizar estes possíveis eventos o pesquisador, ao perceber desconforto emocional por parte do entrevistado deverá

interromper de forma sutil a entrevista, ou mesmo, direciona - lá para outro momento. Desta forma, entendemos e respeitamos as condições emocionais do entrevistado, agindo de forma sensível, empática e ética.

Benefícios:

A pesquisa pode trazer benefícios na medida em que o aprofundamento do tema proposto poderá permitir a sistematização do cuidado a estes pacientes e gerar propostas de intervenções terapêuticas e estratégias para uma assistência multidisciplinar para os homens que enfrentam o

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1
 Bairro: Centro CEP: 99.700-000
 UF: RS Município: ERECHIM
 Telefone: (54)3520-9000 Fax: (54)3520-9090 E-mail: eticacomite@uri.com.br

UNIVERSIDADE REGIONAL
INTEGRADA DO ALTO DO
URUGUAI E DAS MISSÕES -



Continuação do Parecer: 1.717.456

câncer de próstata.

Além disto, os achados desta pesquisa podem subsidiar orientações e intervenções por parte do enfermeiro e demais integrantes da equipe multidisciplinar através de medidas preventivas que causem menos impactos negativos durante o tratamento hormonioterápico, considerando as percepções, crenças e níveis de informação dos homens, afim de que estratégias sejam pensadas ou repensadas para melhoria da qualidade da assistência nesta etapa de vida. O trabalho também terá benefícios para o meio acadêmico, pois tem-se a intenção de publicar os resultados obtidos através de artigos e apresentação em eventos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta um tema relevante e que necessita ser estudado para melhorar a assistência a este público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos necessários para este estudo.

Recomendações:

Solicitamos que verifique no termo de autorização da Enfermeira coordenadora da unidade onde será realizado o estudo que no local de assinatura seja colocado o nome dela e não do diretor da instituição como consta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações foram cumpridas permitindo que o projeto seja executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está apto a ser executado. Ao término do projeto, o relatório final deve ser inserido na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_764396.pdf	01/09/2016 14:31:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_BROCHURA_DO_INVESTIGADOR.docx	01/09/2016 14:14:25	Angela Maria Brustolin	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_UTILIZACAO_DE_ESPACO_FISICO.docx	31/08/2016 10:08:00	Angela Maria Brustolin	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_ENFERMEIRO.docx	31/08/2016	Angela Maria Brustolin	Aceito

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1
Bairro: Centro CEP: 99.700-000
UF: RS Município: ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 Fax: (54)3520-9090 E-mail: eticacomite@uri.com.br

UNIVERSIDADE REGIONAL
INTEGRADA DO ALTO DO
URUGUAI E DAS MISSÕES -



Continuação do Parecer: 1.717.456

Outros	RA.docx	10:04:52	Brustolin	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/08/2016 14:08:13	Angela Maria Brustolin	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DE_DADOS.docx	03/08/2016 15:20:33	Angela Maria Brustolin	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUICAO_CONCEDENTE.docx	03/08/2016 15:18:48	Angela Maria Brustolin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/08/2016 15:16:18	Angela Maria Brustolin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ERECHIM, 08 de Setembro de 2016

Assinado por:
CLAODOMIR ANTONIO MARTINAZZO
(Coordenador)

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1
Bairro: Centro CEP: 99.700-000
UF: RS Município: ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 Fax: (54)3520-9090 E-mail: eticacomite@uri.com.br