

Repercussões no contexto familiar do paciente com câncer de próstata

Repercussions in the family context of patients with prostate cancer

Samuel Souza Sant' Anna, Randson Souza Rosa, Liane Oliveira Souza Gomes, Flávia Silva Souza e Chrisne Santana Biondo

Recebido 2 Junho 2017 / Enviado para Modificação 2 de fevereiro de 2021 / Aceptado 21 de Junho de 2021

RESUMO

Objetivo Analisar as repercussões no contexto familiar do paciente com câncer de próstata.

Método Foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que teve como participantes 10 homens com diagnóstico de câncer de próstata, que tinham convívio familiar e que estavam cadastrados no Programa do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) do município de Ipiaú, Bahia. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista, seguindo um roteiro semiestruturado, com visitas no domicílio dos participantes.

Resultados A maior incidência de pacientes com câncer de próstata está na faixa etária maior que 70 anos, comparando com idades inferiores. O carcinoma acomete homens acima de 65 anos e sua incidência é ascendente em homens da raça negra, quando comparados ao da raça branca. A história familiar é um grande fator de risco para a ocorrência desta doença. A falta de informação faz com que a maioria dos homens resista ao exame, por preconceito ou mesmo medo do desconhecido, podendo afetar sua qualidade de vida.

Conclusão O estudo evidenciou a importância da participação da família no processo de descoberta do câncer, bem como durante o seu diagnóstico e tratamento, o que leva os pacientes a superarem as diversas dificuldades vivenciadas. Outro ponto relevante é o cuidado como fator de grande importância no atendimento ao paciente, sendo considerado como facilidade durante o tratamento.

Palavras-chave: Neoplasias da próstata; saúde do homem; política de saúde; relações familiares (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To analyze the repercussions in the family context of patients with prostate cancer.

Method A qualitative descriptive study was carried out with ten men diagnosed with prostate cancer and with a family relationship, who were enrolled in the Out of Home Treatment Program (PDT) of the city of Ipiaú, Bahia. The data was collected through interviews, using a semi-structured script, and visits were made to the participants' homes.

Results The highest incidence of prostate cancer occurs in men aged over 70 years, compared to those in younger age groups. Prostate carcinoma primarily affects men over the age of 65, with a higher incidence rate in black men than in white men. A family history of prostate cancer is a major risk factor for developing the disease. Despite this, many men are reluctant to undergo screening exams due to misinformation, prejudice, or fear of the unknown. This reluctance can significantly impact their quality of life.

Conclusion The study highlighted the importance of family involvement in the process of cancer diagnosis, treatment, and recovery, as it can help patients overcome the various challenges they face. Additionally, the study identified the significance of proper care during treatment, which can significantly improve the patient's overall experience.

Key Words: Prostatic neoplasms; men's health; health policy; family relations (*source: MeSH, NLM*).

SS: Enf. Esp. Urgência e Emergência, UTI e em Gestão e Enfermagem do Trabalho. Atua no Hospital Geral de Ipiaú (HG) Ipiaú, Bahia, Brasil.

souza-fiel@hotmail.com

RS: Enf. M. Sc. Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, Brasil.

enfrandson@gmail.com

LG: Enf. M.Sc. Ciências da Saúde. Docente, Faculdades Unidas de Investigação, Ciências y Salud (FAPEC). Bahia, Brasil.

lianegomesmm@hotmail.com

FS: Enf. Ph.D. Ciências da Saúde. Docente, Faculdades Unidas de Investigação, Ciências y Salud (FAPEC). Jequié, Bahia, Brasil.

flaviameg@bol.com.br

CS: Enf. M.Sc. Ciências da Saúde. Docente, Faculdades Unidas de Investigação, Ciências y Salud (FAPEC). Jequié, Bahia, Brasil.

tity_biondo_enf@hotmail.com

RESUMEN**Repercusiones en el contexto familiar del paciente con cáncer de próstata**

Objetivo Analizar el impacto en el contexto familiar del paciente con cáncer de próstata.

Método Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, en el que participaron 10 hombres diagnosticados con cáncer de próstata y con relaciones familiares, inscritos en el Programa de Tratamiento Fuera del Domicilio (TFD) del municipio de Ipiáú, Bahía. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas, utilizando un guión semi-estructurado, y se visitaron los hogares de los participantes.

Resultados La mayor incidencia de cáncer de próstata se presenta en hombres mayores de 70 años, en comparación con las edades más jóvenes. El carcinoma prostático afecta principalmente a los hombres mayores de 65 años, con una tasa de incidencia más alta en hombres de raza negra que en los de raza blanca. Tener antecedentes familiares de cáncer de próstata es un factor de riesgo importante para la aparición de esta enfermedad. A pesar de esto, muchos hombres se muestran reacios a someterse a exámenes de detección debido a la falta de información, prejuicios o miedo a lo desconocido, lo que puede afectar significativamente su calidad de vida.

Conclusión El estudio demostró la importancia de la participación de la familia en el proceso de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer, pues ayuda a los pacientes a superar las diversas dificultades. Otro punto relevante es el cuidado, que se considera un factor muy importante en el cuidado del paciente y puede mejorar significativamente su experiencia durante el tratamiento.

Palabras Clave: Neoplasias de la próstata; salud del hombre; política de salud; relaciones familiares (*fuentes: DeCS, BIREME*).

Há evidências científicas de que os homens são mais propensos às doenças e têm uma taxa de mortalidade mais elevada do que as mulheres. Nesse contexto, os homens adotam escolhas de estilo de vida mais inadequadas e são menos preocupados com sua saúde do que as mulheres, o que torna o câncer de próstata a segunda principal causa de morte por câncer entre homens americanos, depois do câncer de pulmão, sendo encarada como um grande desafio para as políticas públicas e os profissionais de saúde (1,2).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), um em cada seis homens acima dos 45 anos pode ter a doença sem saber, sendo fundamental o exame de rotina (3). Estimativas apontam que para o ano de 2015, aproximadamente 576 mil novos casos de câncer serão confirmados, reforçando a intensidade do problema no país (4). No entanto, são poucas as práticas de rastreamento realizadas em homens acima dos 45 anos, aliado a falta de conhecimento relacionada à prevenção primária, com isso, alguns fatores de risco são ignorados, o que dificulta as avaliações preventivas explícitas do câncer de próstata, o que justifica a necessidade de atenção voltadas a esses fatores (5).

O rastreamento do câncer de próstata é realizado por meio de toque retal, uma medida preventiva de baixo custo, além disso, utiliza-se também a dosagem do Antígeno Específico Prostático (PSA) em homens entre 50 e 80 anos. Esses exames levam ao diagnóstico desta patologia, bem como monitoram a resposta do organismo ao tratamento. No entanto, esse tipo de exame é visto como uma barreira pelos homens e mexe muito com o ego masculino, o que leva a dificuldade na adesão aos exames preventivos e consequentemente ao atraso no tratamento, já que o câncer de próstata, quando precocemente detectado, tem maiores possibilidades de cura (6).

Por se tratar de uma neoplasia de evolução lenta, a mortalidade poderia ser reduzida ou evitada com diagnóstico

precoce e prevenção, porém, situações como demoras nos atendimentos e a falta de tempo são as mais utilizadas entre os homens para argumentar a sua baixa participação no setor primário de saúde. Com isso, há um crescente aumento dos números de casos, o que não proporciona recursos suficientes para atendimento e acompanhamento (4). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) pesquisas realizadas pela Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), estima-se que no mundo foram diagnosticados 14,1 milhões de novos casos de câncer, sendo que desses, 8,2 milhões foram a óbito (5).

Os homens que irão se submeter ao exame, por rastreamento ou por livre demanda, devem ser orientados sobre os benefícios, os riscos e limitações, para assim poderem tomar a decisão de realizarem ou não o exame. Desse modo, tornam-se necessárias ações preventivas nos serviços de saúde no acolhimento ao homem, especificamente nos programas que devem atender de forma integral as demandas dos homens, identificando as possíveis complicações, grau de severidade e fatores de riscos (1).

Assim, quando há o adoecimento, isso pode acarretar em alterações de atividades, aspecto físico, sociais e/ou até mesmo psíquicos, levando a pessoa a vivenciar os mais diversos sentimentos. Nesse sentido, percebem-se mudanças na vida das pessoas adoecidas cronicamente pelo câncer, sendo perceptível também no cotidiano das famílias e nos ciclos de amizades, bem como no cotidiano dos profissionais que passam a acompanhar mais de perto esta afecção. Sendo assim, o familiar passa a compartilhar impactos emocionais junto ao paciente e isso, muitas vezes, implica no tratamento do paciente (7).

Diante do sofrimento, a família desempenha papéis importantes junto ao paciente, auxiliando no enfrentamento da doença e tratamento, através do apoio emocional. Assim, o apoio do familiar é fundamental, pois torna os laços

mais consolidados, constituindo fonte de apoio, segurança e estabilidade emocional para amenizar as angústias do paciente após a notícia da doença (7,8,9).

Esta pesquisa justifica-se pela hipótese de que à falta de adesão do homem aos programas de saúde nas Equipes de Saúde da Família (ESF) e a falta de informação quanto à prevenção da doença, levam ao adoecimento do homem, o que consequentemente leva a alterações no contexto familiar. Outrossim, a presença da família tem importância durante o tratamento, e muitas vezes essa também não está preparada para lidar com a situação.

Considerando a carência de informações que existem no Brasil, este estudo tem como objetivo geral, analisar as repercussões no contexto familiar do paciente com câncer de próstata em um município de pequeno porte, e como objetivos específicos, conhecer as mudanças que ocorreram na família do paciente após o diagnóstico de câncer de próstata e identificar as dificuldades e facilidades enfrentadas pela família após tal diagnóstico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no município de Ipiaú, localizado na região sul do Estado da Bahia, Brasil.

De acordo com informações oficiais registradas na secretaria de saúde de Ipiaú, no ano de 2015 foram registrados 41 pacientes com câncer de próstata que realizaram tratamento e acompanhamento nos municípios pactuados, como em Itabuna-BA e Salvador-BA. Portanto, os participantes da pesquisa foram identificados na secretaria de saúde, no núcleo de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

A seleção dos participantes ocorreu de forma aleatória, selecionando 10 de uma amostra total de 18 pacientes com diagnóstico de câncer de próstata cadastrado no TFD do município. Os critérios de inclusão utilizados foram, pacientes em tratamento e acompanhamento no TFD durante o ano de 2016, que foram diagnosticados até o ano 2015 e em convívio familiar.

Os dados foram coletados através de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado, que ocorreram no período de agosto a outubro de 2016, realizadas nas próprias residências, locais escolhidos pelos pacientes, o que possibilitou as gravações das entrevistas, sem interrupções.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas em documento Word versão 2007 e categorizadas através da análise de conteúdo, que tem por finalidade a manipulação de mensagem para ratificar os números que permitam concluir sobre outra realidade que não a da mensagem (10).

Este estudo seguiu as recomendações éticas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o número de CAAE: 54000716.2.0000.0055 (Parecer 1.539.615).

RESULTADOS

A amostra investigada nesse trabalho foi composta por 10 homens diagnosticados com câncer de próstata em convívio familiar. Na caracterização dos participantes da pesquisa, foi constatada uma maior incidência de pacientes com câncer de próstata em tratamento, na faixa etária maior que 70 anos 60% (n=6). Não houve participantes com diagnóstico na faixa etária de 40 a 49 anos, lo que sugere que essa é a faixa etária que apresenta menor procura pelo serviço público de saúde.

Quando observado a etnia dos participantes, ficou evidenciado que a maioria era da cor autodeclarada parda, e a minoria de brancos, no entanto, quando incluídos pardos e negros totalizou 80% (n=8) dos participantes, o que corrobora com as estatísticas, já que o câncer de próstata é mais incidente na raça negra.

Nas informações sobre o grau de escolaridade, os dados demonstraram totalidade de participantes sem a conclusão do nível médio, sendo que desses, 30% (n=3) eram analfabetos. Com relação à atividade religiosa, todos os participantes disseram acreditar em Deus, considerando-se católicos ou evangélicos na mesma proporção.

A partir da análise do conteúdo, emergiram categorias que serviram para sustentar o desenvolvimento da discussão da temática em questão, sendo agrupadas em 3 categorias temáticas, quais sejam: I – Reação dos familiares ao diagnóstico de câncer de próstata; II – Mudanças encontradas na dinâmica familiar após o diagnóstico; III – Lidando com o diagnóstico e tratamento.

Categoria I: Reação dos familiares ao diagnóstico de câncer de próstata

Os participantes foram questionados quanto à reação da sua família na descoberta da patologia. Observou-se que a maioria das respostas foi de surpresa com o diagnóstico e apoio para início precoce do tratamento, conforme falas baixo: [...] Na hora que ela soube que eu tava doente de câncer ela chorou, ela ficou assustada porque realmente não pensava que eu tava doente dessa doença [...]. (A1, 67 anos). [...] A reação da minha família foi cuidar de mim [...]. (A5, 71 anos). [...] Todo mundo reagiu mal, todo mundo ficou triste num queria que acontecesse isso, né? Mas aconteceu, fazer o que [...]. (A6, 76 anos).

Categoria II: Mudanças encontradas na dinâmica familiar após o diagnóstico

Quando questionado aos participantes, qual a repercussão na dinâmica familiar após o diagnóstico de câncer de próstata evidenciou-se que muitos se referem como mudanças,

a necessidade de deslocamento para o tratamento, visto que o município de residência não o oferece, além disso, apontaram o apoio da religiosidade na aceitação do diagnóstico. Apenas um participante relatou que não existiram mudanças após o diagnóstico, como demonstra os trechos das falas abaixo: [...] Ficaram assustados porque que é muito difícil agente sair daqui e ir pra Salvador, tá pra lá e pra cá, pra lá e pra cá [...]. (A1, 67 anos). [...] Na família, mudanças nenhuma não [...]. (A3, 78 anos). [...] A mudança quase que não teve nenhuma porque nós somos evangélicos e cremos muito em Deus [...]. (A8, 72 anos). [...] Mudou um pouco, principalmente na viagem, cada semana ia um comigo pra ajudar [...]. (A9, 58 anos).

[...] É, veio a tristeza total, né? É que ninguém espera isso, né? Nem eu esperava, pelo cuidado que eu tinha [...]. (A8, 72 anos).

Categoria III: Enfrentamento do diagnóstico e do tratamento pela família

Quando questionado aos participantes, de que forma a família ajudou no tratamento da doença, foi demonstrado que os filhos e a esposa são os mais atuantes nesse momento.

Nessa perspectiva emergiram as seguintes subcategorias: I-participação da família durante o diagnóstico e tratamento; II-dificuldades encontradas pela família; III- facilidades encontradas pela família.

Subcategoria I: Participação da família durante o diagnóstico e tratamento

Durante a entrevista, os pacientes foram indagados quanto à participação da família no período em que foi diagnosticado o câncer e durante o tratamento. Nota-se a emoção e alegria em falar da família nas falas abaixo:

[...] achei assim, um grande apoio na minha mulher, meu filho (fala chorando), sendo quem me dava maior apoio eram eles [...]. (A1, 67 anos).

[...] só tem que agradecer a Deus, agradecer a Deus, aos filhos, minha esposa que tão junto aí, junto lutando [...]. (A2, 74 anos).

[...] Ótimo e bom demais. Bom demais, todo mundo entendendo, ajudou viu, quem não ajudou em condições financeiras, mas ajudou em palavras [...]. (A6, 76 anos).

Subcategoria II: Dificuldades encontradas pela família

Quanto às dificuldades encontradas pela família, a maioria está relacionada às questões financeiras para despesas com a viagem, sendo consideradas as maiores barreiras para o tratamento, conforme as falas descritas abaixo:

[...] Dificuldade pra tá pra Salvador direto porque nem todo tempo a gente tem dinheiro pra viajar, mas a gente passou, graças a Deus agente passou essa luta [...]. (A1, 67 anos). [...] a dificuldade e problema de alimentação que

eu sabia, a alimentação mais em casa praticamente num tinha [...]. (A8, 72 anos).

A presente pesquisa apontou para um dado que não foi descrito em outros estudos, apresentado pelo relato de não haver dificuldades no tratamento, mesmo este sendo realizado fora do domicílio, como demonstra a fala abaixo: [...] Rapaz nenhuma dificuldade, não tive nenhuma [...]. (A5, 71 anos).

Subcategoria III: Facilidades encontradas pela família

Ao serem questionados sobre as facilidades encontradas pela família durante o tratamento, alguns pacientes relataram a participação de amigos e vizinhos no tratamento, como demonstra as unidades de fala abaixo:

[...] a minha família procurou ajudar conforme eles podiam ajudar [...]. (A2, 74 anos).

[...] houve bastante facilidade dos amigos vizinhos [...]. (A7, 55 anos).

[...] a facilidade é que a gente encontra hoje e como eu te falei, a gente é confiar em Deus e seguir o tratamento. (A8, 72 anos).

Outro dado evidenciado foi quanto ao atendimento humanizado considerado como fator de importância para facilitar o tratamento pelos pacientes, além disso, mesmo sendo responsabilidade do município, de acordo com as políticas de atenção à saúde, muitos afirmaram a disponibilização do transporte ser uma facilidade no tratamento, como demonstram as unidades de fala abaixo: [...] o transporte não falta. Quando num tem o transporte, o município dá o dinheiro pra comprar e ir de ônibus [...]. (A4, 62 anos). [...] facilidade... hum, fui bem atendido em Itabuna. (A5, 71 anos).

DISCUSSÃO

Corroborando com esses dados, estudo realizado em Maringá, no Paraná observou que a prática de realizar exames se mostrou mais prevalente na faixa etária de 70 anos ou mais, comparando com idades inferiores, assemelhando-se a achados de outros estudos que também verificaram que a chance de realizar um exame cresce com a idade (1,11).

O carcinoma acomete homens acima de 65 anos, e sua incidência é ascendente em homens da raça negra, além disso, a história familiar é um grande fator de risco para a ocorrência desta doença. O estadiamento primitivo continua sendo o principal fator prognóstico de sobrevida, sendo 10 anos, superior a 70% em casos de tumores clinicamente localizados (12).

Resultados encontrados em um estudo, quando analisados a escolaridade e o adoecimento por câncer, não proporcionaram diferenças significativas entre as pessoas com menor e maior nível de escolaridade. Contudo, em se tratando de doenças crônicas, diversos estudos distinguiram maiores

frequências nos segmentos de menor escolaridade, revelando desigualdade social no enfrentamento destas doenças (6).

Homens com menor nível de escolaridade têm maior deficiência de informações sobre essa patologia, comparados a homens com circunstância de escolaridade mais avançada. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de ações que apresentem informações acerca do câncer de próstata, aos homens de baixa escolaridade, de forma clara e adequada a esse público, com a finalidade de incentivar o maior número de homens para a realização de exames de detecção precoce.

Nesse seguimento, a essência de uma pessoa pode ser definida como uma expressão parcial da sua espiritualidade, independente de sua religião praticada por meios de doutrinas e/ou crença, uma fé que dará suporte em momentos de dor e sofrimento causados pelo câncer. Dessa maneira, a fé é desempenhada de tal forma que o impacto da mesma produz capacidade de suportar sentimentos debilitantes, como raiva e ansiedade, na busca pela cura.

Assim, a religião revela-se respeitável no enfrentamento da doença, ao desempenhar papel protetor contra a morbidade psicológica, pois têm impacto importante sobre a maneira como a pessoa lida com a enfermidade, vivenciada de forma humana e verdadeira em que o doente sente-se mais revigorado para ir em busca de algo que lhe permite lutar contra a doença (13).

Categoria I: Reação dos familiares ao diagnóstico de câncer de próstata

A família, na maioria das vezes, é vista como responsável por prestar as ações de cuidados. Contudo, o diagnóstico de câncer gera um choque profundo ameaçando o equilíbrio pessoal, o que expressa sentimentos de medos, angústias, dúvidas e ansiosos provocados pelo câncer, sentimentos difíceis de serem compreendidos de imediato, por isso, na realização de exames para a detecção precoce é necessária a participação da família e, desde então, atividades educativas que abordem como lidar com a doença (14,15).

A família pode não estar preparada, desprovida de informação sobre a enfermidade e o tratamento, assim, poderá ganhar instrução sobre agilidades técnicas para cuidar na residência. A rede e a contribuição social são soluções que a equipe de enfermagem pode proporcionar para melhorar a qualidade de vida das famílias, promovendo, fortalecendo e mantendo o bem-estar das pessoas (16).

Assim, é necessário que haja apoio não só das equipes de saúde, é preciso que o familiar seja abordado pelo núcleo de assistência social, seja ela do município ou da clínica de tratamento, desde a primeira consulta, dando informações precisas, a fim de preparar esse familiar para lidar com a positividade do diagnóstico.

Categoria II: Mudanças encontradas na dinâmica familiar após o diagnóstico

Estudos mostram a doença como um choque para família, uma vez que o diagnóstico de câncer compromete os familiares no sentido de que eles, junto com o paciente, precisam de cuidado, com informações sobre os sintomas e a doença. Além disso, a participação ativa nas diversas fases da doença, tratamento, disponibilidade de apoio são considerado fatores facilitadores para um bom enfrentamento, capazes de vencer, de forma flexível, as dificuldades da vida (17,18).

Pesquisas atuais têm se referido à religião ou fé como sendo importantes no enfrentamento de circunstâncias de crise, como o acometimento de uma doença grave. São estratégias comumente adotadas por pacientes com câncer, sendo que, muitos deles, tornam-se ainda mais religiosos após o diagnóstico da doença. A fé é uma estratégia importante para o enfrentamento, tanto do diagnóstico, como do tratamento do câncer, além disso, a oração e a reflexão são formas de suportar os reveses da doença e funcionam como uma proteção para os familiares (17,19).

Os fatores como crenças e cultura têm sido obstáculos quando se tratam de práticas de saúde, incluindo a prostatectomia radical, a quimioterapia e a radioterapia, podendo ocasionar diminuição da libido, impotência sexual e incontinência urinária. Refutando os dados da referida pesquisa, evidenciou-se positividade da religião e espiritualidade, no enfrentamento do câncer (20).

Percebe-se que o diagnóstico de câncer gera um transtorno familiar, sendo necessária a participação dos familiares em todos os momentos da doença. Em muitos casos, a religião e a fé são fonte de apoio para as adversidades. No entanto, pode-se considerar a fé como suporte espiritual, acrescido de informações sobre a doença, a fim de manter organizado todo conjunto familiar durante o tratamento.

Outro dado referenciado por apenas um participante, foi que não houveram mudanças familiares durante o tratamento, o que não foi identificado em nenhum outro estudo, assim, esse achado pode revelar a não participação da família no tratamento.

Outrossim, estudos apontam que familiares cuidadores vivenciam alterações na sua vida pessoal e rotina diária em função do cuidado prestado ao paciente com câncer. Muitos abrem mão de sua privacidade e de várias outras coisas em sua vida, como sua casa e seus objetivos de vida. Outros problemas estão relacionados ao financeiro, aumento das despesas e abdicação do trabalho, especialmente porque eles não têm o auxílio de outra pessoa nessa função de cuidar, sendo essencial haver mais pessoas envolvidas no cuidado ao paciente com câncer (21,22,23).

Categoria III: Enfrentamento do diagnóstico e do tratamento pela família

De acordo com estudo realizado em Pernambuco, o familiar precisa estar preparado para assumir o cuidado, acrescido de informações sobre a doença e o tratamento. Recursos materiais, sociais e psicológicos podem ter um papel decisivo na decisão do familiar em relação à continuidade do cuidado em casa, quanto à efetividade do resultado (16,17).

Considerando essas questões, o familiar, ainda que seja leigo, assume a responsabilidade pelas obrigações do cuidar do outro, sendo apontada como a principal fonte de apoio para o paciente, uma unidade de atenção. O cuidador pode ser o cônjuge, outros componentes da família e amigos próximos, essenciais durante o tratamento e na recuperação do doente (24).

O familiar exerce um papel fundamental no estímulo ao tratamento, necessitando receber atenção para um bom enfrentamento da doença. Segundo autores, durante o tratamento é necessário que o familiar desenvolva atividades grupais como forma de controle positivo diante da doença (25). Além disso, a família passa por diversas situações durante o tratamento, o que justifica a necessidade de receber apoio, possibilitando uma atenção ao paciente durante seu tratamento.

Com isso, fica evidenciado que a família deve participar do tratamento, pois oferece apoio ao paciente para passar pelas adversidades do tratamento oncológico, no entanto, deve-se também ser instituído acompanhamento a estes familiares, para que eles estejam preparados para lidar com a situação. Outro fato relevante é que a maioria dos homens não tem conhecimento dos sinais e sintomas da doença, mesmo afirmando já ter ouvido falar sobre o assunto. Muitos relacionam a doença com a morte e afirmam que quanto mais cedo fizerem o exame, facilitarão o tratamento.

A detecção precoce é de fundamental importância e visa a maior possibilidade de cura. A dificuldade está em quebrar o preconceito até mesmo em falar da doença, o que impossibilita a busca do homem pelo conhecimento, a fim de realizar os exames anualmente (6). É importante criar ações voltadas para os homens a respeito de informações do câncer de próstata, sensibilizando os mesmos a buscarem nas unidades de saúde, serviços preventivos e indicativos do controle da doença.

O paciente oncológico tem por direito o transporte, diárias para alimentação e pernoite para ele e para os acompanhantes, financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando o tratamento ocorre fora do domicílio e quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município (26).

Nas falas dos pacientes, percebem-se as dificuldades em transporte e alimentação, mesmo o SUS financiando todos esses recursos e sendo garantidos por Lei. Isso pode

ser decorrente de problemas em repasses, que poderiam ser antecipados para custear os gastos do acompanhante e do doente. Diante disso, é necessário que o paciente e seus familiares utilizem de recursos próprios para custear alimentação durante o tratamento.

Assim, mesmo o município disponibilizando o transporte, existem outros problemas que são enfrentados pelos pacientes, como os evidenciados em estudos, que apontaram que as principais despesas dos pacientes estavam relacionadas à falta de Centros Especializados em oncologia na cidade de origem dos portadores de câncer, levando-os a se deslocarem para outras cidades, resultando em tempo demorado de viagem, o que ocasionou outros problemas, pois muitas vezes, os pacientes não tem subsídios para se manterem. A precariedade das estradas é outro fator decisivo, pois muitos pacientes idosos com estado de saúde já comprometido, enfrentam longas horas em autoestradas, tendo que fazer todos os dias esses percursos (27,28,29).

A necessidade de locomoção para realização de exames e tratamento oncológico em outras cidades são práticas comuns. No entanto, o deslocar acarreta em desgaste físico e psicológico aos pacientes que já estão debilitados, devido à sua patologia. Garantindo os meios de transporte, o SUS custeia as despesas, seja aéreo, terrestre e fluvial, bem como alimentação para o paciente e acompanhante, para os casos nos quais o tratamento é realizado fora do domicílio (26). Nota-se que com todas as dificuldades, o município não poderia deixar faltar o transporte, alimentação e hospedagem ao paciente e acompanhante, que é garantido pelo SUS, no entanto, os dados inferem que o município em questão disponibilizava apenas o transporte.

Muitos participantes exaltavam a importância na crença em Deus, o que os ajudavam a manter a frequência no tratamento. Com isso, a fé denomina uma qualidade do indivíduo norteada para Deus, considerada mais primordial, mais pura e mais diretamente relacionada com a alma em sua relação com o divino, que procura atribuir significado ao sentido da existência. A probabilidade de morte e doença fazem do enfrentamento, sustentado pela religião, uma tática para reduzir o stress e levar a melhoria da qualidade de vida, considerada como importante, diante de situações difíceis, como no caso do tratamento do câncer (30).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza o cuidado espiritual para pacientes com câncer pela equipe de saúde que o assiste, ressaltando que esse proporciona ao paciente autonomia no processo saúde-doença, elevando a autoestima durante o tratamento, uma fé que o leva a vencer os desafios da doença, seguindo em frente com seus projetos de vida (31).

A assistência humanizada ao paciente com câncer e seus familiares permite a todos verbalizarem seus sentimentos, dentro ou fora da própria família, o que os levam a desempenhar

ações de autocuidado, dentro de suas possibilidades, na busca de soluções de problemas relacionados ao tratamento. Observa-se que uma abordagem assistencial, de preferência na primeira consulta do paciente/família na clínica, possibilita que a equipe interaja com os pacientes, dando subsídio quanto ao diagnóstico, aos processos de tratamento e à qualidade dos serviços existentes na instituição (32).

As atuações que colaboram para o bom atendimento e participação da equipe de enfermagem trazem a importância da comunicação, na qual o diálogo aparece como vínculo profissional-paciente e desse vínculo surge a confiança tão indispensável na relação de ajuda. Além disso, o bom atendimento é um grande aliado que proporciona satisfação ao paciente durante o tratamento, sendo necessário que ocorra empatia do profissional, respeitando o momento do paciente (33,34).

Durante o transcorrer desta pesquisa foi possível perceber que o processo de descoberta do câncer, bem como o seu tratamento, levam os pacientes a vivenciarem diversas dificuldades, como o deslocamento e a falta de recursos financeiros, além disso, a realização de exames e obtenção de medicamentos, também foram destacadas como dificuldades. A assistência humanizada foi abordada como facilidade para atendimento ao paciente com diagnóstico e em tratamento de câncer de próstata, já que a comunicação e aproximação dos profissionais com o paciente criam vínculo que facilitam o entendimento e a realização das orientações realizadas, o que fica favorecido pela confiança estabelecida.

Constatou-se que a participação da família, a fé em Deus e crença religiosa são fundamentais durante o processo de tratamento, pois leva o indivíduo a desenvolver habilidades necessárias para o enfrentamento da doença. Assim, as informações obtidas através desta pesquisa permitem ao profissional de saúde voltar o olhar também ao cuidador/familiar, pois estes enfrentam adversidades ao abrirem mão de seus projetos de vida, emprego, entre outras coisas, sendo necessário instituir apoio psicológico para enfrentamento da doença junto ao doente.

Portanto, a pesquisa contribui para uma melhor concepção sobre as repercussões no contexto familiar do adoecer de câncer na organização da família e as mudanças causadas por esse evento. Conjectura-se, portanto, que as repercussões dos efeitos deletérios ocasionados pelo câncer são perceptíveis desde o momento do seu diagnóstico, e se não tratadas em tempo hábil, traz impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Nessa ótica, podem ainda contribuir com o aumento da prevalência e incidência da morbimortalidade neoplásica no país.

As limitações desse estudo estão relacionadas com o tamanho da amostra, assim, se fazem necessárias outras pesquisas, com um maior número de informantes, para elucidarem a repercussão da família no seguimento dos

pacientes com câncer de próstata. O resultado desta pesquisa poderá contribuir de forma clara, para que sejam intensificadas políticas de saúde voltadas para prevenção, detecção precoce do câncer de próstata, e reabilitação do paciente diagnosticado com a afecção em questão, visando à efetivação de ações de inclusão e acompanhamento da família em todas as fases do tratamento nas Unidades de Saúde da Família (USF) e outros níveis de atenção à saúde ♠

REFERÊNCIAS

1. Amorim VMSL, Barros MBZ, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. et al. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2):347-356. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200016>.
2. Zare M, Ghodsin F, Jahanbin I, Ariaifar A, Keshavarzi S, Izadi T et al. The Effect of Health Belief Model-Based Education on Knowledge and Prostate Cancer Screening Behaviors: A Randomized Controlled Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016; 4(1):57-68.
3. Barbosa RRT, Pompeo ACL, Gliana S. Prostate Cancer in Brazil and Latin America: Epidemiology and Screening. *Int. braz j urol*. 2016; 42(6):1081-1090. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2015.0690>.
4. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência de câncer no Brasil [Internet]. Ministério da Saúde. 2014 [cited 2016 February]. Available from: bit.ly/3oErcte.
5. Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):88-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100014>.
6. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PSC, Viegas SMF, Rodrigues AB. et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):697-704. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.201400099>.
7. Visoná F, Prevedello M, Souza AN. Câncer na família: percepções de familiares. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(1):145-155. <https://doi.org/10.5902/217976923943>.
8. Salci MA, Marcon SS. Enfrentamento do Câncer em Família. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20:178-86. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500023>.
9. Martins CBS, Filho NS, Pires MLN. Estratégias de coping e o impacto sofrido pela família quando um dos seus está em tratamento contra o câncer. *Advances in Health Psychology*. 2011; 19(1-2):11-18. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v19n1-2p11-18>.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 70. ed. São Paulo: Edições, 2011.
11. Melo WA, Teixeira M, Carvalho MDB. Fatores Demográficos Associados à Realização do Antígeno Prostático Específico (PSA) em Município Sul Brasileiro. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013; 1(1):1800-1808.
12. Zacchi SR, Amorim MHC, Souza MAC, Miootto MHMB, Zandonade E. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. *Cad. saúde colet*. 2014; 22(1):93-100. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010014>.
13. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzine RG, Carvalho EC, et al. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(2):539-545. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>.
14. Carvalho JL. Câncer: Consequências para o paciente e família após a confirmação do diagnóstico-Realizado em um hospital de referência FAP de Campina Grande-PB [Trabalho de Conclusão de Curso] 2010. Localiza-se em: Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

15. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA, Caliri MHL. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2013; 46(3):289-296. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v46i3p289-296>.
16. Sanchez KOL, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):290-299. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200019>.
17. Melo MCB, Barros EN, Campello MCVA, Ferreira LQL, Rocha LLC, Silva CIMG, Santos NTF, et al. O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicologia em Revista*. 2012; 18(1):73-89. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p73>.
18. Maluschke JSNFB, Fialho RBM, Pedroso JS, Coelho JÁ, Ramalho JAM. Dinâmica Familiar no Contexto do Paciente Oncológico. *Revista do NUFEN*. 2014; 6(1):87-110.
19. Farinhas GV, Wendling MI, Zanon LLD. Impacto Psicológico do Diagnóstico de Câncer na Família: Um Estudo de Caso a partir da Percepção do Cuidador. *Pensando fam*. 2013; 17(2):111-129.
20. Moscheta MS, Santos MA. Grupos de apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. *Cienc Saude Coletiva*. 2012; 17(5):1225-1233. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500016>.
21. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):317-326. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200013>.
22. Barros SMM, Andrade MAC, Siqueira FAA. Cuidar de um Familiar com Câncer: Contribuições da Terapia Familiar Sistêmica. *Pensando fam*. 2103; 17(2):96-110.
23. Rossato K, Perlini NMOG, Mistura C, Sand ICPV, Camponogara S, Roso CC et al. O Adoecer por Câncer na Perspectiva da Família Rural. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3:608-617. <https://doi.org/10.5902/2179769210989>.
24. Sparla A, Vorgang SF, Villalobos M, Krug K, Kamradt M, Coulibaly K, et al. Individual difficulties and resources – a qualitative analysis in patients with advanced lung cancer and their relatives. *Patient Preference Adherence*. 2016; 3(10):2021-2029. <https://doi.org/10.2147/PPA.S110667>.
25. Oliveira AM, Pozer MZ, Silva TA, Parreira BDM, Silva SR. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):240-245. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100032>.
26. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo Com o Câncer: Do Diagnóstico ao Tratamento. *Rev Enferm UFSM*. 2015; 5(3):499-510. <https://doi.org/10.5902/2179769215709>.
27. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MMF. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):342-348. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200006>.
28. Grabois MF, Oliveira EXG, Carvalho MS. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(2):368-378. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004305>.
29. Guimarães AGC, Anjos ACYI. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. *Rev Bras Cancerol*. 2012; 58(4):581-592. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n4.560>.
30. Silveira CF, Regino PA, Soares MBO, Mendes LC, Elias TC, Silva AR, et al. Qualidade de vida e toxicidade por radiação em pacientes com câncer ginecológico e mama. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(4):e20160089. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160089>.
31. Borges ML. A utilização do coping religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2015.
32. Alcantara LS, Oliveira ACAM, Guedes MTS, Santos MCM, Diniz DR, Soares E, et al. Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA. *Rev Bras Cancerol*. 2014; 60(2):109-118. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2014v60n2.475>.
33. Terra ST, Costa AMDD, Damasceno LL, Lima TS, Filipini CB, Leite MAC et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Rev Bras Clin Med*. 2013; 11(2):112-117.
34. Rennó CSN, Campos CJG. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(1):116-125.