



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

RENATA DE MATOS BRAGA

**PROSTATECTOMIA RADICAL E DISFUNÇÃO ERÉTIL: EXPERIÊNCIAS
DE CASAIS SOBRE A VIDA SEXUAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador - Bahia

2024

RENATA DE MATOS BRAGA

**PROSTATECTOMIA RADICAL E DISFUNÇÃO ERÉTIL: EXPERIÊNCIAS
DE CASAIS SOBRE A VIDA SEXUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Virginia Silva
Lordêlo Gardoggini

Salvador- Bahia

2024

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

EBMSP- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

IPL – Instituto Patrícia Lordêlo

AGRADECIMENTOS

Enfim, cheguei aqui! E não conseguiria se não houvesse várias mãos e histórias neste trabalho, por isso gostaria de agradecer a tantas pessoas que sempre estiveram comigo (e não importa se esta proximidade foi/era/é fisicamente ou ativamente no meu processo)!

Agradeço a Deus por toda luz, amor e proteção! Eu te agradeço por nunca ter estado longe, mesmo quando eu achei que já não estava não tão perto de mim!

Agradeço a minha família que, mesmo não concordando com algumas escolhas que fiz, não me deixaram na mão, não me abandonaram, e sempre estão perto! Acreditaram e vibraram com cada conquista que tive e, que tenho! E tiveram que lidar com minha ausência muitas vezes! Eu não seria nada sem o AMOR de vocês! Estão perto de mim SEMPRE: Luiz Alberto e Vanda Castro, Camila Castro, tia Gal e Rizo

Sou grata a Kbção (João Frederico de Jesus), que além do amor, parceria e cumplicidade, sempre me incentivou, vibrou e acreditou mais em mim do que eu mesma! Que diversas vezes teve que escutar “hoje eu não posso, tenho que terminar a escrita”; “não vou poder ir porque tenho que estudar, escrever, fazer...”... teve que aguentar meu mau humor ou cansaço (que não foi pouco!) e ausência! Obrigada é pouco! Importante e necessário sentir o seu amor e incentivo!

Agradeço as minhas amigas, colegas e parceiras Normitha (Norma Fontes) e Veca (Verena Souto) por tudo e por tanto! Eu não conseguiria sem vocês! Agradeço a todo acolhimento, abraços, incentivos, encontros e, cafés e vinhos... e tudo que vivemos juntas, simplesmente, obrigada!!

Agradeço, também, a uma galera que é família, amigas, anjos e, tudo mais, que não me deixou em nenhum momento do meu processo, mesmo sem saber o que estava acontecendo. Obrigada a Poca (Paula Schear), Mani (Manuela Travassos), a minha Dinda (Laura Travassos), Robertinha (Roberta Nascimento) e Kalid (Carolina Kalid) por todo acolhimento, escuta e amor sempre! Cris (Cristiane Anunciação), obrigada por sua torcida e incentivo sempre! Me sinto honrada e feliz por você ser presente em minha vida!

Agradeço a amiga Ana Paula Pitiá por ter aceitado minha provocação e me apresentado ao Universo, a Família CAAP e IPL!! Que UNiverso!!!! Dra. Patrícia Lordêlo, obrigada por ser fonte de inspiração, coragem, forma, realização e fé! Agradeço imensamente pelo nosso processo e por me permitir ser eu mesma! Entenda: você faz muita diferença neste mundo e, leva junto MUUUUITA gente!

À minha banca: OBRIGADA! Me sinto tão honrada por ter mulheres tão potentes contribuindo no meu trabalho, me avaliando. É muito poderoso ter vocês fazendo ciência e modificando a vida de tantas pessoas! Agradeço imensamente as professoras doutoras Mônica Daltro, Priscila Godoy e Roseny Ferreira. por aceitarem o convite de estarem comigo.

Não esqueço e não esquecerei de todo apoio, abraços e tudo mais que encontrei nos anjos que estiveram, em algum momento, do meu processo (eles nem sabem o quanto foram, mas, são importante demais para mim!), são eles: Carlos Mamede, Nádia Caldas, Maria Clara Paive (Tu é demais!), Bruna Matos! Cada um, de um jeito tão singular, tem muita contribuição neste trabalho! Obrigada!

Sou grata demais as pessoas que me entregam suas dores para que esta pesquisa acontecesse!!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prostatectomia radical (PR), procedimento predominante no tratamento do câncer de próstata, pode provocar consequências como a disfunção erétil (DE) e a incontinência urinária (IU), que provocam repercussões na qualidade de vida (QV), sexualidade e nos aspectos psicológicos dos homens, suas parceiras e na conjugalidade. **OBJETIVOS:** objetivo primário deste estudo é analisar a experiência do casal sobre a qualidade de vida e saúde sexual após a prostatectomia radical. **MÉTODO:** estudo exploratório de natureza qualitativa baseado em narrativas e na análise de conteúdo temático-categorial. Foram realizadas entrevistas e aplicação da escala DASS 21 com 10 participantes sendo 04 casais heterossexuais e 02 homens, cujas esposas se recusaram em participar. Os participantes possuíam mínimo de 03 anos de relacionamento anterior ao diagnóstico, com idades entre 52 e 75 anos, com queixa de sofrimento psíquico relacionada à DE pós PR há pelo menos 06 meses. **RESULTADOS:** Foram definidas as seguintes categorias de análise: conjugalidade, repercussão da DE e IU na saúde sexual e QV, repercussão da DE e IU na saúde mental e comunicação entre equipe de saúde e paciente/casal. Na categoria conjugalidade os casais apresentaram dificuldade em estabelecer uma comunicação assertiva, repertório de práticas sexuais restrito, insatisfação sexual como predominante pós PR. Na categoria repercussão da DE e IU na saúde sexual e QV se identificou a influência negativa na saúde sexual e diminuição da QV dos participantes, evidenciando intenso sofrimento psíquico com o processo de luto, inclusive ideação suicida por parte de alguns homens. Sobre a comunicação entre equipe de saúde e paciente/casal os dados demonstraram que os médicos explicaram o tratamento, as consequências, indicaram a necessidade da PR e associaram a melhoria na DE e IU mais a reabilitação pós cirúrgica do que a PR. **CONCLUSÃO:** os participantes apresentaram narrativas de intenso sofrimento psíquico em perspectiva diversa para as mulheres e para os homens pós PR, revelando a necessidade de se rever o tratamento proposto afim de fornecer aos casais um tratamento mais qualificado e assertivo, o que aponta para necessidade de mais estudos sobre a temática.

Palavra Chaves: Conjugalidade; Disfunção erétil; Prostatectomia radical; Qualidade de vida; Saúde mental.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Radical prostatectomy (RP), the predominant procedure in the treatment of prostate cancer, can cause consequences such as erectile dysfunction (ED) and urinary incontinence (UI), which have repercussions on quality of life (QoL), sexuality and health. psychological aspects of men, their partners and conjugality. **OBJECTIVES:** the primary objective of this study is to analyze the couple's experience of quality of life and sexual health after radical prostatectomy. **METHOD:** exploratory study of a qualitative nature based on narratives and thematic-categorical content analysis. Interviews and application of the DASS 21 scale were carried out with 10 participants, 4 heterosexual couples and 2 men, whose wives refused to participate. The participants had a minimum of 3 years of relationship prior to diagnosis, aged between 52 and 75 years, with complaints of psychological distress related to post-RP ED for at least 6 months. **RESULTS:** The following categories of analysis were defined: conjugality, impact of ED and UI on sexual health and QoL, impact of ED and UI on mental health and communication between the healthcare team and patient/couple. In the conjugality category, couples had difficulty establishing assertive communication, a restricted repertoire of sexual practices, and sexual dissatisfaction as predominant post-RP. In the category of repercussions of ED and UI on sexual health and QOL, the negative influence on sexual health and decreased QOL of participants was identified, highlighting intense psychological suffering with the grieving process, including suicidal ideation on the part of some men. Regarding communication between the healthcare team and patient/couple, the data demonstrated that the doctors explained the treatment, the consequences, indicated the need for RP and associated the improvement in ED and UI more with post-surgical rehabilitation than with RP. **CONCLUSION:** participants presented narratives of intense psychological suffering from a different perspective for women and men after RP, revealing the need to review the proposed treatment in order to provide couples with more qualified and assertive treatment, which points to the need for more studies on the topic.

Word keys: Conjugality; Erectile dysfunction; Radical prostatectomy; Quality of life; Mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra	38
Quadro 1 - Categorias de análise.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAP	Centro de Atenção do Assoalho Pélvico
DASS-21	Depression, Anxiety And Strss Scale, Versão Curta 21 Itens
DE	Disfunção Erétil
DS	Disfunção Sexual
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPL	Instituto Patrícia Lordêlo
IU	Incontinência Urinaria
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	12
2.1	Objetivo Primário.....	12
3	RACIONAL TEÓRICO	13
3.1	Câncer de próstata.....	13
3.2	Qualidade de Vida e Câncer de Próstata	16
3.3	Disfunção Erétil	18
3.4	Sexualidade	20
3.5	Conjugalidade	23
3.6	Intimidade	24
3.7	Comunicação.....	25
3.8	Sofrimento Psíquico.....	26
3.8.1	Luto.....	27
3.8.2	Luto e câncer de próstata	29
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	Participantes	31
4.2	Instrumentos utilizados na produção dos dados.....	31
4.3	Produção de dados.....	34
4.4	Análise dos dados.....	35
4.5	Considerações éticas	36
5	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	37
5.1	Descrição das características sociodemográficas dos participantes.....	37
5.2	Análise das categorias	38
5.2.1	Conjugalidade	39
5.2.2	Repercussão da DE e IU na saúde sexual e Qualidade de Vida (QV).....	51
5.2.3	Repercussão da DE e IU na saúde mental	56
5.2.3.1	<i>Sofrimento psíquico</i>	<i>57</i>
5.2.3.2	<i>Luto.....</i>	<i>60</i>
5.2.3.3	<i>Ideação suicida.....</i>	<i>64</i>
5.4	Comunicação entre equipe de saúde e paciente/casal	65
5.5	Descrição das características psicoemocionais dos participantes	69
5.6	Notas sobre o pós- protocolo	69
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	71
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICES	82
	ANEXOS.....	89

1 INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é o segundo tipo de neoplasia mais prevalente entre os homens no mundo e no Brasil^{1,2}. O tratamento desta doença é controverso e, predominantemente, é a prostatectomia radical (retirada total próstata) o método de escolha, e que causa diversas consequências, como sérias dificuldades sexuais e urinárias de longa permanência, provocando a diminuição da qualidade de vida destes sujeitos¹⁻⁴. Isso resulta consequentemente, em sofrimento psíquico (ansiedade, depressão, medos, questões associadas a autoestima, imagem corporal e papel na comunidade e sociedade), diminuição da qualidade de vida e impactos na dinâmica familiar, especificamente na conjugalidade⁴⁻⁶. A sexualidade do casal é afetada, e este aspecto, em geral, não é trabalhado adequadamente pela equipe de saúde⁴.

Ainda que a cirurgia atinja minimamente os nervos, o desempenho sexual será afetado³⁻⁵. E como a masculinidade, de uma forma geral, está relacionada com a genitália, o indivíduo tem sua identidade, função, autopercepção e autoestima abalados, o que provoca sofrimento psíquico, que pode evoluir para quadros depressivos severos, até ideação suicida e o suicídio^{7,8}. Este quadro atinge diretamente a parceira do homem em tratamento e, consequentemente, a relação do casal, provocando intenso sofrimento psíquico frente ao processo de luto que este casal experiencia em perspectiva distinta para os homens e para as mulheres^{3,4}. Diante do exposto, é pertinente questionar: as consequências da prostatectomia radical interferem na qualidade de vida e sexual de casais após prostatectomia radical?

Estar em uma relação conjugal presume a existência de uma intimidade (física e emocional) entre os membros do casal, e a sexualidade conjugal é um dos aspectos mais significativos desta interação^{9,10}. Estudos demonstraram que a capacidade de construir relações interpessoais íntimas saudáveis é vital para saúde mental e psicossocial das pessoas⁹⁻¹¹. Dificuldade no estabelecimento de uma qualidade sexual pode impactar nas relações, no entanto, o inverso também é evidenciado, aspectos da interação do casal podem ter interferência na sexualidade^{9,10}.

No que diz respeito à saúde sexual, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que esta é compreendida além dos aspectos relacionados a saúde reprodutiva, está associada a prática sexual segura e satisfatória, livre de qualquer coerção discriminação e violência, ou seja, completo bem-estar físico, emocional e social referente à sexualidade². Vale salientar que a

temática da sexualidade está imersa de tabus inerentes às dimensões culturais, sociais ou mesmo de cunho religioso, ainda nos dias atuais. Além disso, não se pode perder de vista que as relações entre casais são relações humanas sujeitas a todas as complexidades que compõem estas interações⁹⁻¹¹.

Estudos sobre as repercussões na relação do casal após prostatectomia radical ainda são limitados, mas alguns foram desenvolvidos mais recentemente, como exemplo, estudos realizados no Reino Unido^{3,4} e nos EUA¹², que evidenciaram modificações nas relações conjugais com o tratamento e as consequências do câncer de próstata. Assim como, apontaram que mais informações sobre a condição de saúde podem favorecer um tratamento que permita maior participação do homem, da sua parceria e uma intervenção psicossocial, poderiam melhorar a comunicação e qualidade de vida e sexual do casal³⁻⁶. Entretanto, são limitados estudos brasileiros que apontem sobre a percepção da qualidade de vida e da saúde sexual do casal após PR. Desta forma, o objetivo primário deste estudo é analisar a experiência do casal sobre a qualidade de vida e saúde sexual após a prostatectomia radical.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Primário

Analisar a experiência do casal sobre a qualidade de vida e saúde sexual após a prostatectomia radical.

3 RACIONAL TEÓRICO

3.1 Câncer de próstata

O câncer é o nome utilizado para mais de 100 tipos de doenças malignas caracterizadas pelo crescimento desordenado de células que podem invadir tecidos, órgãos e regiões subjacentes, essa divisão celular pode ocorrer de forma muito agressiva e incontrolável. O tratamento pode acontecer por meio de cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea e, em diversos casos, há combinação de algumas destas modalidades¹³.

Nos dias atuais, receber o diagnóstico de câncer ainda é uma experiência impactante, mesmo com todo o avanço tecnológico alcançado na medicina para seu tratamento. Esta notícia resulta em sofrimento psíquico e, ainda, está relacionada a uma sentença de morte¹⁴ de forma, que deflagra diversas reações e emoções em quem a recebe e nos seus familiares e amigos. Este é o momento inicial da crise desencadeada com o diagnóstico, no qual os pacientes tendem apresentar ansiedade, raiva e até depressão como resposta emocional a esse sofrimento.

Como esta patologia é estigmatizada como uma experiência dolorosa e fatal, preocupações e reações relacionadas à morte podem emergir, bem como, durante o seu tratamento. Isto porque o paciente é submetido a várias intervenções invasivas, muitas vezes, mutilações, tendendo a vivenciar diversas perdas e sofrer consequências que trazem prejuízos físicos, financeiros, sociais, emocionais e relacionais. Neste contexto, a pessoa em tratamento se depara com a incerteza perante o futuro, o que pode aumentar a ansiedade, a raiva, o medo, a angústia, o sentimento de pena de si mesmo, a sensação de perda do controle em relação à sua própria vida e, conseqüentemente, o quadro depressivo e, até a ideação suicida^{14,15}. Vale ressaltar, que os familiares e amigos mais próximos desta pessoa em tratamento também experienciam condições de sofrimento psíquico relacionadas à complexidade de tal situação.

O câncer de próstata, que o foco do presente estudo, é o segundo tipo de neoplasia mais prevalente entre os homens no mundo e no Brasil^{1,2}, assim é uma questão de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo^{1,2,13}. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima que no triênio de 2023-2025 serão diagnosticados 704 mil novos casos de cânceres no Brasil, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, que possuem a incidência de 70% dos casos. Nas regiões Norte e Nordeste, o câncer de próstata é o mais incidente (norte: 24,99/100 mil; nordeste: 52,20/100

mil), assim como acontece também na região centro-oeste (risco estimado de 61;60/ 100 mil)¹³, demonstrando que essa é a neoplasia predominante nos homens em todas as regiões brasileiras. Além disso, mais do que os outros tipos de câncer, é considerado a neoplasia da terceira idade, segundo dados do INCA de 2020, ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento da taxa de incidência no Brasil pode ser justificado pela evolução diagnóstica, pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro e pela melhora na qualidade do sistema de informações^{1,13,16}.

A próstata é uma glândula exclusivamente masculina, que fica localizada abaixo da bexiga e na frente do reto, envolve a parte inicial da uretra e é responsável pela produção de parte do sêmen^{1,13,16}. Alguns tumores nesta glândula podem evoluir de forma a se espalhar por outros órgãos (metástase) e até levar à morte, mas, normalmente, o seu desenvolvimento é lento (leva cerca de 15 anos para alcançar 1cm³), assim, provoca poucos sinais ao longo da vida e não ameaça tanto a saúde do homem^{1,13,16}.

Os sintomas característicos do câncer de próstata são obstruções urinárias (urina em dois tempos, retenção da urina, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, gotejamento após micção, dor ou ardência ao urinar) e/ou irritativos (elevação ou diminuição da frequência urinária, incontinência e urgência urinária e aumento da frequência urinária noturna)^{1,16}. O câncer crescendo pode atingir órgãos próximos (bexiga, reto ou ureteres) que podem causar dor pélvica, edema escrotal e nas pernas, dor na lombar, sangue na urina. Quando evolui para metástase, geralmente, ocorre nos ossos, principalmente em coluna, quadril e costelas provocando dores nestas regiões¹⁶.

As causas do câncer de próstata ainda são desconhecidas, porém, já se sabe que estão relacionadas com desequilíbrios genéticos que causam alterações moleculares responsáveis pela sua evolução. Os fatores ambientais estão relacionados com o desencadeamento ou com o ritmo de evolução da neoplasia.

O diagnóstico é feito por meio de exame clínico (toque retal) associado ao resultado do PSA (exame de sangue que mede o antígeno prostático específico), em que o estadiamento clínico e o escore histopatológico de Gleason, varia de 2 -10 tendo como objetivo informar sobre a perspectiva de crescimento e possibilidade de disseminação¹⁶. De acordo com este resultado, deve ser realizada uma ultrassonografia pélvica que indicará ou não a necessidade de uma biopsia prostática transretal em que a confirmação diagnóstica é feita por meio do estudo

histopatológico do tecido retirado nesta biópsia^{1,16}. Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia -SBU, homens a partir de 50 anos devem fazer avaliações anuais com o toque retal e dosagens sanguíneas de PSA¹⁶. Se houver histórico familiar para câncer de próstata e homens da raça negra devem iniciar este acompanhamento aos 45 anos, devido a maiores fatores de risco relacionados.

O tratamento dessa doença é controverso e, predominantemente, é a prostatectomia radical (retirada total próstata), que causa diversas consequências, como sérias dificuldades sexuais e urinárias de longa permanência, o que provoca a diminuição da qualidade de vida destes sujeitos¹⁻⁴.

Assim, o tratamento depende do estadiamento da doença, da idade e do quadro geral de saúde do paciente, ou seja, cada caso precisa ser avaliado individualmente. Geralmente, o tratamento envolve, de maneira isolada ou combinada os seguintes procedimentos: observação vigilante, intervenção cirúrgica, radioterapia e terapia hormonal¹. Na fase inicial da doença (localizada na próstata), a opção pode ser vigilância ativa (acompanhar a evolução), cirurgia (prostatectomia radical - PR) e radioterapia externa ou braquiterapia. Em situações da doença avançada, normalmente, opta-se pela cirurgia e radioterapia. Quando o câncer se encontra em estado extremamente avançado, o tratamento deve ser paliativo (terapia de ablação hormonal e quimioterapia, podendo ser associada ou não a procedimentos cirúrgicos na tentativa de aliviar o fluxo urinário e uso de medicação para proteção óssea)¹⁶. É importante que o tratamento de cada caso seja individualizado¹⁶.

A observação vigilante consiste em acompanhar, periodicamente com exames (repetição de exames do PSA, toque retal e novas biópsias) que obedeçam rigorosamente aos critérios de controle da evolução do quadro, em homens com diagnóstico de câncer de próstata, normalmente sendo indicada para pacientes com mais de 75 anos e em tumores de baixa agressividade¹³. Nos EUA cerca de 50% e na Suécia cerca de 90% dos pacientes com câncer de próstata encontram-se em observação ativa¹⁶.

A PR é, predominantemente, a intervenção mais utilizada no tratamento de câncer de próstata no mundo. Nesta intervenção, é retirada a próstata, estruturas subjacentes (vesículas seminais, linfonodos e fragmento da uretra)^{1,16}. Existem três maneiras de realizar a intervenção cirúrgica: a tradicional, denominada de cirurgia aberta; e as menos invasivas, que são laparoscopia e

robótica. Entretanto, mesmo nas técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, poderão haver sequelas fisiológicas como disfunção erétil e incontinência urinária. No Sistema Único de Saúde (SUS) são disponibilizadas as técnicas aberta e laparoscopia¹⁶, a PR via robótica está sendo estudada pelos órgãos responsáveis para ser inserida no tratamento do SUS¹⁷.

A PR tem consequências importantes para o indivíduo, visto que na realização do procedimento, estruturas neurais responsáveis pela ereção podem ser afetadas (ressecadas), ocasionando, sequelas como incontinência urinária (IU), disfunção erétil (DE), alterações no orgasmo (não há mais ejaculação do sêmen, o orgasmo torna-se menos intenso ou desaparece) e infertilidade^{1,16,18}. podendo influenciar na qualidade de vida do homem em tratamento. Estudos demonstram que a autoestima, a identidade do homem em questão, seu estado de humor, de estresse são afetados diretamente após a PR, podendo evoluir para quadros severos de estresse, ansiedade, depressão e, até ideação suicida. Consequentemente, sua parceria (se estiver em uma relação conjugal) também é afetada, além de todos com quem convive^{6,18,19}.

3.2 Qualidade de Vida e Câncer de Próstata

A qualidade de vida (QV) segundo a OMS (1998) é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Envolve o bem estar biopsicossocial, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida²⁰.

O processo de saúde x doença, passou a considerar a melhoria na QV como um dos resultados esperados nas práticas assistenciais e nas políticas públicas em promoção e prevenção em saúde^{20,21}. São multifatoriais e complexos os determinantes e condicionantes que estão presentes neste processo, envolvendo aspectos econômicos, culturais, sociais, história e o estilo de vida. Desta forma, o conceito de QV está associado ao movimento das ciências biológicas e humanas em considerar mais do que o controle de sintomas, mortalidade, natalidade ou aumento de expectativa de vida^{20,21}.

Existe um crescente interesse pelo estudo da QV na saúde coletiva e nas políticas públicas, de forma que este dado tem sido considerado indicador para avaliação de eficácia e eficiência de tratamentos em saúde²⁰⁻²². Também tem servido como indicador para avaliar o impacto físico

e psicossocial do adoecimento e tratamento na pessoa acometida, permitindo a melhoria na qualidade do tratamento oferecido pelos profissionais de saúde, bem como, na avaliação sobre a melhor conduta terapêutica para cada pessoa. Com isso, as decisões sobre o tratamento são avaliadas da melhor forma²³.

A QV de homens com câncer de próstata associada à saúde em geral é tão importante quanto o controle sobre a evolução deste câncer¹⁹. Sintomas de ansiedade e depressão, estão relacionados com piores resultados na qualidade de vida pós PR^{6,19,24}. Com isso, é preciso identificar os fatores que alteram a QV destes homens, e assim, desenvolver estratégias de intervenção para mitigar a repercussão nesta dimensão. Estudos vem evidenciando repercussões significativas na QV de homens submetidos a PR^{6,25,26}. Em uma pesquisa descritiva correlacional de delineamento transversal com duração de 14 meses com 85 homens submetidos a PR realizada no Brasil em 2019 os seguintes dados foram encontrados: o desempenho no trabalho de 22,35% dos participantes foi afetado, principalmente, pela IU diante do esforço físico; a maioria dos participantes mencionaram o prejuízo em atividades sociais (bares, festas, atividades de comunidades); também, foi identificada a repercussão na autoestima, sintomas de ansiedade (18,82%) e depressão (16,47%); os participantes com sintomas urinários apresentaram repercussão na autoestima, o que provocou maior prejuízo na função sexual²⁴. O estudo indicou que a QV vida de homens submetidos a PR tem relação direta com o câncer, especificamente, com os sintomas urinários e a disfunção sexual²⁴. Esses dados corroboram com dados identificados em outros estudos^{6,25,26}.

Desta forma, a QV vida em geral e o funcionamento sexual do homem com câncer de próstata deveria ter papel importante na tomada de decisão sobre o tratamento a ser realizado. Estes homens precisam ser informados detalhadamente e cuidadosamente sobre a doença, sua evolução e consequências do tratamento. Assim, deve-se discutir sobre anatomia pélvica, possíveis sequelas da radiação e PR na funcionalidade, desejo e satisfação sexual, libido. A equipe de saúde precisa estar capacitada e disponível para discutir exaustivamente questões de saúde, em todos seus aspectos, incluindo questões sobre sexualidade e os aspectos psicossociais e físicos que influenciam diretamente na QV dos homens prostatectomizado^{4,24,27}.

3.3 Disfunção Erétil

Disfunção erétil, principal consequência da PR, é a disfunção sexual (DS) mais complexa a ser tratada. E, para compreender esta complexidade é preciso discorrer sobre o aspecto cultural que condiciona o conceito de masculinidade a genitalidade⁸.

O pênis é visto, culturalmente, como símbolo de poder, dominação, virilidade e potência⁸. Desta forma, apresentar a disfunção erétil provoca no homem uma crise de identidade, no seu papel social e conjugal e sofrimento psíquico^{4,22,25,28}.

A disfunção erétil é definida como a incapacidade persistente, total ou parcial, de iniciar e/ou manter uma ereção suficiente para efetuar a penetração e a realização da prática sexual (coito) até sua conclusão, o que provoca sofrimento psíquico e dificuldades nas relações interpessoais²⁹. É a DS mais comum entre os homens após 40 anos³⁰. Existem diversos fatores de risco, tais como maus hábitos de vida (sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, estresse); fatores psicossociais, de personalidade; doenças de origem vascular, neurológica, hormonal, crônicas; efeito colaterais de medicamentos e drogas; cirurgias e traumas^{13,16,30,29}. Geralmente, a DE é provocada pela combinação de dois ou mais fatores, e pode ser orgânica, psicogênica ou mista^{8,30}. No presente estudo, a DE foi abordada como uma das consequências da PR, intervenção cirúrgica adotada para o tratamento do câncer de próstata.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais²⁹, define a DE da seguinte forma: “Transtorno Erétil Critérios Diagnósticos 302.72 (F52.21) A. Pelo menos um dos três sintomas a seguir deve ser vivenciado em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos): 1. Dificuldade acentuada em obter ereção durante a atividade sexual. 2. Dificuldade acentuada em manter uma ereção até o fim da atividade sexual. 3. Diminuição acentuada na rigidez erétil. B. Os sintomas do Critério A persistem por um período mínimo de aproximadamente seis meses. C. Os sintomas do Critério A causam sofrimento clinicamente significativo. D. A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou a outra condição médica. Determinar o subtipo: Ao longo da vida: A perturbação esteve presente

desde que o indivíduo se tornou sexualmente ativo. Adquirido: A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal. Determinar o subtipo: Generalizado: Não se limita a determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros. Situacional: Ocorre somente com determinados tipos de estimulação, situações ou parceiros. Especificar a gravidade atual: Leve: Evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do Critério A. Moderada: Evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A. Grave: Evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do Critério A”²⁹.

O DSM-5-TR²⁹ aponta que homens com DE podem ter associados diagnóstico baixa autoestima e autoconfiança, diminuição do senso de masculinidade e humor deprimido. Além disso, está relacionada a sentimento de culpa, raiva, fracasso e receio em decepcionar a parceria o que pode levar a ter medo e/ou evitar situações sexuais. Nesse caso, são comuns a satisfação sexual e o desejo pela parceria estarem reduzidos. Vale ressaltar, que as queixas e sofrimentos referentes a DE variam de acordo com o contexto cultural em questão, e podem influenciar em conflitos intra e interpessoal interferindo no relacionamento conjugal, principalmente, na dimensão sexual. A DE pode ocorrer juntamente com um transtorno depressivo maior³¹.

Cavalanti e Cavalanti (2019), indicam que o homem com DE aliado ao contexto sociocultural que o identifica como viril diante de sua potência sexual pode ter sofrimento psíquico intenso a ponto de causar separação conjugal, desespero e até suicídio. Isso pode ser explicado pelo fato do sexo culturalmente para homens ainda está relacionado a potência, a identidade masculina ser caracterizada pela presença e, não ausência da ereção e a penetração como principal e, muitas vezes, única prática sexual validada^{8,22,30}. O adoecer do corpo influencia na manutenção da identidade deste homem e na sua masculinidade²⁸. Desta forma, homens que tem DE tendem a apresentar sintomas ou transtornos de ansiedade e depressão^{6,8,19}.

A DE é a consequência mais prevalente da PR, e mesmo com a evolução de técnicas terapêuticas avançadas o procedimento implica em conflitos que interferem diretamente em como esses homens lidam no mundo social, em que a DE provenientes da PR pode provocar impacto negativo nos aspectos psicológicos e na saúde geral^{6,24,25,28}. Manejar está DE é um desafio no atendimento dos homens submetidos a PR^{26,32}. As consequências da DE também repercutem na dinâmica conjugal, principalmente na sexualidade.

A pesquisa realizada no Reino Unido com 546 homens prostatectomizados indicam que a comunicação entre profissionais de saúde e os homens em tratamento para câncer de próstata sobre o DE enquanto sequela da intervenção cirúrgica era limitada²⁶. O que pode ser explicado pelo desconforto ou constrangimento dos profissionais em abordar questões relacionadas a sexualidade tanto individual (homem com câncer de próstata) quanto do casal^{6,25,26}. Desta forma, é importante que as questões sobre o câncer, tratamento e as suas sequelas sejam discutidas nas consultas entre os profissionais e o homem e sua parceria, assim como, o casal também devem discutir na sua intimidade emocional, de forma que o homem com câncer de próstata e sua parceria, quando houver, tenham autonomia para participar na decisão sobre realização ou não da PR^{4,24,25,33}.

3.4 Sexualidade

A sexualidade é um ponto central na vida da pessoa, é um aspecto fundante da identidade e construção da personalidade, envolvendo desde o ato sexual, a orientação e a identidade sexual, o erotismo, a afetividade, o prazer e a reprodução, indo além da questão biológica^{18,30,34,35}. As pessoas vivem a sua sexualidade através das fantasias, crenças, comportamentos, pensamentos, valores, práticas, papéis e relacionamentos. Inclusive, pode ser vivida com ou sem parceria³⁰.

Vale ressaltar que em todas as sociedades a sexualidade está imersa em regras morais, científicas e/ou religiosas que são transmitidas de geração para geração. Logo, precisa ser compreendida em sua complexidade que envolve o corpo, a história individual de cada um, a cultura e as relações afetivas. Assim, vai além dos limites da anatomia e fisiologia. Ereção e potência não são eventos semelhantes, satisfação sexual não está vinculada diretamente a ejaculação e ao orgasmo. Portanto, o desempenho sexual não se restringe à anatomia e fisiologia, é necessário integrar os fatores social, cultural, biológico e psicológico^{30,34}. Os determinantes sociais identidade de gênero, etnia, raça/cor e geração são fundamentais na compreensão da sexualidade. Além disso, a sexualidade precisa ser vista e entendida na perspectiva da diversidade^{18,35}.

A indústria do orgasmo, como Abdo (2010) afirma, divulga a ideia de que o prazer sexual é o meio para se atingir e equilibrar os aspectos emocionais, a saúde e a felicidade. Entretanto, os estudos/observações científicas trazem a perspectiva inversa, ou seja, uma pessoa equilibrada emocionalmente e saudável, atinge a satisfação sexual plenamente³⁰.

Neste contexto, a saúde sexual, segundo a OMS (2006) é:

A habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis, de gestações não planejadas e livre de imposições, violência e discriminações. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima. Para tanto, é importante a abordagem positiva da sexualidade humana e o estímulo ao respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria de cada pessoa, estimula o prazer e respeita a autonomia da pessoa.

Assim a OMS (2006) definiu como a preconização pela livre expressão da sexualidade sem violência, discriminações e imposições; respeito ao corpo do(a) parceiro(a) ou dos(as) parceiros(as); experimentar plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; escolher se quer ou não ter relação sexual; ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva³⁵.

Vale salientar, que a temática da sexualidade está imersa em tabus inerentes às dimensões culturais, sociais ou mesmo de cunho religioso, ainda nos dias atuais e, que o estudo aprofundado nessa área ainda é recente, desde seu funcionamento fisiológico quanto na relação entre sexualidade e saúde mental do indivíduo e da sua repercussão na relação³⁶.

Masters e Johnson, na década de 1960, após suas pesquisas sobre a sexualidade foram os pioneiros na descrição anátomo-fisiológica e suas alterações sexuais de homens e mulheres, definindo um modelo linear de resposta sexual humana. Eles acreditavam que era impossível conhecer mais do comportamento sexual sem conhecer detalhadamente da anatomia e fisiologia do sexo, mas sem generalizar as respostas, ou seja, era necessário considerar cada indivíduo e o contexto da resposta apresentada, seus estudos foram bem elucidativos nesta área. Além disso, descreveram o ciclo de resposta sexual humana em Excitação-Platô-Orgasmo-Resolução e, afirmaram que a disfunção é a ausência em uma destas fases³⁷. Estes estudiosos não consideravam a fase do desejo sexual³⁰.

Este modelo funciona da seguinte forma: estímulos internos (pensamentos, fantasias e idealizações) e os estímulos externos (sensações provocadas pelos órgãos sensitivos) são responsáveis pela fase inicial, fase de excitação, a manutenção da excitação, provoca a segunda fase, o platô, e a continuidade da estimulação, provoca o orgasmo (descarga de intenso prazer). Após esta fase, o indivíduo atinge a fase última de resolução, caracterizada pelo estado subjetivo

de bem-estar e retorno do corpo a sua condição física inicial, estabilizando frequência cardíaca, respiração, pressão arterial, etc³⁵.

Kaplan, 1970, aprofundou o modelo do ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson acrescentando fatores cognitivos e afetivos. Ela descreveu um modelo linear trifásico caracterizado por Desejo – Excitação (vasocongestiva genital) – Orgasmo³⁸. Este modelo é utilizado atualmente para se trabalhar com as disfunções sexuais. Esta estudiosa defendia que o desejo sexual é a principal motivação, indispensável, para prática sexual³⁰.

Estes estudiosos chegaram às conclusões de que a resposta fisiológica sexual humana diante dos estímulos eróticos não é exclusiva aos órgãos genitais. E, que são semelhantes as reações funcionais que acontecem tanto no homem quanto na mulher devido a vasocongestão³⁰.

Os modelos de ciclo de resposta sexual descritos são considerados tanto para homens como para mulheres. Rosemary Basson, recentemente, apresentou um novo modelo de ciclo de resposta sexual para mulheres alegando que estas precisam mais de estímulos referentes à intimidade do que aos impulsos biológicos. Para esta autora, a maioria das mulheres iniciam a experiência sexual a partir de uma condição de neutralidade (sem motivação), mas procurando estímulos sexuais (conversas, estimulação física direta, erotização visual), assim, atingiria a excitação. Aqui, desejo e excitação estão interligados a tal ponto que um estimula e reforça o outro movimento circular. Neste modelo, os aspectos subjetivos e afetivos estão relacionados com a satisfação sexual, mesmo que a mulher não tenha alcançado o orgasmo³⁹.

A sexualidade conjugal é um dos aspectos significativos da relação do casal, e se apresenta tanto como fator individual quanto relacional. Além disso, não se pode perder de vista que o sexo é o que distingue a conjugalidade de outras relações que a pessoa tem, e tornou-se um fundante da existência de um casal na pós modernidade^{9-11,40}. Neste contexto, é preciso compreender o quanto o comportamento sexual de um dos membros do casal está inserido em um sistema, sendo influenciando e influenciando o próprio sistema, o prazer ou desprazer, o funcionamento adequado da resposta sexual ou a disfunção desta resposta, sendo resultados da capacidade do indivíduo em se ajustar ou negociar com sua parceria⁴¹.

Uma dificuldade na sexualidade do casal pode provocar padrões relacionais disfuncionais, como distanciamento mútuo, quadro de ansiedade antecipatória seguida do ato sexual tenso,

desconfortável, baixa satisfação, intensa frustração e, conseqüentemente, evitação^{22,41}. Isto pode estar associado à complexidade de como funciona a intimidade e padrão de comunicação do casal, das relações na sociedade pós-moderna e ao tabu diante da temática da sexualidade que ainda é presente nos dias atuais em nossa sociedade^{30,41} e que influencia diretamente na qualidade de vida do casal.

3.5 Conjugalidade

As relações interpessoais possuem papel fundamental, influenciando negativa ou positivamente, no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. O ser humano existe a partir das relações nas quais está inserido. Importante destacar que as relações não são únicas, estáticas e nem imutáveis⁴²⁻⁴⁴. O primeiro grupo social ao qual uma pessoa é integrada é a família, que tem como uma de suas tarefas possibilitar o processo de construção de identidade e de autonomia do indivíduo. Toda e qualquer família tem suas próprias regras, crenças, valores e mitos. Nos meios sociais aos quais fazemos parte ao longo da nossa história de vida levamos nossa reatividade das questões emocionais não resolvidas com nossos pais e familiares mais significativos, através das nossas vulnerabilidades. Assim, existe uma tendência à repetição de padrões antigos (aprendidos em nossa família de origem) nas relações novas e importantes aos quais somos inseridos⁴²⁻⁴⁴.

Ao longo da história de vida de uma pessoa diversas relações serão estabelecidas, assim como, causarão impacto em sua vida. Nesta perspectiva, uma das relações que mais provoca repercussão no indivíduo é a relação conjugal (amorosa). Este casal é visto como um sistema que é constituído por dois sistemas individuais, que participam de dois sistemas familiares mais amplo (um de cada cônjuge), inseridos em um contexto socio, econômico e cultural, sendo influenciado e influenciando estes⁴⁵.

O casal é um sistema constituído por muitos aspectos, como a paixão, o amor, a comunicação, a intimidade, o compromisso, as histórias e os objetivos de vida e a sexualidade^{42,46,47}. Desta forma, está em uma relação conjugal presume que as pessoas envolvidas negociem juntas suas regras de funcionamento para garantir tanto a individualidade e o que foi herdado de suas famílias de origens, quanto a dinâmica conjugal. Assim, se estabelece o que será mantido das tradições familiares de cada um e como serão os relacionamentos com as famílias ampliadas

(tios, primos, avós), colegas e amigos e como o casal funcionará (relação monogâmica ou não, sexualidade, comunicação, divisões das atividades, etc.)⁴²⁻⁴⁴.

A conjugalidade é a única relação por escolha, e vem tendo sua configuração e dinâmica modificada ao longo da evolução da sociedade^{43,44}. Antigamente, o casamento era compreendido exclusivamente para procriação e manutenção dos bens privados no mesmo grupo^{48,49}. Na sociedade pós-moderna as relações são caracterizadas por serem efêmeras, fluidas e imprevisíveis. O casamento, atualmente, não é mais visto como algo natural e que deve durar para sempre. Hoje se presencia o aumento dos números de divórcios e de recasamentos em nome de questões individuais^{19,43,44}. Desta forma, as mudanças no casamento na contemporaneidade revelam a transição do casamento enquanto uma definição institucional para uma definição interna e subjetiva do casal^{44,46}. Estabelecer conexões na relação conjugal e, ao mesmo tempo, preservar a individualidade tem se mostrado o desafio na sociedade atual. A relação conjugal possui duas dimensões importantes, a aliança e a sexualidade³⁶. A aliança conjugal presume a interação entre os cônjuges e simboliza socialmente um compromisso de fidelidade, bem como, indica que o relacionamento íntimo do casal tende a ser a base do bem-estar da família em geral. As histórias pregressas de cada um do casal exercem influência inevitável na forma como se comportaram na interação conjugal⁴⁵. A aliança conjugal funciona como regras que definem a dinâmica da relação conjugal. Para que o sistema conjugal e familiar permaneça funcionando é preciso que os objetivos sejam nítidos e convergentes visando a manutenção do equilíbrio e da coesão.

A dinâmica conjugal estabelecida pelo casal envolve aspectos éticos, morais, afetivos, regras, intimidade, comunicação e sexualidade.

3.6 Intimidade

Vivenciar uma relação conjugal presume a existência de uma intimidade entre os membros do casal. Muitas vezes, esta intimidade é confundida com a fusão. Importante reconhecer a diferença entre construir um relacionamento íntimo com outra pessoa separadamente e colocar o relacionamento conjugal como um complemento do ser e/ou para elevar a autoestima^{9,10,42}. Fusão é tipicamente uma renúncia a identidade individual em nome da identidade conjugal⁴⁵. Culturalmente, homens e mulheres experimentam essa fusão de formas distintas: as mulheres eram educadas a normalizar, a naturalizar, quase que como uma imposição, a entrega de “corpo

e alma” na relação, é ideia ainda é está presente na sociedade pós moderna, em contrapartida, os homens eram educados a considerar a intimidade como algo amedrontador que deveria ser evitado, o que também ainda é vivenciado na atualidade. Neste contexto, os homens tendiam a demonstrar sua intimidade mantendo o afastamento como uma pseudodiferenciação e as mulheres tendiam a uma postura de pseudo-intimidade, o que na verdade, era um “perder de si” em nome da relação⁴².

Sabe-se que construir relações interpessoais íntimas saudáveis é vital para saúde mental e psicossocial das pessoas. Entretanto, há diferentes compreensões da intimidade entre os estudiosos. E muitas vezes, o conceito de intimidade é compreendido, de forma geral, como relacionada prioritariamente as questões sexuais^{10,18}. Há conceitos distintos sobre intimidade na relação conjugal e, no presente estudo, a intimidade foi considerada como “a entrega emocional, o que significa compartilhar não só as virtudes, mas também as fragilidades com o intuito de receber amparo e aceitação”¹⁰. O desafio aqui é que a revelação da fragilidade de um dos elementos do casal pode desencadear ansiedade e desajuste emocional no outro, e é necessária maturidade emocional para lidar com tal situação. Afinal, compartilhar incertezas, instabilidades, inseguranças, sentimentos e emoções não é uma tarefa fácil. Assim, a intimidade vai além da convivência diária, do tempo da relação e da prática sexual do casal¹⁰.

Estabelecer uma relação conjugal com intimidade funcional não significa perder a identidade em função da relação conjugal, mas sim, encontrar uma dinâmica que possa garantir proximidade e afastamento sem que isso cause desajuste emocional importante em um dos cônjuges ou ambos⁴⁵. Um dos aspectos relevantes na construção da intimidade do casal é a comunicação, ou melhor, padrão dinâmico de comunicação que é estabelecido.

3.7 Comunicação

A comunicação é um aspecto que existe em toda relação, é caracterizada por ser um processo dinâmico entre o movimento de falar e escutar, além de ser intransferível. A comunicação permite o compartilhamento de informações, inclusive, a tentativa de não se comunicar, por si só, já é uma comunicação⁵⁰. Os padrões de comunicação estabelecem os comportamentos e as alianças que as pessoas estabelecem entre si⁴⁵.

A cultura, a individualidade e a subjetividade são fatores que influenciam na forma das pessoas se comunicarem, mas nem sempre a comunicação corresponde a um processo eficaz, do mesmo jeito que a esta pode transmitir claramente a intenção do que se quer dizer, também pode transmitir a distorção da intenção e da realidade, o que pode provocar conflitos na relação conjugal, bem como, distanciamento, comunicação sobre os assuntos do cotidiano ou supérfluos⁵⁰.

A comunicação efetiva é fundamental para que o casal possa resolver seus conflitos. Casais nos quais a dinâmica de comunicação não é efetiva e os parceiros não conseguem falar sobre suas insatisfações, questões, medos e sentimentos, pode provocar brigas, mal interpretações, sentimentos ambivalentes e conflituosos, pois o casal tende a começar a evitar a comunicação por medo de causar mais sofrimento um no outro ou a si mesmo. Desta forma, fronteiras podem ser construídas entre os parceiros, o que acaba por influenciar em todas as áreas da relação conjugal^{50,51}. Quando o casal consegue se comunicar de forma efetiva, expressar suas insatisfações, inquietações e sentimentos, tendem a atingir padrões de satisfação conjugal⁵⁰.

Na conjugalidade nem sempre um problema é entendido por ambos cônjuges como tal, pois as percepções e interpretações são influenciados por diversos fatores (subjetividade, contexto, personalidade, natureza da relação, fase do desenvolvimento humano e da relação, aspectos emocionais, entre outros), por isso é necessário que estes tenham um padrão de comunicação assertiva⁴⁵. Para isso, é importante que cada membro do casal diga claramente o que o que deseja, evitem frases e posturas agressivas e busquem falas mais empáticas e assertivas⁵¹. A comunicação conjugal deve envolver os aspectos ligados a intimidade emocional, as regras estabelecidas na dinâmica conjugal, inclusive, a sexualidade.

3.8 Sofrimento Psíquico

Para se identificar o sofrimento psíquico, é necessário se compreender, primeiramente, o conceito de bem-estar, que está relacionado com o conceito de saúde da OMS (2006) “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Assim, o bem estar encontra-se relacionado à condição global da saúde envolvendo também, as singularidades e contexto socio-cultural-econômico de cada pessoa.

Logo, o sofrimento psíquico refere-se a alterações desta condição diante de um contexto complexo que gera desconforto e dor (físico e/ou emocional) apresentando-se por meio de diversas emoções (tristeza, ansiedade, medo, raiva, vergonha), sensações (físicas, como taquicardia, tremores corporais, aperto no peito e, emocionais como angústia, intolerância, sensação de morte...), comportamentos (alterações no sono, apetite, isolamento social, distanciamento, agressividade...), transtornos (depressão, estresse, transtorno do estresse pós traumático, transtorno de adaptação, transtornos de ansiedade generalizada, ideação suicida...) e repercussões físicas (dermatite, dores em regiões do corpo como, dor gástrica, enxaqueca, disfunção temporomandibular, disfunções sexuais...) ^{3,29,52,53}. Uma desordem emocional (crise) que pode evoluir de forma gradativa ou inesperada com distinta intensidade, sendo o sofrimento psíquico uma reação comum e observada em situações de perdas, luto, dificuldade profissional, conflitos familiares, adoecimento e etc.

O adoecimento pelo câncer de próstata tende a causar sofrimento psíquico tanto ao homem quanto a sua parceira e seus familiares. Um dos aspectos deste sofrimento está ligado diretamente a experiência de luto vivenciada.

3.8.1 Luto

O luto é um processo psíquico, individual, singular, mas também amplamente contextualizado de elaboração da perda de alguém ou algo importante, ou seja, o rompimento de vínculo significativo, e não é apenas um estresse doloroso com o qual as pessoas precisam lidar. É um processo que todas as pessoas vivenciam em diversos momentos durante sua vida, que pode não provocar dores físicas, mas sim, sofrimento, desconforto, inquietações que normalmente alteram diversas funções (social, cognitiva, física, espiritual e emocional) na pessoa enlutada ⁵³.

O luto é a experiência humana de perda de alguém/algo significativo ou o rompimento de “um vínculo com uma situação que dava significado à própria vida, definindo os contornos de sua identidade, deixa marcas na biografia de qualquer pessoa.” (Franco, 2021, p. 45) ⁵⁴. A dor e o sofrimento da pessoa diante de uma perda importante está relacionada com o significado desta experiência, isto é, com que tudo que foi perdido junto com a perda maior ⁵⁴.

Ao vivenciar uma perda significativa a pessoa experimenta a perda do seu mundo presumido, isto é, o mundo conhecido não é mais o mesmo, foi modificado com a perda, não dá para negar

a diferença entre o mundo que é (mundo com a perda) e o que deveria ser (o mundo sem a perda). Esta quebra do mundo presumido gera medo, dúvidas e insegurança, tornando a experiência do luto ainda mais assustadora e dolorosa⁵³.

Existem tipos de luto denominados como: normal, complicado, prolongado, traumático, antecipatório e não reconhecido. Neste trabalho, o tipo de luto em questão é o luto não reconhecido. Este consiste no processo de elaboração do sofrimento mediante a perda de vínculo significativo, mas que não pode ser expresso abertamente, pois não é validado, legitimado e reconhecido socialmente o que caracteriza as perdas ambíguas⁵⁵. Exemplos deste tipo de luto são: morte do pet, mudança de cidade/país, separação, morte da(o) amante, demissão, aposentadoria, passagem para determinadas fases do desenvolvimento humano como adolescência e envelhecimento, mutilações, gravidez, perdas de funções ou partes do corpo, diagnósticos crônicos, etc.

Casellato (2015) afirma que

quando uma perda não é reconhecida, experimenta-se o fracasso do ambiente social em oferecer a aceitação e o suporte necessário aos enlutados, que lhes garantiriam a segurança de se sentirem pertencentes e conectados. Consequentemente, a experiência de luto será incrementada por um sentimento de alienação e solidão (p. 23, 2015)⁵⁵.

As pessoas que experienciam o luto não reconhecido tendem a sofrer solitariamente e em silêncio por não serem autorizadas socialmente a expressarem seu sofrimento. Não reconhecer o luto representa ignorar a perda e as emoções desencadeadas por ela⁵⁵. Reconhecer o luto representa admiti-lo como real e verdadeiro⁵⁶.

Sobre o processo do luto, estudiosos em diferentes momentos apresentam modelos distintos de vivenciar este processo. Como o trabalho de Bowlby (1981) que apontou fases no luto (entorpecimento, anseio e busca, desorganização e desespero, recuperação e restituição); de Elisabeth Kübler-Ross (1996) que evidenciou que a pessoa no processo de morrer atravessa de forma não linear 05 fases (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação); de Rando (1993) que traz 05 fases no luto (reconhecimento, reação, recordação, abandono e reajuste); de Worden (2013;1998) que apresenta não fases, mas tarefas do processo do luto (aceitar a realidade da perda, vivenciar o pesar, ajustar-se à realidade sem o que foi perdido e reposicionar emocionalmente o que foi perdido transformando e ressignificando a relação); de Stroebe e Schut (1999) de processo dual, isto é, eles descrevem o processo de luto não por fases ou tarefas,

mas como uma oscilação natural entre o movimento de vivenciar a dor da perda e de vivenciar suas experiências cotidianas: tem momentos que se direciona para perda e entra em contato com o sofrimento e em outros momentos se volta para restauração tentando se reorganizar na vida, sendo esta oscilação constante. Este último modelo é o modelo atualmente mais utilizado para trabalhar com pessoas em processo de luto⁵⁴.

É importante destacar que o luto não é um transtorno mental e não corresponde a nenhum tipo de patologia, mas sim, um processo que ocorre diversas vezes ao longo da vida uma pessoa, precisando ser visto e trabalhando individualmente⁵³.

3.8.2 Luto e câncer de próstata

Receber um diagnóstico de câncer de próstata e vivenciar o tratamento tende a provocar desajuste emocional, como explicado anteriormente, logo é preciso estar atento e validar as experiências de lutos não reconhecido vivenciados pelo homem e sua parceira, tais como:

- mudanças na imagem corporal: a remoção da próstata pode afetar a imagem corporal do homem e sua autoestima. Alguns homens podem sentir-se menos masculinos ou menos capazes de experimentar sua parceira sexualmente^{2,4,22,26,28}.
- perdas com a mudança da condição de saúde com o diagnóstico de câncer de próstata e seu tratamento, o controle sobre do seu corpo devido a DE e IU, a diminuição do desejo sexual, distúrbio da ejaculação e do orgasmo o que tendem a influenciar no seu relacionamento e na dinâmica sexual com a parceira afetando a saúde sexual e mental que ainda causa perda de QV, perda da sua identidade e do seu referencial de masculinidade e alteração na sexualidade do casal^{2,4,22,26,28,57}.
- a parceira tende a se tornar a principal cuidadora, o que significa limitação sobre a gestão da própria vida, inclusive, em alguns casos, a imposição de assumir este papel pela condição social de ser a parceira^{50,58};
- além disso, está parceira também sofre com as sequelas do tratamento, com DE, de forma que, muitas anulam seus desejos sexuais e/ou aceitam uma vida sexual insatisfatória em função de apoiar seus parceiros⁵⁹.

Compreender a vivência deste de luto na perspectiva do homem, da sua parceira e da condição deles enquanto um casal, possibilita um olhar ampliado e sensível ao processo de saúde e doença em questão, apontando a importância de inserir a parceira desde o início do tratamento, de legitimar e validar os diversos sofrimentos experienciados por cada um deles e, não apenas restringir o tratamento a perspectiva biomédica, aproximando-se das complexidades sociais e psicológicas da vida das pessoas^{4,59}.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa baseado em narrativas e na análise de conteúdo temático-categorial, que se caracteriza como uma investigação de padrões de informações encontrados através das falas dos participantes, proporcionado ao pesquisador produzir inferências, tendo como base o aporte teórico da pesquisa³³.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, via entrevista presencial como cada membro do casal separadamente. As entrevistas, prioritariamente, aconteceram no mesmo dia, sendo o prazo máximo de uma semana entre a entrevista do homem e de sua parceria quando não puderam no mesmo dia por impossibilidade do casal. Esse prazo foi estabelecido como uma tentativa de não “contaminar” o discurso das parceiras.

4.1 Participantes

A amostra caracterizou-se por pessoas com faixa etária entre 52 e 75 anos. Todos os homens do estudo foram submetidos a PR há pelo menos seis meses do momento da entrevista. O recrutamento foi realizado entre os pacientes atendidos no Instituto Patrícia Lôrdelo (IPL), localizado na Av. ACM, 1034 - Edf. Max Center, salas 201 a 208, Itaigara, Salvador, Bahia. Os critérios de inclusão contemplavam casais hetero e homoafetivos, sendo que amostra se configurou de casais heterossexuais, cuja relação se caracteriza por: mínimo de três anos, estável, fechada e que estivessem se relacionando desde antes do diagnóstico de câncer de próstata. Casais com homens submetidos a prostatectomia radical há, pelo menos, 06 meses, com idade entre 35 e 80 anos, com queixa de sofrimento psíquico relacionada a condição de saúde atual e que a parceria concordasse em participar da pesquisa. Foram excluídos os casais com homens com doenças psiquiátricas graves, portadores de malformações anatômicas na região genital e com prótese peniana.

4.2 Instrumentos utilizados na produção dos dados

I) Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse DASS 21 (ANEXO I): a versão de 21 questões, adaptada e validada para a língua portuguesa, para avaliar depressão, ansiedade e estresse⁶⁰. A DASS-21 é um instrumento de autorrelato com 21 questões e a pontuação é baseada por uma escala do tipo Likert de quatro pontos, variando de 0 (não se aplicou a mim) a 3 (aplicou-se

muito), referente ao sentimento da última semana. As questões 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse. As questões 2, 4, 7, 9, 15, 19, e 20 formam a subescala de ansiedade. As questões 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. A escala apresenta a seguinte classificação: sintomas de ansiedade de 0-6 normal; 7-9 = leve; 10-14 = moderado; 15-19 = severo e 20-42 extremamente severo. A classificação dos sintomas de depressão foi: 0-9 = normal; 10-12 = leve; 13-20 = moderada; 21-17 = severo e 28-42 = extremamente severo. A classificação dos sintomas de estresse foi: 0-10 = normal; 11-18 = leve; 19-26 moderado; 27-34 = severo e 35-42 = extremamente severo^{60,61}.

Vale ressaltar, que a validação e adaptação da escala no Brasil foi realizada, no estudo Vignola, com pessoas de baixa escolaridade e analfabetas, público-alvo da atenção primária no SUS, nas Unidades Básicas de Saúde do município de Santo André- SP⁶⁰.

A utilização da escala teve como objetivo rastrear a presença ou não de ansiedade, estresse e depressão e tentar relacionar estes dados com os levantados nas entrevistas. Os dados encontrados foram utilizados de modo a fazer um adensamento da análise dos dados da entrevista

II) Entrevista Semiestruturada (Anexo I):

A entrevista, como dispositivo de pesquisa, possibilita ao pesquisador o acesso a informações sobre fatos e dados do campo ou público-alvo, estando suscetível à lógica e à dinâmica das relações que configuram a sociedade ou grupo social ao qual os participantes do estudo estão vinculados⁶².

No presente estudo, optou-se pela modalidade da entrevista semiestruturada, tendo em vista as possibilidades de interação que esta pode apresentar, a exemplo da condição de adequação, conforme impactos e reações apresentadas pelo entrevistado (participantes do estudo). Além disso, permite um espaço para trocas e abertura para possíveis novas orientações e contextualização do estudo. A entrevista semiestruturada cria ainda, abertura para a produção de falas e relatos de fatos ou percepções, que inicialmente poderiam não ter sido contemplados nos objetivos e roteiro estruturado pela pesquisadora. A entrevista semiestruturada conjuga um roteiro com questões previamente formuladas, podendo ser fechadas e abertas. Essa modalidade pode funcionar como um guia que assegura ao pesquisador determinado controle sobre o campo

e, ao mesmo tempo, permite ao participante uma narrativa livre, independente espontânea da sua percepção ou experiência que vivenciou e que poderiam responder às questões e tópicos assinalados⁶².

O roteiro da entrevista semiestruturada (Apêndice I) utilizado no presente estudo é constituído por características sociodemográficas (idade, escolaridade, raça, religião, orientação sexual, condição conjugal, moradia própria ou alugada e as pessoas que moram na residência) para descrever as características sociodemográficas dos participantes; e onze perguntas disparadoras que foram elaboradas com o intuito de levantar informações que descrevem as percepções das mudanças na qualidade de vida, na saúde sexual e na conjugalidade após a PR, assim como, descrevem a comunicação entre equipe de saúde e homem/casal (explicações sobre as consequências da PR, possibilidades de tratamento, esclarecimento de dúvidas) para investigar se o homem/casal recebeu as informações necessárias, detalhadas e seus questionamentos resolvidos sobre o tratamento, possíveis consequências, reabilitação e prognóstico pós PR. “Como se sentiu ao receber o diagnóstico de câncer de próstata? E durante o tratamento? E neste momento? O que mudou em sua vida?”; “Como classifica a qualidade do relacionamento?”; “Você pode falar sobre a repercussão do câncer de próstata no seu relacionamento?”; “Como sua parceria foi afetada por esta experiência?”; “Como isso foi vivenciado na vida sexual no seu relacionamento?”; “Você pode contar como os profissionais de saúde trataram estas questões com você?”; “A equipe de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta...) explicou sobre o tratamento e as possíveis consequências? Esclareceram suas dúvidas e questionamentos que surgiram ao longo desta experiência? Utilizaram linguagem que você compreendia? O que você considera que deveria melhor na relação profissionais de saúde x paciente e parceria?”; “Como você considera sua vida sexual no seu relacionamento antes do tratamento?”.

Estas perguntas foram construídas baseadas em um estudo observacional de natureza qualitativa realizado no Reino Unido⁴ que teve como objetivo determinar o impacto do tratamento de câncer de próstata na intimidade e expressão sexual de casais. Neste estudo, as entrevistas foram realizadas por um pesquisador experiente em saúde mental na residência dos participantes e com sua parceria, quando possível. Ocorreram em modelo de conversação, com linguagem compreensível aos participantes com perguntas como “Você pode me falar sobre o impacto do câncer de próstata em seu relacionamento?”; “Como seu parceiro foi afetado com esta experiência?”; “como isso foi vivenciado em termos de seu relacionamento sexual?”; “Você

pode contar como isso foi tratado pelos profissionais de saúde?”. Neste estudo qualitativo, foram entrevistadas dezoito pessoas (oito casais e dois homens individuais). Após a transcrição e leitura destas entrevistas foram definidas quatro categoriais: influências sociais e linguagem usada em relação a expressão sexual; discussão com médicos sobre atividade sexual; um modelo individual de cuidado e reintegrando o sexo ao relacionamento.

As entrevistas do presente estudo foram realizadas pela pesquisadora em uma sala privativa do Instituto Patrícia Lordêlo (IPL) com cada membro do casal separadamente. As entrevistas com as parcerias, que não puderam acontecer no mesmo dia dos homens devido a indisponibilidade destas, não ultrapassaram o tempo máximo de uma semana. Aconteceram por meio de um modelo de conversação, além disso, foram gravadas e transcritas para leitura e releitura. O banco de dados gerado por esta pesquisa está em posse do grupo de pesquisa responsável, em um HD externo e poderá servir para outras leituras e análises e ser disponibilizado a futuras/os membras/os do grupo onde somente pesquisadores vinculados a este grupo de pesquisa poderão ter acesso. Entretanto, este banco será exclusivo para atender aos objetivos desta pesquisa, ou seja, para utilização deste banco em outros projetos, será necessária nova submissão para análise ética. O HD externo e os dados físicos (Escala DASS 21, TCLE e Termo de Autorização de Gravação de voz assinados) dos participantes serão arquivados em armário com chave na diretoria do Instituto Patrícia Lordêlo, por cinco anos e em seguida será incinerado, para preservar a privacidade das informações.

4.3 Produção de dados

Inicialmente, os homens (pacientes do IPL) que atendiam aos critérios de inclusão, foram abordados pela pesquisadora que lhe explicou a natureza e objetivo desta pesquisa. Após a aceitação de cada paciente abordado, da sua autorização em relação a parceria em também participar do estudo, a pesquisadora fez contato por telefone com esta para explicar sobre este estudo e marcar o encontro presencial para realizar a entrevista semiestruturada (Apêndice I) e aplicação da escala DASS 21⁶¹ (Anexo I) individualmente.

Depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice II), do Termo de Autorização de Gravação de voz (Apêndice III) se iniciou com os homens selecionados a aplicação da Escala DASS 21 e a realização da entrevista semiestruturada individual em uma

sala privativa do IPL. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias de igual teor, sendo uma via para a/o participante e outra para a pesquisadora.

Após a seleção dos casais, se iniciou o protocolo da pesquisa: aplicação da Escala DASS 21 e entrevista semiestruturada, primeiro com o homem e depois com sua parceria, no prazo máximo de uma semana entre as entrevistas do casal.

4.4 Análise dos dados

Neste estudo, a análise dos dados utilizou o método qualitativo e o delineamento de Análise de Conteúdo, que se caracteriza como uma investigação de padrões de informações encontrados através das falas dos participantes, proporcionado assim inferências, tendo como base o aporte teórico da pesquisa³³.

Análise de Conteúdo desta pesquisa se caracterizou no tipo temática-categorial, baseada na leitura e releitura das entrevistas, primeiramente com identificação pré-analítica das hipóteses provisórias ou categorias apriorísticas (CA), baseada nas perguntas das entrevistas aplicadas, e, após análise do texto, as categorias temáticas não apriorísticas (CNA) foram estabelecidas³³.

Para que as CNA fossem identificadas, no processo de leitura e releitura houve a identificação das unidades de registro (UR), que se trata de uma unidade de segmentação ou de recorte a partir do qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise, definida por uma palavra, frase ou segmento do texto codificadas pela relevância implícita e/ou frequência de repetição. Na sequência da análise, houve a elaboração das unidades de contexto e construção de categorias por reagrupamento, que considerou a totalidade do texto na análise; eliminando, reagrupando ou mantendo as hipóteses apriorísticas dentro do novo conjunto de categorias. Para visualização fidedigna de todas as URs e posterior categorização foi criada uma tabela completa e apresentada nos resultados com os respectivos exemplos das categorias³³.

Após a leitura e releitura das transcrições das entrevistas foram definidas as seguintes categorias para análise: conjugalidade; repercussão da DE e IU na saúde sexual e qualidade de vida; repercussão da DE e IU na saúde mental (sofrimento psíquico, ideação suicida), luto e comunicação entre equipe de saúde e homem/casal.

4.5 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da EBMSP com o CAAE de número 63886822.3.0000.5544 (Anexo II). A coleta de dados foi iniciada após aprovação do estudo e depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II) e da Autorização da Gravação de Voz (Apêndice III) por cada participante, conforme determina a Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa em humanos, para garantir anonimato. O estudo realizou uma intervenção conservadora e não medicamentosa, o que diminuiu os riscos à saúde dos participantes. Assim, envolveu um risco mínimo diante da possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Caso isso tivesse ocorrido, os participantes podiam optar por não responder qualquer questão, assim como, interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo ao seu tratamento em geral no IPL. Além disso, os participantes quem apresentaram quadro psíquico que necessitou de um acompanhamento psicológico, a pesquisadora e a equipe de psicologia do IPL ofertaram este suporte psicológico. O anonimato dos participantes é garantido através da utilização de números para fazer referência nas análises das falas e dos dados coletados sobre os casais participantes.

Todos os dados coletados na pesquisa serão apenas utilizados para fins científicos, com identidade preservada. Os dados serão armazenados por cinco (05) anos, em armário com chave em posse do grupo de pesquisa responsável onde somente a equipe de saúde do ambulatório do CAAP tem acesso. Após este período os dados serão incinerados.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram selecionados para o estudo oito casais, entretanto no decorrer da pesquisa essa amostragem se modificou, sendo constituída por quatro casais heterossexuais e dois homens individuais. As parceiras destes últimos após terem sido apresentadas ao conteúdo e natureza da pesquisa, concordaram em participar e confirmaram a entrevista, porém desmarcaram e confirmaram a remarcação dentro do prazo estabelecido para realização das entrevistas entre os casais, ou seja, uma semana. Entretanto, não compareceram para as entrevistas remarcadas, extrapolando o tempo estabelecido de uma semana. Além disso, dois homens que haviam concordado em participar junto com suas parcerias, quando a pesquisadora entrou em contato por telefone para confirmar o encontro para aplicação do protocolo de pesquisa, ambos disseram que não iriam comparecer e justificaram verbalizando que teriam feito os tratamentos para disfunção erétil e incontinência urinária, mas que não tiveram nenhuma melhora, percebeu-se que ambos estavam frustrados e irritados. Desta forma, estes casais foram excluídos do estudo.

5.1 Descrição das características sociodemográficas dos participantes

As características sociodemográficas estão representadas na Tabela 1. Com relação à faixa etária da amostra os dados encontrados corroboraram os dados estáticos publicados pelo INCA (2022) indicam a ocorrência do câncer de próstata predominantemente a partir de 65 anos. Sobre a profissão dos participantes as atividades laborais identificadas correspondem ao contexto sócio, econômico e cultural ao qual os participantes pertencem que pode estar relacionada ao grau de escolaridade da amostra. Em relação à condição conjugal os dados levantados correspondem as diversas configurações contemporâneas a respeito dos arranjos conjugais, podendo ainda, ser um indicativo do contexto social, econômico e cultural ao qual os participantes pertencem¹¹. Sobre o critério raça/etnia as características identificadas estão de acordo com dados públicos sobre o predomínio de câncer de próstata em homens pretos em comparação com homens brancos^{1,14}. Entretanto, a compreensão do diagnóstico e a evolução desta neoplasia deve-se levar em consideração o contexto socio-econômico-cultural, e não só os aspectos biológicos¹⁴. Outro dado que caracterizou a amostra refere-se ao fato de que todos os homens fizeram a PR na rede pública de saúde, SUS, que oferece enquanto tratamento cirúrgico (PR) as técnicas aberta e laparoscopia, que tem como consequências predominantes a DE e a IU^{1,13}.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra

Casal		Idade (anos)	Profissão	Escolaridade	Raça	Religião	Orientação Sexual	Condição conjugal	Moradia	Tempo de relação	Tempo da PR
01*	H	54	Aux. de Manutenção (desempregado)	EF	Preta	Cat.	Hetero	Casado	Própria	24anos Único casamento	Julho 2018
	M	50	Diarista	EM	Preta	----	Hetero	Casada	-----		
02	H	73	Carpinteiro (aposentado)	EF	Parda	Cat.	Hetero	UE	Própria	16 anos Segundo casamento dos cônjuges	Setembro 2021
	M	75	Costureira (aposentado)	Alfa.	Parda	Cat.	Hetero	Moram juntos há 46 anos, (não tem EU ou Civil)	Própria		
03	H	64	Ajudante de construção civil	EM	Preta	Cat.	Hetero	UE	Própria	32 anos Única relação/casamento	Agosto 2021
	M	52	Serviços gerais	EM	Preta	Evang.	Hetero	Moram juntos há 32 anos (não tem EU ou Civil)	Própria		
04	H	66	Rodoviário (aposentado)	EM	Parda	Cat.	Hetero	UE	Própria	27 anos Segundo casamento dos cônjuges	Dezembro 2019
	M	57	Merendeira	EM	Preta	Evang.	Hetero	UE	Própria		
05	H	59	Motorista	EF	Parda	Evang.	Hetero	Casado	Própria	31 anos Único casamento	Fevereiro 2020
	M	59	Empreendedora	EM	Branca	Evang.	Hetero	Casada	Própria		
06	H	55	Motorista de App	EM	Parda	Cat.	Hetero	Casado	Família extensa**	16 anos Único casamento	Outubro 2021
	M	49	Vendedora	EF	Parda	---	Hetero	Casada	---		

Fonte: Elaborada pela autora

Legenda:

*Parceiras que não foram entrevistadas em função do período para a realização da entrevista (01 semana) ter sido ultrapassado, após confirmação, remarcação e desistência);

** Moradia de família extensa: o imóvel em que o casal reside pertence aos pais, tios ou outros familiares;

Alfa – Alfabeto

EF – Ensino Fundamental

EM - Ensino Médio

Cat – Religião Católica

Evang – Religião Evangélica

Hetero: Orientação Heterossexual

UE- União Estável

5.2 Análise das categorias

Mediante as leituras e releituras das entrevistas foram definidas as seguintes categorias analíticas baseadas no método descrito na metodologia: conjugalidade; repercussão da disfunção erétil na saúde sexual; repercussão da disfunção erétil na saúde mental e comunicação sobre o tratamento entre equipe de saúde e paciente/casal.

Quadro 1 - Categorias de análise

1	Conjugalidade	A constituição de um casal ocorre por escolha; evento complexo que envolve aspectos da comunicação, sexualidade e intimidade que definem a dinâmica do casal.
2	Repercussão da DE e IU na saúde sexual e qualidade de vida (QV)	Caracterizada pelas alterações na saúde sexual e qualidade de vida devido DE e IU pós PR nos homens, e consequentemente, na dinâmica da conjugalidade.

3	Repercussão da DE e IU na saúde mental - Sofrimento psíquico - Luto - Ideação suicida	Caracterizada pela presença de sintomas e/ou transtornos de ansiedade, depressão, pensamentos negativos, irritabilidade, agressividade, tristeza, angústia, frustração, baixa autoestima, e até ideação suicida nos homens devido a DE e IU pós PR, influenciando na saúde mental da parceria, e consequentemente, na dinâmica da conjugalidade.
5	Comunicação entre equipe de saúde e homem/casal	Transmissão das informações apresentadas pelos profissionais de saúde, a respeito do câncer de próstata, tratamento e consequências junto aos homens, sua parceria e/ou familiares, incluindo possibilidades destes receberem orientações eficazes e assertivas sobre suas dúvidas em relação a experiência vivida e poderem participar na decisão sobre o melhor tratamento em cada caso.

5.2.1 Conjugalidade

Nesta categoria é importante ressaltar que a amostra deste estudo que foi constituída por seis casais heterossexuais, mas não foi possível aplicar a Escala DASS 21 e entrevistar duas parceiras dos participantes. Destaca-se que houve contato com estas parceiras por telefone, no qual ocorreu a explicação da natureza e o objetivo da pesquisa e ambas concordaram em participar. Foi feita a marcação do encontro para assinatura de TCLE, autorização de gravação de voz, aplicação da Escala DASS 21 e realização das entrevistas. Entretanto, as duas desmarcaram e remarcaram dentro período definido na pesquisa. No prazo final, a parceira de Casal 01 disse por telefone “É para o tratamento dele, né? Não vou não. Nada adiantou até agora e não vou perder meu tempo.” e a parceira do Casal 06 disse “Isso é do problema dele? Não vou deixar de trabalhar para ir aí não. Ele faz tudo e nada melhora!”.

A descrição acima das recusas em participar da pesquisa pelas parceiras converge para o que foi apontado no estudo de Kelly, Forbat, Marshall-Lucette, White I⁴ em que só um dos membros possui o câncer de próstata, mas seu tratamento e consequências impactam na parceria e no padrão conjugal⁴. A postura das companheiras pode ser compreendida como um reflexo da sua condição de ser a pessoa diretamente impactada, após seu parceiro em tratamento para câncer de próstata, o que repercute negativamente no seu estado físico, emocional e psíquico⁵⁰. O cuidador nesta condição é considerado “cuidador não reconhecido/não remunerado”, mas precisa ter suas necessidades identificadas e atendidas pela equipe de saúde, pela rede de apoio e pelo próprio parceiro, visando oferecer apoio, suporte e subsídios para que ela tenha condições

físicas e emocionais para desempenhar esse papel⁵⁸. Dificuldades na dinâmica conjugal, inclusive na sexualidade do casal diante desse adoecimento, pode provocar padrões relacionais disfuncionais, como distanciamento mútuo, desconforto, baixa satisfação, comunicação inadequada, intensa frustração e, conseqüentemente, evitação^{8,9,22,58}.

Ainda nesta categoria foi possível perceber o padrão de comunicação dos casais. A comunicação é um aspecto que existe em toda relação, e é caracterizada por ser um processo dinâmico entre o movimento de falar e escutar, além de ser intransferível, permitindo o compartilhamento de informações e sendo influenciada pela cultura, individualidade e subjetividade. A tentativa de não se comunicar, por si só, já é uma comunicação⁵⁰ e nem sempre a comunicação corresponde a um processo eficaz, pois, do mesmo jeito que pode transmitir a realidade assertivamente, também pode transmitir a realidade distorcida, o que pode provocar conflitos na relação conjugal, podendo resultar em distanciamento e em um padrão de comunicação restrito a assuntos do cotidiano ou mesmo supérfluos⁵⁰.

Os participantes demonstraram dificuldades na comunicação na relação conjugal, tais como, percepções opostas a respeito do mesmo evento, não falar sobre as práticas sexuais, sobre o tratamento e suas conseqüências: a repercussão física e emocional da DE e a IU no homem e na dinâmica conjugal. Nesse sentido, percebe-se que havia um padrão de comunicação conjugal constituído por pouca ou nenhuma conversa sobre sexualidade, práticas sexuais e satisfação conjugal antes da PR, assim permanecendo ou acentuando as dificuldades no período pós-cirúrgico. Nas falas que seguem é possível identificar os padrões de comunicação dos casais antes da PR e como estes tornam-se mais disfuncional, após a cirurgia:

Homem do casal 01: “Conversamos sim, hoje não conversamos mais nada. Eu não faço mais nada! Ela não me cobra, às vezes pede carinho, eu me sinto encurralado, eu me sinto um nada!”

Homem do casal 02: “Antes a gente conversava um pouco. Depois não conversamos muito não, sobre sexo não conversamos.”

Mulher do casal 02: “Nunca tivemos conversas sobre sexo, essas coisas... agora tem mais um pouco porque ele está sofrendo.”

Homem do casal 03: “Não conversamos (vida sexual do casal) antes não, e nem depois.”

Mulher do casal 03: “(...) Conversa é pouca, mas quando precisa um do outro, está aqui. Graças a Deus, não tem discussão não.”

“Nunca conversamos (sobre sexualidade do casal), nem antes e nem depois.”

Casal 04 (H): “Muitas vezes antes, conversávamos mais porque praticava mais. Depois, nós conversamos sobre as dificuldades, não é como era antes.”

Casal 04 (M): “Distanciamento (repercussão do câncer de próstata no relacionamento), não só do sexo, mas do casal, do cuidado, do emocional. Não falamos direito, eu até tento, mas ele não quer falar.”

“Falava (sobre a sexualidade do casal), eu sempre falava. Agora ele não aceita mais falar.”

“Eu só acompanhei ele no início depois ele não deixou mais que eu fosse com ele.”

“Não sei porque ele não deixava eu acompanhar ele, não sei que milagre ele deixou eu participar aqui, vir falar com a senhora.”

Homem do casal 05: “Não conversamos sobre sexualidade não (antes da cirurgia). Depois também não.”

Mulher do casal 05: “Não (conversar sobre sexualidade do casal antes do câncer e da PR), e também não depois.”

Homem do casal 06: “Antes a gente conversava, agora virou tabu. Parece que durmo com uma estranha.”

Os dados sobre a comunicação corroboram com a premissa de que comunicação efetiva é fundamental para que o casal possa resolver seus conflitos^{50,51}. Casais nos quais a dinâmica de comunicação não segue esse padrão, isto é, os parceiros não conseguem falar sobre suas insatisfações, questões, medos e sentimentos, pode provocar brigas, mal interpretações, sentimentos ambivalentes e conflituosos, pois o casal começa a evitar a comunicação por medo de causar mais sofrimento um ao outro ou a si mesmos. Desta forma, fronteiras podem ser construídas entre os parceiros, o que pode influenciar em todas as áreas da relação conjugal^{50, 51}.

Sobre a dinâmica em relação ao tratamento do câncer de próstata, alguns homens não permitiram que suas parceiras estivessem presentes nas consultas médicas e exames, preferindo que os filhos (homens) os acompanhassem, ou mesmo comparecendo sozinhos. Isso pode ser

justificado pelo fato dos homens sentirem-se inseguros, assustados e com vergonha de tratar de questões associadas a DE e IU na presença de suas parceiras^{4,12}. A narrativa dos participantes está alinhada com o fato de que culturalmente se atribuir ao pênis a representação de poder, dominação, virilidade e potência⁸. Desta forma, apresentar a disfunção erétil pode provoca no homem uma crise de identidade, no seu papel social e conjugal associado sofrimento psíquico, tais como medos, incertezas, insegurança, baixo autoestima, vergonha, ansiedade e depressão^{4,22,25,28}. Nesta perspectiva, pode se compreender a atitude de alguns homens participantes em não permitirem que suas parceiras participassem ativamente das consultas e exames, como se observa nas falas que seguem:

Homem do casal 02: “(...). Meu filho mais velho me acompanhou na cirurgia, em alguns exames. Ela não ia comigo não! Eu queria que ele fosse comigo e não ela.”

Mulher do casal 02: “Eu não acompanhava porque ele não deixa eu acompanhar ele em nada. Faz tudo sozinho, fez o tratamento sozinho, sempre foi assim. Durante o tratamento também não deixou eu acompanhar. Muita coisa mudou na nossa vida! Em tem ansiedade, ansiedade de sexo (...). Não fui amada! No caso com ele, eu continuei sem ser amada até hoje! Ele não sabe fazer carinho, eu tento ensinar, mas ele não aprende.”

“Nunca (conversar com profissionais de saúde). Eu participei pouco porque ele não me deixava participar mais.”

“Não conversei com ninguém porque ele não deixava.”

Mulher do casal 04: “Eu só acompanhei ele no início depois ele não deixou mais que eu fosse com ele.”

Mulher do casal 05: “Não explicou nada para mim, eu ia raramente nas consultas devido as dificuldades diárias. Quando eu ia, ele não queria que eu entrasse.”

Esses relatos indicam ainda que a intimidade desses casais é caracterizada por uma dinâmica disfuncional, já que vivenciar uma relação conjugal presume a existência de uma intimidade entre os membros do casal^{4,9,10,12}. Em tese a intimidade é considerada como “A entrega emocional, o que significa compartilhar não só as virtudes, mas também as fragilidades com o intuito de receber amparo e aceitação”¹⁰. O desafio que fica evidenciado nessa experiência é que, a revelação da fragilidade de um dos elementos do casal, neste caso, por exemplo, as repercussões da DE e IU na sua saúde mental e sexual, a diminuição na qualidade de vida e o

sofrimento psíquico, pode desencadear ansiedade e desajuste emocional no outro, o que indica a necessidade de maturidade emocional para lidar com tal situação, posto que a intimidade vai além da convivência diária, do tempo da relação e da prática sexual do casal^{10,49}.

A respeito da sexualidade dos casais surgiram como características um repertório restrito das práticas sexuais. Os casais descreveram como sexo a penetração ocorrendo sempre, sexo oral ocasionalmente e sem prática de sexo anal antes da cirurgia. Após a PR, os casais descrevem como práticas sexuais sexo oral e sexo sem penetração, sendo que há relatos de tentativas de atingir a ereção. Estas restrições descritas pelos casais, mesmo antes da intervenção cirúrgica, podem ser justificadas pelo tabu que ainda envolve a sexualidade no mundo contemporâneo, em que, também, tem-se que considerar os valores transmitidos nas famílias de origens dos participantes referentes a sexualidade, as construções sociais e culturais do feminino e do masculino nas práticas sexuais^{30,42}.

Homem do casal 01: “Não tenho mais... acabou tudo (vida sexual do casal com o câncer de próstata)! É como se eu tivesse vegetando. Não tem mais nada!”

“Tinha tudo, penetração, sexo oral. A mulher fazia tudo para agradar, tinha tudo, agora não tem nada!”

“Era bom, normal, em tudo. Sentia alegria! Tinha minha vida sexual com minha esposa, 2-3 vezes por semana, me sentia satisfeito. Eu não sou nada do que já fui antes.”

Homem do casal 02: “O sexo era normal como deve ser entre homem e mulher. Não tinha sexo oral não, nem anal. Era como tem que ser entre homem e mulher.”

“Depois da cirurgia não teve mais nada, pedi remédio para o médico, mas o remédio era fraco e não adiantou.”

Mulher do casal 02: “Não tinha mais práticas não, era só o número 1 (penetração)”

Homem do casal 03: “Mudou depois da cirurgia (vida sexual do casal). Mudou tudo. Não tem mais sexo como era antes.”

“Era normal, tinha penetração (prática sexual do casal). Agora, não tem nada.”

Mulher do casal 03: “Não tem mais vida sexual.”

“Eu já tinha muita dificuldade (vida sexual do casal) porque eu já não queria ficar mais, queria me separar. Às vezes, cedia mais por causa dele.”

“No início, era bom (práticas sexuais do casal)! Fazíamos algo mais, tinha quase tudo que eu gostava. Era tudo bom! Depois foi perdendo e após a cirurgia não tem nada.”

Homem do casal 04: “Nós fazíamos os carinhos normais, tinha sexo oral e penetração. Depois continuamos com o oral e penetração com dificuldade porque eu não tenho a ereção inteira. Estou fazendo tratamento para isso (DE).”

Mulher do casal 04: “Antes do tratamento já era 1 vez no mês (sexo) e olhe lá, agora é zero.”

Homem do casal 05: “Boa (vida sexual do casal). Agora é boa também, mas sem penetração.”
“Antes tinha tudo, penetração e sexo oral, anal não (prática sexual do casal). Agora é tudo sem penetração.”

Mulher do casal 05: “Hoje não tem mais (vida sexual do casal) por causa desse problema dele, não sobe, não dá para ter penetração. Tem tudo que ele já fez comigo, o amor ainda não acabou, mas... ele fica nervoso. Ele, às vezes, me satisfaz mesmo sem penetração, mas não é a mesma coisa. Eu digo, ‘aceita que dói mesmo’. ‘Você queria o quê, saúde ou a doença?’”

“Era normal (vida sexual do casal antes do câncer de próstata). Sentia prazer com a penetração, era mais prazeroso, hoje não é mais tanto como era antes, é diferente.”

“Tinha penetração, oral era bem de vez em quando... anal, Deus me livre! Agora, são as carícias, mas demora porque ele me irrita muito. Dou castigo mesmo.”

Homem do casal 06: “Gosto de fazer sexo e agora não faço mais, porque não tenho ereção, nem com remédio. Isso é muito difícil para o homem. Sem ereção, não tem sexo. Não dá! A cabeça só pensa besteira. Antes tinha carinho, penetração, agora não tem mais nada.”

“Sem ereção, sem prática sexual. A cabeça só pensa besteira. Antes tinha carinho, penetração, agora não tem mais nada.”

Os relatos sobre as práticas sexuais dos participantes reafirmam o quanto a sexualidade é um ponto central na vida da pessoa, é um aspecto fundante da identidade e construção da personalidade, envolve desde o ato sexual, a orientação e identidade sexual, o erotismo, a afetividade, o prazer e a reprodução, indo além da questão biológica^{44,30,35}. Está presente na vida da pessoa desde o seu nascimento até sua morte e, envolve, também, o corpo que não é estático e sofre mudanças nas diversas fases do desenvolvimento humano⁶³. As pessoas vivem a sua sexualidade através das suas práticas sexuais (fantasias, crenças, comportamentos,

pensamentos, valores, práticas, papéis e relacionamentos), inclusive podendo vivenciá-la com os sem parceria³⁰.

Diante das falas dos casais é possível observar o quanto o desempenho sexual tem um valor significativo na vida destes. Atualmente, a cultura hipervaloriza o desempenho sexual e, o sexo, então, está sendo colocado em posição de ser consumido e não vivenciado, ao passo que deveria esta ser vivenciado, inclusive, em relação⁶³. Mas, a sexualidade está baseada no desempenho e, muito do que compõe esta base (experiências individuais e do casal, a sedução, a criatividade, o afeto) pode não está sendo considerado e, sim, apenas ao ato sexual^{30,63}.

Vale ressaltar que em todas as sociedades a sexualidade está imersa em regras morais, científicas e/ou religiosas que são transmitidas de geração para geração. As culturas em todos os momentos da história controlaram a sexualidade^{30,63}. Esta precisa ser compreendida em sua complexidade que envolve o corpo, a história de vida, a cultura e as relações afetivas. Assim, a sexualidade vai além dos limites da anatomia e fisiologia; considerando-se que ereção e potência não são eventos semelhantes, satisfação sexual não está ligada diretamente a ejaculação e ao orgasmo, o desempenho sexual não se restringe a anatomia e fisiologia, em que é necessário integrar os fatores social, cultural, biológico e psicológico^{30,34}. Os determinantes sociais identidade de gênero, etnia, raça/cor e geração também são fundamentais na compreensão da sexualidade^{30,35,63}.

É importante destacar sexualidade é experienciada de maneira diferente para homens e mulheres. Os homens, ainda nos dias atuais, são educados a construir sua identidade por meio do pênis e, principalmente, da ereção e, o sexo é compreendido como havendo penetração, reforçando sua virilidade e poder⁶⁴.

Desta forma,

Sentir esse falo pulsando em sua máxima potência é ocorrência que a maioria dos homens gostaria de ver sempre repita, seja para gerar filho, expressar amor ou puro prazer. É espetáculo que eles não cansam de contemplar, até porque o processo de ereção peniana não deixa de ser um fenômeno impressionante: deflagrado por estímulos físicos e psíquicos, um remanejamento de fluxo sanguíneo faz com que um apêndice quase feio e desajeitado, situado no meio do corpo, se avolume e altere sua anatomia, transformando-o num órgão portentoso, o maior dentre as 193 espécies de primatas até hoje conhecidas. (Okawara, 2007, p. 277)⁶⁴

Assim, um dilema ou mesmo o sofrimento psíquico se instaura nos homens que se encontram privados dessa condição, seja em nível biológico/físico, psíquico ou com essas conduções conjugadas. Como se reinventar e se reconhecer enquanto homem, ao ter que conviver com limitações em sua sexualidade - construída em torno das crenças e simbologias já citadas- ou sem a ereção - para eles, conviver "com impotência"- ? Diante desta nova realidade, comum ao sujeito na com condição pós PR, esse homem se depara com o vazio instaurado, pois tudo que ele construiu de repertório da sua sexualidade, está pautado por marcadores de masculinidade, identidade, poder e sexualidade, e esses agora estão ausentes ou já não se configuram da mesma forma, sendo denunciados por uma condição fisiológica visível. Este homem se torna frágil e vulnerável, manifestando muitas vezes, sua insegurança e sofrimento em atitudes de irritabilidade, intolerância, agressividade e isolamento social e distanciamento da parceria, dos amigos e até mesmo das situações profissionais.

A sexualidade no âmbito do universo feminino vem se modificando ao longo da história, a representação da mulher se organiza nos contextos sociohistóricos e seu papel na sociedade vem se modificando. Desta forma, anteriormente, a fertilidade era a dimensão central e a sua representatividade era restrita ao cuidado com a prole, ela chega aos dias atuais na condição de ter conquistado espaços, autonomia sobre o seu corpo, e em certos processos, igualando-se aos homens⁶⁵.

As transformações significativas que acompanham a condição da mulher desde a pré-história até os dias atuais, lhe possibilitou alcançar conquistas que se expressam em aspectos como a independência no campo profissional, participação na política, acesso à educação e, principalmente, no campo da sua sexualidade. Apesar dessas conquistas não serem identificadas numa perspectiva de linearidade do tempo, são mudanças comprováveis em diversas sociedades, incluindo-se nelas, a sociedade brasileira⁶⁵.

No que diz respeito à construção da identidade sexual feminina e ao que se observa nos dias atuais, é possível elencar mudanças que ocorrem nos seus relacionamentos amorosos, e essas mudanças influenciam a dinâmica social, causando consequências no universo masculino, no campo político, no mundo do trabalho, dentre outros. Ao tempo que a mulher amplia suas conquistas nesses campos, os homens acompanham essa dinâmica com certa desconfiança, inquietação ou, em algumas situações, assumem uma postura de não-aceitação, invalidando a

autonomia na condição feminina⁶⁵. O crescimento da autonomia da mulher na relação conjugal é visto pelo parceiro, muitas vezes, como uma nova exigência, uma ameaça a condição deste de ser o principal provedor e “macho alfa”.

O campo da sexualidade e a dinâmica das relações amorosas, foram se transformando em espaços de conquistas femininas, causando inquietações no âmbito familiar e social, ao passo que foram influenciando novos modelos de conjugalidade. As relações extraconjugais de seus parceiros, por exemplo, já não são toleradas, assim como a troca de parceiros, comumente aceita no universo masculino, é percebida como possível e em condições de igualdade para a mulher. A crença de que as relações têm que ser permanentes, começa a ser questionada, com conquistas civis, vinculadas aos movimentos sociais, a exemplo do movimento feminista⁶⁵. Essa jornada trouxe conquistas para as mulheres, mas nem sempre alcançou legitimidade em todos os contextos sociais ou mesmo religiosos; tampouco foi desprovido de luta. As mulheres passaram a assumir uma atitude mais exigente em relação aos homens de uma forma geral, nas áreas afetiva, sexual e profissional.

Em relação à satisfação sexual do casal antes da cirurgia os 06 homens afirmaram que era satisfatória, duas mulheres afirmaram como satisfatória e as outras duas como insatisfatória. E após a cirurgia os seis homens afirmaram que é insatisfatória a vida sexual do casal, duas mulheres afirmaram que há não mais prática sexual e duas que é insatisfatória. Quanto à satisfação sexual do casal, os dados demonstram a insatisfação como predominante no após PR. O conceito de satisfação sexual é subjetivo, sofre influência de diversas variáveis (personalidade, questões emocionais, história de vida, dinâmica conjugal, entre outros), mas sabe-se que as dificuldades na vida sexual intensificam os conflitos do casal, e a satisfação sexual passa a ser considerada fator primordial quando os parceiros se consideram insatisfeitos³⁰. A satisfação sexual é definida como o grau de expectativas correspondidas através das práticas sexuais da pessoa⁶⁷. Cabe ainda ressaltar que a noção de satisfação é individual e que esta individualidade é o que determina os limites que poderão ser alcançados em relação a satisfação sexual⁶⁸.

Para ilustrar as questões referentes à satisfação sexual dos casais identificou-se as seguintes falas:

Homem do casal 01: “Sim, era satisfatória. Era bom, tudo bom! Agora, é tudo ruim, não tem vida sexual, fico na sala assistindo TV ou no quarto. Eu fico zangado por qualquer coisa com ela, mesmo ela sem culpa”.

Homem do casal 02: “Era sim (satisfatória a vida sexual do casal). Depois morreu á vontade, tem desejo, mas não tenho condições, não tem ereção.”

Mulher do casal 02: “É um relacionamento mesquinho! Eu não acho prazeroso porque ele não deixa fluir! Não tem carinho nenhum!”

Homem do casal 03: “Sim, era satisfatória (vida sexual do casal). Depois foi ficando ruim.”

Homem do casal 04: “Com certeza (satisfação com a vida sexual antes do tratamento)! Depois, posso dizer, que está insatisfatória.”

Homem do casal 05: “Satisfatória (vida sexual do casal antes da cirurgia). Agora, eu procuro e ela fica correndo, não é mais frequente.”

Mulher do casal 05: “Era normal (vida sexual do casal antes do câncer de próstata). Sentia prazer com a penetração, era mais prazeroso, hoje não é mais tanto como era antes, é diferente.”

Homem do casal 06: “Gosto de fazer sexo e agora não faço mais, porque não tenho ereção, nem com remédio. Isso é muito difícil para o homem”

“Antes era satisfatória, mas sem ereção, não tem sexo. Não dá! Agora é totalmente insatisfatório!”

Dado relevante nas narrativas diz respeito ao fato de que todos os homens afirmaram que tinham uma vida sexual satisfatória antes da PR e todos afirmaram insatisfação pós a PR, enquanto, duas das mulheres afirmaram insatisfação com a vida sexual do casal antes mesmo do adoecimento dos parceiros e, as outras duas apontaram a insatisfação sexual pós PR, o que evidencia o quanto os homens e as mulheres vivenciam a satisfação sexual em perspectivas diferentes. Mesmo assim, este desajuste na satisfação sexual do casal provocou sofrimento em cada um e, conseqüentemente na vida sexual e na dinâmica em geral do casal, mas este desajuste não era assunto conversado entre eles.

Assim, as falas descritas acima estão de acordo com ideias de Abdo (2010) e Bozon (2003) de que a prática sexual do casal pode ser fonte de felicidade ou infelicidade, de que a satisfação sexual é um dos aspectos fundantes da relação conjugal, e que passa a ser visto como fator principal quando um dos membros do casal ou ambos se sentem insatisfeitos. Logo, a satisfação sexual envolve fatores individual, interpessoal, incluindo frequência, prática sexual e satisfação com o relacionamento conjugal^{30,67} e é o aspecto psicológico que mais vem sendo avaliado quando se trata das disfunções sexuais^{8,29}. Nesta perspectiva, quando se trata de queixas e/ou disfunções sexuais as causas emocionais e mistas (emocionais e orgânicas) e ainda as relacionais são consideradas tanto na avaliação quanto no tratamento^{28,29}. O declínio da satisfação e a separação do casal podem ser compreendidos como a incapacidade deste em superar crises.

Um dado importante que apareceu no relato de algumas mulheres participantes se configurou como a violência emocional e/ou psicológica na dinâmica conjugal. Segundo a Lei 11.346/2006, Maria da Penha, a violência psicológica é definida como⁶⁹.

“II- a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição de autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo a saúde psicológica e autodeterminação.”

Entretanto, é um tipo de violência de difícil identificação, já que os danos são de natureza subjetiva. Inclusive, muitas mulheres não percebem que estão sendo vítimas deste tipo de violência, pois está se configura em comportamentos diversos e corriqueiros que não apresentam marcadores próprios relacionados com o conceito de violência institucionalizado na nossa sociedade. Nessa perspectiva, é um tipo de violência silenciosa, de difícil identificação que tende a permanecer durante longo período da relação, podendo evoluir para violência física⁷⁰. Essa condição pode ser observada nas falas a seguir, nas quais foi possível identificar características de violência psicológica:

Mulher do casal 02: “Não fui amada! No caso com ele, eu continuei sem ser amada até hoje! Ele não sabe fazer carinho, eu tento ensinar, mas ele não aprende.”

“É um relacionamento mesquinho! Eu não acho prazeroso porque ele não deixa fluir! Não tem carinho nenhum!”

“O relacionamento mudou com o problema da próstata, não tem sexo. Ele já tinha dificuldade antes, mesmo que ele ache que não. Mesmo querendo fazer sexo, tinha dificuldade. Na minha idade não para mais para ficar fazendo de tudo para agradar o homem não, meu corpo reclama. Eu tenho artrose. Ele tem que aceitar que mudou, que já fiz muita coisa, que agora é hora de fazer mais tricô, descansar...”

“Ele era ativo, hiperativo. Ele não fazia carinho, era ‘pegou a rede, puxou e foi embora’. Depois continua sem carinho. Sem sexo agora! E agora para levantar aquele “defunto” vai ser difícil, e eu nem quero!”

Mulher do casal 04: “Logo do momento eu fiquei assustada, mas tentei tranquilizar. Sempre do lado dele dando força, assim como, eu continuo, tento né?! As coisas mudaram bastante, ele não quer me escutar. Mudou a paciência da parte dele que esgotou a minha que está por um triz. Nunca foi fácil, mas não está nada sendo fácil, ele se afastou de mim. É um relacionamento que não tem um café da manhã, almoço, jantar juntos, antes tinha. Sinto que ele se afastou muito de mim. Ele me evita de todas as formas.”

“Esgotado (descrição do relacionamento)! Eu não posso mentir para você. Está esgotado, por um triz. E não é sobre sexo só, se vive sem sexo, mas ele não fala. O problema dele é que ele sempre foi ‘putão’ e agora mexeu com o que ele tinha, ele perdeu! Ele fica procurando mulher na rua para dormir com ele e ele pagar, não sei o que eu ele sente.”

“Distanciamento (repercussão do câncer de próstata no relacionamento), não só do sexo, mas do casal, do cuidado, do emocional. Não falamos direito, eu até tento, mas ele não quer falar.”

“Não porque mulher nenhuma vive com um homem para ser lembrada 01 vezes no mês. Depois, não tem mais depois (rindo...)” (satisfação da vida sexual do casal)

Mulher do casal 05: “Ele disse que não afetou nada, mas eu acho que ele ficou mais agitado, principalmente, quando ele sente vontade (de transar) e não tem a ereção. Ele quer que eu fique beijando, alisando, masturbando e se eu não quero, ele fica muito nervoso, às vezes eu cedo para ele não ficar assim. Ele sempre foi muito mulherengo... pelo menos, nesses 02 anos eu tenho marido, porque era demais... cheio de amantes. Ele ajuda as pessoas, é uma boa pessoa, mas tem esse defeito.”

Nas falas descritas acima percebe-se a violência psicológica nas dinâmicas conjugais relatadas, entretanto nenhuma das mulheres expressa consciência sobre a ocorrência de conduta violenta. Aqui é possível associar a ausência da percepção à naturalização da violência doméstica em nossa sociedade, evento que vem sendo perpetuado de forma transgeracional e intersexual⁵⁸. Os cônjuges aprendem em suas histórias de vida que a relação de casal envolve discursos de natureza violenta e agressiva, o que eles identificam como “a agressividade no trato com o outro como um modelo a ser seguido, perpetuando um padrão transgeracional de comportamento violento”⁷¹. É necessário considerar o contexto sócio, histórico e cultural para a compreensão da violência nos relacionamentos afetivos, primordialmente para as mulheres⁷¹.

Durante muitos séculos, a violência conjugal era tida como assunto exclusivo do casal, devendo ser tratado no âmbito privado e íntimo, sendo estruturado sob os princípios da invisibilidade e da naturalização⁷², o que pode explicar a falta de conhecimento e/ou percepção dessa conduta pelas parceiras ou, ainda, de relatarem com exatidão que sofriam essa violência. Apesar, desse tema está sendo mais discutido e falado, inclusive, com leis que visam proteger as mulheres das violências sofridas por anos, ainda é um tema cercado de conflitos, preconceitos e que muitas pessoas resistem em falar.

5.2.2 Repercussão da DE e IU na saúde sexual e Qualidade de Vida (QV)

A definição de saúde sexual da OMS (2006), é: “a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis, de gestações não planejadas e livre de imposições, violência e discriminações. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima. Para tanto, é importante a abordagem positiva da sexualidade humana e o estímulo ao respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria de cada pessoa, estimula o prazer e respeita a autonomia da pessoa”.³⁵

Qualidade de vida é um conceito complexo que abrange aspectos relacionados a saúde (sintomas e doenças), satisfação pessoal, felicidade, condições de vida e indicadores que vão desde a renda até a satisfação com determinado aspecto da vida da pessoa. Além de ser definida como a percepção da pessoa sobre sua própria vida considerando os aspectos biopsicossociais, além de seus relacionamentos sociais, como família e amigos^{20,35,73}.

Na categoria repercussão da disfunção erétil na saúde sexual e qualidade de vida todos os homens entrevistados afirmaram que não têm mais a mesma atividade sexual que antes da PR, o que tem causado mudanças na saúde sexual e na qualidade de vida. As parcerias também afirmaram que houve alterações na sexualidade do casal e que percebem mais tristeza e irritabilidade no parceiro diante do quadro de DE e IU.

Estes dados corroboram com os achados de Romanzini e Pereira et al (2018)¹⁹ que constataram em estudo longitudinal realizado com 120 homens prostatectomizados que as consequências do PR não afetam exclusivamente na qualidade de vida e saúde sexual dos homens, mas também comprometem a qualidade da relação conjugal. Izidoro e Soares et al (2019)²⁴ encontraram em seu estudo descritivo, realizado com 85 homens também submetidos à PR, dados que indicam a repercussão negativa da IU no desempenho laboral (22,35%) e, tão relevante quanto isso, a maioria dos participantes afirmaram prejuízos nas atividades sociais. Além disso, os estudos trazem dados que sugerem que estes homens com DE e IU tendem a ter mais prejuízo na saúde sexual e na sua qualidade de vida.

Os estudos citados acima se concentraram em avaliar as repercussões da DE e IU na saúde sexual e qualidade de vida exclusivamente nos homens, já que estes são os acometidos pelo câncer de próstata. Entretanto, vem sendo desenvolvidos estudos mais recentes que ampliaram a visão sobre a importância de se avaliar a repercussão do quadro nas suas parcerias^{74,75}, revelando a natureza compartilhada do câncer de próstata e a necessidade de aceitar as mudanças, ameaças e desafios, criando-se um padrão conjugal que garanta uma intimidade e vida social significativa. Em pesquisa observacional realizada com 18 pessoas, sendo oito casais e dois homens individuais com câncer de próstata, no Reino Unido, constatou que o adoecimento e seu tratamento impactam também na parceria, de forma que este fato é importante e não deve ser subestimado, posto que, trata-se de um evento extremamente significativo na vida destes casais⁴. Dados semelhantes foram encontrados nas entrevistas dos participantes para esta pesquisa, conforme se observa nas falas a seguir:

Homem do casal 01: “(...) eu sinto muito mal, essa situação... usar fralda, não posso me abaixar direito... mudou tudo para pior. Só piora! Emagrecendo, preocupações, sem poder trabalhar desse jeito, sem dinheiro!”

“Era bom, normal, em tudo. Sentia alegria! Tinha minha vida sexual com minha esposa, 2-3 vezes por semana, me sentia satisfeito. Eu não sou nada do que já fui antes.”

Homem do casal 02: “Depois da cirurgia não teve mais nada, pedi remédio para o médico, mas o remédio era fraco e não adiantou. Não falamos nada sobre isso, eu e minha esposa.”

“Antes era normal, como todos casais. Sentia vontade um procurava o outro, era normal, ativa, 2-3 vezes por semana, dependia das condições físicas de cada um e do apetite sexual também.”

“Era sim (satisfação vida sexual do casal antes da PR). Depois morreu à vontade, tem desejo, mas não tenho condições, não tem ereção.”

Mulher do casal 02: “Antes da doença dele era, tinha sexo, mas sem carinho. Depois nada.”

Homem do casal 03: “(...) Agora, ainda me sinto um pouco preocupado porque não tenho a ereção como era antes e tenho perca de urina que que ainda não passou. Só Deus que sabe por ainda estou assim, porque disseram que era assim até 06 meses, já tem 02 anos e não melhorou. Mudou porque não acho nada bom com essa perca de urina e a ereção ruim.”

“Mudou depois da cirurgia. Mudou tudo. Não tem mais sexo como era antes.”

Mulher do casal 03: “Gostava muito de sexo, mas agora não tem. Ele não demonstra, mas deve estar sofrendo. Dormimos em quartos separados depois da cirurgia porque ele quer assim, tem a questão da urina que fica escapulindo também, aí ele prefere assim.”

Homem do casal 04: “Eu fico ansioso, principalmente, com essa coisa da urina (IU), a pessoa passa muita vergonha com essa doença. Mudou a ‘intranquilidade’ de reagir como uma pessoa normal, tipo assim, a sexualidade, eu quero e não estou conseguindo.”

“Para mim e para ela ficou muito difícil porque minha situação ficou difícil... fiquei impotente, minha vontade também diminuiu. Não tenho mais aquela ansiedade (de transar) não, ela não reclama, mas eu sinto que ela sente vontade. Muito paciente até para meu gosto.”

“Nós fazíamos os carinhos normais, tinha sexo oral e penetração. Depois continuamos com o oral e penetração com dificuldade porque eu não tenho a ereção inteira. Estou fazendo tratamento para isso (DE).”

Mulher do casal 04: “As coisas mudaram bastante, ele não quer me escutar. Mudou a paciência, da parte dele que esgotou a minha que está por um triz. Nunca foi fácil, mas não está nada sendo fácil, ele se afastou de mim. É um relacionamento que não tem um café da manhã, almoço, jantar juntos, antes tinha. Sinto que ele se afastou muito de mim. Ele me evita de todas as formas.”

“Distanciamento, não só do sexo, mas do casal, do cuidado, do emocional. Não falamos direito, eu até tento, mas ele não quer falar.”

Homem do casal 05: “O que mudou é que ela me procura e eu não sirvo mais (risos).”

Mulher do casal 05: “Ele disse que não afetou nada, mas eu acho que ele ficou mais agitado, principalmente, quando ele sente vontade (de transar) e não tem a ereção. Ele quer que eu fique beijando, alisando, masturbando e se eu não quero, ele fica muito nervoso, às vezes eu cedo para ele não ficar assim (...)”

Homem do casal 06: “Gosto de fazer sexo e agora não faço mais, porque não tenho ereção, nem com remédio. Isso é muito difícil para o homem”

A DE e IU podem influenciar na QV do homem pós PR, assim como, tende a afetar na autoestima deste e, nos aspectos íntimos e na saúde sexual do casal⁶⁶. Nas falas descritas acima se evidencia a repercussão da DE e IU tanto na QV e saúde sexual dos homens quanto das mulheres. Estes dados estão de acordo com os achados de um estudo de revisão integrativa realizado na Unicamp, que após a análise de 15 artigos que investigaram os problemas vivenciados pelas parceiras de homens com IU aponta como categorias: Sofrimento Psíquico, Fadiga, Mudança na Vida Sexual, e Limitação de Vida Social como categorias definidas pós PR e, concluiu que a IU destes homens “afeta negativamente a vida de suas parceiras, especialmente nas questões emocionais, sexuais e sociais, destacando-se o sofrimentos psíquico que eles geram”⁶⁶. Assim como, os achados em uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo realizada por meio de entrevistas narrativas episódicas com oito homens prostatectomizados na cidade de Belo Horizonte – MG que relataram as principais mudanças corporais (emagrecimento, isolamento social, IU, disfunções sexuais, incapacidades funcionais e alterações no estado emocional) e, como estas interferiram na relação com seus corpos⁷⁶.

As parceiras também são impactadas com as implicações do tratamento e as consequências do mesmo, como a DE, de forma que muitas abrem mão de seus desejos sexuais se submetendo a uma vida sexual insatisfatória como tentativa de apoiar seus parceiros. Apesar desta limitação, os casais conseguem manter a relação mais estável devido a posição de compreensão e apoio das parceiras que acabam suprimindo, também, seus sentimentos e desejos⁵⁹.

Um aspecto importante que surgiu em falas de algumas parceiras entrevistadas deste estudo referente a sentimento de “alívio” diante da DE do parceiro, como nas falas que seguem:

Mulher do casal 02: “Ele era ativo, hiperativa (sexo). Ele não fazia carinho, era ‘pegou a rede, puxou e foi embora’. Depois continua sem carinho. Sem sexo agora! E agora, para levantar aquele ‘defunto’ vai ser difícil e, eu nem quero!”

Mulher do casal 05: “Ele disse que não afetou nada, mas eu acho que ele ficou mais agitado, principalmente, quando ele sente vontade (de transar) e não tem a ereção. Ele quer que eu fique beijando, alisando, masturbando e se eu não quero, ele fica muito nervoso, às vezes eu cedo para ele não ficar assim. Ele sempre foi muito mulherengo... pelo menos, nesses 02 anos eu tenho marido porque era demais... cheio de amantes. Ele ajuda as pessoas, é uma boa pessoa, mas tem esse defeito. Prefiro assim, como está agora do que como era antes quando ele não tinha esse problema com o pênis (DE)”

Estes achados convergem aos dados encontrados no estudo descritivo-exploratório, de caráter qualitativo realizado por meio de entrevistas individuais de dez casais no interior do Estado de Minas Gerais, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015 com objetivo de analisar a percepção de homens prostatectomizados e suas parceiras acerca dos desafios vivenciados após PR relacionados à sexualidade do casal e aos efeitos da DE⁵⁹. Neste estudo o sentimento ambivalente de alívio das parceiras diante do processo de luto vivenciado com o quadro da DE do parceiro se fez presente. Este dado aponta que cada membro do casal vivencia a dinâmica sexual do casal de perspectivas distintas, bem como, o adoecimento e as consequências do tratamento de formas diversas e complexas.

Cabe destacar que a repercussão da DE e IU na QV e saúde sexual individualmente ou na relação do casal é evidenciada com os achados do presente estudo e dos estudos citados acima, entretanto, percebe-se que a maioria dos casais não conversam sobre essas consequências e sobre as repercussões identificadas e, o quanto estas afetam a eles e a relação provocando mudanças corporais, funcionais e relacionais, como sofrimento psíquico em cada um e na conjugalidade.

Neste contexto, a qualidade de vida associada à condição de saúde e a saúde sexual pós PR é tão importante quanto o controle da evolução do câncer de próstata, pois a insatisfação e

frustração com os resultados do tratamento implica na mudança negativa na QV desses homens¹⁹. Todos os pesquisadores referidos acima discorrem ainda que os danos relacionados à saúde sexual e QV dos homens prostatectomizados impactam diretamente na saúde sexual e qualidade de vida das parcerias, comprometendo a dinâmica geral do casal e, especificamente, a sua sexualidade, condição que está presente nas falas dos participantes deste estudo.

5.2.3 Repercussão da DE e IU na saúde mental

Na categoria repercussão da disfunção erétil na saúde mental dois participantes verbalizaram ideação suicida após as consequências do PR e os demais relataram mudança na sua vontade de viver relacionadas com a DE e IU. As parceiras relataram que houve mudança emocional, de humor e comportamental dos parceiros relacionada a DE pós PR. Relataram também o quanto tiveram sua saúde mental afetada por estas mudanças e o quanto repercutiram na relação de modo geral.

Isso pode ser explicado pelo fato do sexo culturalmente para homens está relacionado à potência, e à identidade masculina sendo caracterizada pela presença e, não ausência da ereção e a penetração como principal e, muitas vezes, única prática sexual validada^{8,22,30}. A constatação da DE faz com que o homem encare concretamente sua dificuldade, o que o desestabiliza psiquicamente, pois o pênis, que era fonte plena de prazer transforma-se em fonte de decepção e desajuste emocional, e ele passa a questionar sua capacidade como homem, e mais preocupante, enquanto indivíduo^{4,8,22,30}.

Este sofrimento psíquico vivenciado tanto pelo homem quanto pela sua parceira e, conseqüentemente, na dinâmica conjugal corresponde ao processo de luto que estas pessoas experienciam diante do adoecimento, tratamento e conseqüências do CA de próstata.

Os homens que apresentaram ideação suicida relacionada a DE denunciam a importância de se tratar as consequências da PR de forma cuidadosa, inclusive avaliando a condição psicológica de cada paciente antes deste procedimento. Os dados desta pesquisa revelam que as parcerias encontraram dificuldade em discutir as questões de DE com seus parceiros por terem receio em constrangê-los, e revelaram os conflitos provocados na convivência conjugal, o que decorreu das mudanças emocionais, de humor e comportamental por eles apresentadas.

5.2.3.1 Sofrimento psíquico

Como já dito anteriormente, o câncer é uma questão de saúde coletiva, pois com o aumento da expectativa de vida, a ocorrência desse diagnóstico tende a aumentar e hoje, é já é a segunda causa mais frequente de morte na realidade do Brasil¹³. Desta forma, se destaca a importância de políticas públicas para prevenção desta patologia.

O diagnóstico de câncer causa impacto importante em quem o recebe, e mesmo diante dos avanços da medicina em relação aos tratamentos, este é um diagnóstico ainda temido por ser visto como uma sentença de morte, assim, desperta muitas reações e emoções difíceis de serem vivenciadas pelo paciente e sua família¹⁴.

O câncer de próstata impacta não apenas no homem que recebe o diagnóstico, mas também em sua parceira⁴. O tratamento e suas principais consequências (DE e IU) influenciam na diminuição de qualidade de vida^{1,3,4,24} e saúde sexual do homem, da sua parceira e desses, enquanto um casal, podendo provocar reações e sentimentos diversos, como ansiedade, depressão, rebaixamento de humor, frustração, medos, incertezas associadas a autoestima, a imagem corporal, a identidade e ao papel social do homem, e, conseqüentemente, impacta na sua parceria, na dinâmica conjugal^{4-6,19}.

As falas nas entrevistas demonstraram que os participantes enfrentaram repercussão em seu estado psíquico e emocional com o diagnóstico e tratamento do câncer de próstata, e que se expressam em sofrimento psíquico quando confrontam a diversidade de consequências inerentes ao tratamento dessa neoplasia. Isto pode ser percebido nas falas descritas nas categorias anteriores e nas narrativas que seguem. Em relação à pergunta de “como se sentiu quando recebeu o diagnóstico de CA de próstata?”, destaca-se tais falas:

Homem do casal 1: “Senti mal com a situação! Fui sozinho, minha esposa não pode ir. O médico disse que era maligno, passei mal na hora. No tratamento fiquei bastante assustado, não pensava que fosse acontecer comigo (...). Só piora! Emagrecendo, preocupações, sem poder trabalhar desse jeito, sem dinheiro!”

Homem do casal 3: “Fiquei um pouco nervoso. Sentia um pouco preocupado. Agora, ainda me sinto um pouco preocupado porque não tenho a ereção como era antes e tenho perca de urina que que ainda não passou. Só Deus que sabe por ainda estou assim, porque disseram que era assim até 06 meses, já tem 02 anos e não melhorou. Mudou porque não acho nada bom com essa perca de urina e a ereção ruim.”

Mulher do casal 3: “Em todo momento eu pensei que ele ia ficar bom, que ia dar certo. Não fiquei preocupada, mesmo durante o tratamento. Em relação a nós dois mudou muita coisa, não tem mais relação (sexo), mas o companheirismo continua.”

“Ele não é de demonstrar não, mas acho que mexeu muito no psicológico dele porque ele era muito ativo, mas agora fica quieto para tudo. Gostava muito de sexo, mas agora não tem. Ele não demonstra, mas deve estar sofrendo. Dormimos em quartos separados depois da cirurgia porque quer assim, tem a questão da urina que fica escapulindo também, aí ele prefere assim.”

Homem do casal 4: “Me senti normal! Tinha acontecido constantemente com as outras pessoas. Claro que fiquei preocupado, mas sabia que tinha que tratar. Durante (o tratamento) me senti, praticamente uma pessoa impotente, dependo de pessoas. Eu fico ansioso, principalmente, com essa coisa da urina (IU), a pessoa passa muita vergonha com essa doença. Mudou a intranquilidade de reagir como uma pessoa normal, tipo assim, a sexualidade, eu quero e não estou conseguindo”

“Hoje é ansioso! Nós conversamos muito. Eu estou prejudicado depois desta cirurgia, mas eu e ela achamos que parar ter a saúde eu tive que fazer. Ela não me cobra, mesmo eu prejudicado sexualmente. Era ótimo antes!”

Mulher do casal 4: “Logo no momento eu fiquei assustada, mas tentei tranquilizar. Sempre do lado dele dando força, assim como, eu continuo, tento né? As coisas mudaram bastante, ele não quer me escutar. Mudou a paciência, da parte dele que esgotou a minha que está por um triz. Nunca foi fácil, não está sendo nada fácil, ele se afastou de mim. É um relacionamento que não tem café da manhã, almoço, jantar juntos, antes tinha. Sinto que ele se afastou de mim. Ele me evita de todas as formas.”

“Eu acho que mexeu com a mente dele. Até a praia que ele ia, ele não vai mais. Agora só dorme depois de beber e muito. Ontem mesmo saiu mijando a casa toda. Eu queria tratar melhor dele, mas ele não aceita.”

Homem do casal 5: “Normalíssimo! Não me abalei. A mulher quase ‘morre’, os parentes... e eu na minha. Durante o tratamento tudo ocorreu bem. Hoje me sinto bem, não mudou nada, só o sexual.”

Mulher do casal 5: “Eu fiquei mais abalada do que ele. Ele não ligou muito não. Eu fiquei ansiosa, com aqueles pensamentos ruins o tempo todo. Durante o tratamento eu ficava um pouco ansiosa. Agora estou calma.”

“Ele disse que não afetou nada, mas eu acho que ele ficou mais agitado, principalmente, quando ele sente vontade (de transar) e não tem a ereção. Ele quer que eu fique beijando, alisando, masturbando e se eu não quero, ele fica muito nervoso, as vezes eu cedo para ele não ficar assim. Ele sempre foi muito mulherengo... pelo menos, nesses 02 anos eu tenho marido porque era demais... cheio de amantes. Ele ajuda as pessoas, é uma boa pessoa, mas tem esse defeito.”

Homem do casal 6: “Eu fiquei tranquilo! Depois a cabeça ficou mais ou menos, fiquei na dúvida de fazer a cirurgia. Gostava de fazer sexo e agora não faço mais. Para o homem é muito difícil. Preciso cuidar da cabeça. A única que ‘tá’ ruim é minha sexualidade.”

Estas narrativas demonstram o quanto os homens e suas parceiras se encontram em sofrimento psíquico, ainda que de forma singular, diante do que representa para cada um o adoecimento por esta neoplasia. Os homens apresentam um sofrimento direcionados ao diagnóstico, mas, principalmente, em aceitar e em lidar com a DE e IU e as repercussões destas na sua sexualidade e na percepção da sua masculinidade, posto que estas, conforme padrão predominante, são constituídas com base na presença da ereção. Logo, a DE evidencia uma forte associação com sentimento de perda da sexualidade e masculinidade^{64,76}, impondo a estes a dificuldade de perceber a si próprios como homens, da mesma forma que se percebiam antes desta experiência^{59,76,77}.

Um outro aspecto referente ao sofrimento psíquico identificado nestas falas está associado ao desempenho sexual que sofreu declínio importante provocando sentimentos diversos, como humilhação, pena de si, revolta, medo, vergonha e incerteza sobre o futuro. Este sofrimento corresponde à dificuldade destes homens em aceitar sua nova condição e em desenvolver ou modificar suas práticas sexuais. Estes achados convergem com dados encontrados em outros estudos sobre a temática nos quais sentimentos semelhantes foram evidenciados e/ou declarados por sujeitos participantes destes^{4,59,76,77}.

Já as parceiras, revelaram o sofrimento psíquico frente ao diagnóstico dos parceiros, mas também o sofrimento em como lidar com as reações destes diante da sua condição atual. Em suas falas também se identificou uma atitude de companheirismo, solidariedade e de principal cuidadora que estas mulheres assumem, evidenciando que, ainda que, a despeito de todas as conquistas culturais, sociais e políticas, que acabaram lhes permitindo vivenciar uma sexualidade mais livre, não submissa ou inferior, estas mulheres mantêm uma postura de condicionar sua vida à realidade vivenciada pelos seus parceiros. Inclusive, a sexualidade destas mulheres, desde a prática à satisfação, foi renunciada em favor ao quadro de adoecimento de seu parceiro. Tais achados somam-se resultados encontrados em outros estudos semelhantes^{4,59,66,76} que corroboram a recorrência dessa condição, ainda que associadas aos diversos contextos em que a mulher contemporânea vem alcançando representatividade e ocupando espaços: o adoecimento dos parceiros, se tornam também nos adoecimentos destas e na abdicação, em algumas situações, da sua individualidade.

5.2.3.2 Luto

O luto é um processo psíquico, individual, singular, mas também amplamente contextualizado, de elaboração da perda de alguém ou algo importante, ou seja, no luto ocorre o rompimento de vínculo significativo, e não é apenas um estresse doloroso com o qual as pessoas precisam lidar. É um processo que todas as pessoas vivenciam em diversos momentos durante sua vida e pode não provocar dores físicas, mas ocasiona sim, sofrimento, desconforto, inquietações que normalmente alteram diversas funções (social, cognitiva, física, espiritual, emocional) na pessoa enlutada⁵³.

Neste trabalho, o tipo de luto em questão é o luto não reconhecido. Este consiste no processo de elaboração do sofrimento mediante a perda de vínculo significativo, mas que não pode ser expresso abertamente, pois não é validado, legitimado e reconhecido socialmente o que caracteriza as perdas ambíguas⁵⁵. As pessoas que experienciam o luto não reconhecido tendem a sofrer solitariamente e em silêncio por não serem autorizadas socialmente a expressarem seu sofrimento. Não reconhecer o luto representa ignorar a perda e as emoções desencadeadas por ela⁵⁵.

As falas que seguem abaixo apontam também o quanto os homens e suas parceiras vivenciaram ou vivenciam sentimentos que estão relacionados com o processo de luto associado com

experiência do câncer de próstata (desde o diagnóstico até o momento das entrevistas deste estudo), tais como frustração, tristeza profunda, desesperança, ansiedade, medo, raiva e incertezas. Destaca-se que luto neste contexto não é apenas um estresse doloroso com o qual as pessoas precisam lidar, e que pode provocar problemas prolongados em algumas, mas também ao que se denomina perdas⁷⁸. No caso dos participantes é possível identificar que estes experimentam o luto “não reconhecido” que consiste no processo de sofrimento mediante a perda de vínculo significativo, mas que a sua expressão não é validado, legitimado e reconhecido socialmente característicos de perdas ambíguas⁵⁵.

Homem do casal 01: “Era bom, normal, em tudo. Sentia alegria! Tinha minha vida sexual com minha esposa, 2-3 vezes por semana, me sentia satisfeito. Eu não sou nada do que já fui antes.” “Mudou tudo para pior. Eu já escutei que depois disso (PR) ‘você não é mais o mesmo’. Fico pensando um monte de besteira. Tem mais briga, com o nervoso que eu fico. Quero ficar sozinho”.

Homem do casal 02: “depois da cirurgia não teve mais nada, pedi remédio para o médico, mas o remédio era fraco e não adiantou. Não falamos nada sobre isso, eu e minha esposa.”

Mulher casal 02: “Ele ficou triste, muito triste! E isso mexeu no relacionamento. Ele não aceita que as coisas mudaram, não são como antes e ele não aceita, aí se chateia.”

“Ele era ativo, hiperativa (sexo). Ele não fazia carinho, era ‘pegou a rede, puxou e foi embora’. Depois continua sem carinho. Sem sexo agora! E agora, para levantar aquele ‘defunto’ vai ser difícil e, eu nem quero!”

Homem do casal 03: “Mudou muitas coisas! Não trouxe boas coisas não. Ficou abaixo do que o que era. A falta de amor, tem mais briga. Mudou.”

“Antes era bom! Aí depois foi mudando, não tem mais as coisas como antes (a vida sexual antes da PR)”

Mulher casal 03: “Ele não é de demonstrar não, mas acho que mexeu muito no psicológico dele porque ele era muito ativo, mas agora fica quieto para tudo. Gostava muito de sexo, mas agora não tem. Ele não demonstra, mas deve estar sofrendo. Dormimos em quartos separados depois da cirurgia porque quer assim, tem a questão da urina que fica escapulindo também, aí ele prefere assim.”

Homem do casal 04: “Claro que fiquei preocupado, mas sabia que precisava tratar. Durante (o tratamento) me senti, praticamente, uma pessoa impotente, dependendo das pessoas. Agora, me sinto tranquilo. Eu fico ansioso, principalmente, com essa coisa da urina (IU), a pessoa passa muita vergonha com essa doença. Mudou a intranquilidade de reagir como uma pessoa normal, tipo assim, a sexualidade, eu quero e não estou conseguindo.”

“Para mim e para ela ficou muito difícil porque minha situação ficou difícil... fiquei impotente, minha vontade também diminuiu. Não tenho mais aquela ansiedade (para transar) não, ela não reclama, mas eu sinto que ela sente vontade. Muito paciente até para meu gosto.”

Mulher casal 04: “Distanciamento (sobre a repercussão do câncer de próstata no relacionamento), não só do sexo, mas do casal, do cuidado, do emocional. Não falamos direito, eu até tento, mas ele não quer falar.”

Homem do casal 05: “Não mudou nada, me sinto bem. O que mudou é que ela me procura e eu não sirvo mais (risos).”

“Eu sinto, eu acho, que não mudou nada pra ela. Eu não percebo.”

Mulher casal 05: “Hoje não tem mais por causa desse problema dele, não sobe, não dá para ter penetração. Tem tudo que ele já fez comigo, o amor ainda não acabou, mas... ele fica nervoso. Ele, às vezes, me satisfaz mesmo sem penetração, mas não é a mesma coisa. Eu digo, ‘ aceite que dói menos’. Você queria o quê, saúde ou a doença?”

“Agora, são as carícias, mas demora porque ele me irrita muito. Dou castigo mesmo. Quando não quero não faço para ele me pagar o que já fez comigo. Não sabe e nem eu quero.”

“(...) Ele sempre foi muito mulherengo... pelo menos, nesses 02 anos eu tenho marido, porque era demais... cheio de amantes. Ele ajuda as pessoas, é uma boa pessoa, mas tem esse defeito.”

Nas narrativas dos homens pode-se apontar como perdas a mudança a exemplo de mudanças na condição de saúde com o diagnóstico de câncer de próstata e seu tratamento, transformações no controle sobre o corpo próprio corpo, como mais um das consequências dessa condição que se evidenciam com a DE e IU que ainda causam perda de QV (descrito na categoria *Repercussão da DE e IU na saúde sexual e Qualidade de Vida (QV)*), perda da identidade, masculinidade e da sexualidade do casal. Estas perdas provocam reações emocionais de frustração, raiva, tristeza, medo, vergonha e ansiedade que constituem o processo de luto. Vale destacar, que a sobrevivência ao câncer de próstata é socialmente percebida com maior relevância do que a

condição de sofrimento que estas perdas causam, assim, a expressão destes sentimentos não são validados e legitimados socialmente, o que define o luto não reconhecido.

Já as narrativas das parceiras revelaram a perda da condição de vida que tinham antes dessa situação vivenciada pelos parceiros, tendo muitas vezes, que assumir o papel de principal cuidadora, perdendo sua autonomia e o estilo de vida que possuía antes desta experiência. Relataram também dificuldade em lidar com as atitudes de seus parceiros face a vivência do sofrimento destes homens, tais como distanciamento, ansiedade, estresse, recusa em aceitar ajuda delas e em conversar sobre o processo vivenciado, reações impulsivas de natureza mais agressiva. Este contexto, gera mais sofrimentos nestas mulheres e, compromete mais ainda a conjugalidade. Além disso, elas revelam que também sofreram com as sequelas do tratamento, com DE, de forma que, aceitaram uma vida sexual insatisfatória em função de apoiar seus parceiros. Em contrapartida, algumas falas destas mulheres expressaram sentimento ambivalente de alívio com situação da DE do parceiro, isso está relacionado com a dinâmica da conjugalidade marcada por infidelidades dos mesmos, distanciamento emocional, dificuldade na comunicação e uma sexualidade restrita ao ato sexual sem maior investimento no afeto, na erotização, na satisfação sexual das parceiras e no repertório sexual. Outros estudos referentes a esta temática evidenciam dados semelhantes aos achados nestas narrativas⁵⁹.

Estas perdas causam dor e sofrimento, exigindo do casal uma adaptação a condição atual da dinâmica conjugal. Entrando, suas expressões são inibidas pelas regras sociais que não as reconhecem enquanto perdas importantes, já que o que se considera como relevante, ainda na perspectiva biomédica, é a condição de saúde física sobre qualquer condição, e não uma perspectiva biopsicossocial. Desta forma, podem se sentir reprimidos nas expressões de seus sentimentos, o que agrava mais ainda a sua condição de saúde mental⁵⁵.

Os dados encontrados nessas narrativas corroboram com dados identificados em um pesquisa realizada em Michigan⁷⁹ com 19 casais hétero e um casal homoafetivo no pré e pós operatório, que analisou as questões sobre o impacto da PR na sexualidade desses casais e seu processo de reabilitação identificou os seguintes dados: no pré operatório, 65% dos casais buscaram antecipar a cirurgia por receio desta não erradicar o câncer; 65% relataram medo pelo risco da cirurgia; 80% apresentaram preocupação em relação a IU e 60% em relação a DE; 95% eram ativos sexualmente; 45% afirmaram que o sexo era importante no relacionamento; 90% dos casais esperavam que a função erétil pré-operatória fosse recuperada, mesmo sendo informados

sobre os danos nos nervos e de que a recuperação da ereção poderia ocorrer até dois anos após a PR. No pós-operatório estes casais apresentaram os seguintes dados: 80% relataram sentimentos relacionados ao luto, como frustração e desesperança; 75% dos homens sentiram que a DE afetou negativamente sua masculinidade; 50% afirmaram sofrimento com a diminuição do desempenho sexual 25% abordam a perda de confiança sexual; todos os casais enfrentaram mudanças na dinâmica sexual conjugal e 60% estavam ativos sexualmente três meses pós PR. Os casais relataram perdas nos três domínios da sexualidade: função erétil e sexual feminina, confiança sexual e atividade sexual conhecida⁷⁹. O luto foi identificado como uma característica acentuada no processo de reabilitação^{55,79}, o que também foi encontrado nas entrevistas dos participantes do presente estudo.

5.2.3.3 *Ideação suicida*

Entre os homens participantes deste estudo, dois verbalizaram durante as entrevistas ideias suicidas provenientes do sofrimento psíquico causado pela DE e IU que resultaram da PR e que não apresentaram melhora mesmo após tratamentos indicados para essas situações. A ideiação suicida é definida como pensamentos passageiros, com ou sem planejamento, de que a vida não vale à pena para ser vivida inclusive preocupações profundas sobre o sentido de viver ou morrer^{80,81}.

Cabe destacar, na análise da Escala DASS 21 o homem do Casal 01 apresentou ansiedade com sintomas severos, estresse e depressão com sintomas moderados e o homem do Casal 06 apresentou ansiedade, estresse e depressão com sintomas severos. Outro dado relevante, refere-se à idade destes homens que são os mais novos da amostra (Casal 01, 54 anos e Casal 06, 55 anos). O que indica que eles foram acometidos pelo câncer de próstata em uma faixa etária inferior a idade, normalmente, constatada nas estatísticas^{1,13}. Encontram-se em faixa etária correspondente ao grupo economicamente ativo no mercado de trabalho, e na sua vida sexual, podendo sofrer diminuição significativa e prolongada na qualidade de vida, na qualidade da sua relação conjugal, na saúde sexual e mental. Assim, constatou-se nas falas que seguem intenso sofrimento psíquico e ideias suicidas diante dos quadros de DE e IU:

Homem do casal 01: “No tratamento fiquei bastante assustado, não pensava que fosse acontecer comigo. Eu chorei hoje, penso em suicídio, eu sinto muito mal, essa situação... usar fralda, não posso me abaixar direito... mudou tudo para pior. Só piora! Emagrecendo, preocupações, sem poder trabalhar desse jeito, sem dinheiro!”

“Tem brigas, discussões devido ao que eu falo devido ao que estou passando. Não tem relação (sexual), é zero. Ela manda eu tirar essas coisas da cabeça.”

“Mudou tudo para pior. Eu já escutei que depois disso (cirurgia) ‘você não é mais o mesmo’. Fico em casa pensando um monte de besteira. Tem mais briga, com o nervoso que eu fico. Quero sair sozinho!”

Homem do casal 06: “Ela me apoia muito, não me cobra, eu que me cobro. Já pensei em me suicidar, mas não tenho coragem, se tivesse fazia.”

“Eu penso que morrer é melhor, já pensei em tirar minha vida.”

“Ficou tudo bem no início do tratamento, mas a cabeça não está boa! Depois da cirurgia está ruim, da vontade de separar. De largar tudo! A urina também ficou muito ruim!”

“A cabeça só pensa besteira... Ela não me procura, deve estar com outro. Não tenho vontade de fazer mais nada, nem trabalhar.”

Diante deste contexto, é possível identificar a gravidade do estado de saúde mental destes homens, semelhante aos achados da literatura sobre mudanças psicossociais (ansiedade e depressão) e baixa autoestima causados pela DE e IU pós PR²⁴, bem como, o fato de que nem todos homens possuem uma estrutura psíquica que tolere a sobrecarga do quadro da DE, podendo resultar em conflitos e dissolução conjugal, desespero e suicídio⁸.

Ressalta-se que após a entrevista a pesquisadora realizou intervenção em crise adotando protocolos aplicáveis a essa situação: avaliou a ideação suicida, investigou nível de elaboração e planejamento da ideação e dos indicadores de risco de suicídio⁸¹. Além disso, estes participantes foram encaminhados para acompanhamento psicológico imediato com equipe de Psicologia do IPL, para avaliação psiquiátrica e solicitado a presença de um familiar para orientação e psicoeducação (explicação detalhada do quadro de saúde mental atual, da presença de intenso sofrimento psíquico, da ideação suicida; orientação sobre a gravidade da situação e necessidade de tratamento sistemático).

5.3 Comunicação entre equipe de saúde e paciente/casal

Na categoria comunicação sobre o tratamento entre equipe de saúde e paciente/casal, os participantes homens relataram que embora tenha havido explicações sobre a neoplasia e a PR,

os profissionais de saúde afirmaram que a recuperação da ereção e a melhoria da IU dependiam mais da reabilitação pós procedimento do que da intervenção cirúrgica. Além disso, afirmaram que não houve outra indicação de tratamento. As parceiras relataram que tiveram informações escassas e sugeriram que o médico fornecesse mais informações a família sobre o tratamento e suas consequências.

Sobre a comunicação entre equipe de saúde e paciente/casal os dados demonstram que os médicos explicaram sobre as consequências (DE e IU), mas que indicaram a necessidade da PR e abordaram a melhoria na DE e IU na reabilitação pós cirúrgica, atribuindo a melhora DE mais as questões psicológicas do homem em tratamento. Isso pode ser explicado pela predominância do modelo biomédico, que não reconhece tanto os aspectos biopsicossociais, como um ponto de deficiência na formação médica, e no desejo do profissional em resolver o problema de saúde dos pacientes^{4,25,26}.

Os dados colhidos nas entrevistas corroboram com resultados do estudo de Izidoro *et al* (2019)²⁴ indicando que devido à complexidade do processo de adoecimento e reabilitação de homens prostatectomizados (tratamento curativo e radical), a avaliação de aspectos referentes a qualidade de vida deve ser inserida no protocolo assistencial, bem como, convergem com os resultados do estudo de Seemann *et. Al.* (2018)⁶ que apontam sobre a importância de se compreender melhor o impacto do câncer de próstata e das consequências de seu tratamento na qualidade de vida dos homens em questão, pois sintomas depressivos têm aparecido constantemente, o que expressa a necessidade de se considerar as possíveis alterações nos aspectos psicológicos frente ao adoecimento.

Ouro estudo longitudinal com 238 casais sobre comunicação entre equipe de saúde e homens com câncer de próstata e suas parcerias reforça a necessidade de uma comunicação aberta entre equipe homem/casal a respeito do câncer, do seu tratamento e das possíveis sequelas tanto as imediatas quanto as permanentes, além dos tratamentos da necessidade de adaptação a nova condição de saúde visto que as questões referentes a masculinidade e a sexualidade do casal raramente são abordadas⁵¹.

Sandergaarda e Lodeb (2021)⁸², realizaram uma pesquisa qualitativa exploratória com 10 homens atendidos em um ambulatório de urologia na Noruega em que, os dados foram coletados entre junho e novembro de 2017 por meio de entrevistas. A pesquisa revelou que as

informações insuficientes fornecidas pelos profissionais de saúde podem resultar em incertezas, o que pode influenciar no desinteresse dos envolvidos em se envolver nas decisões sobre a própria condição de saúde. Os resultados descritos acima também podem ser observados nas falas que seguem:

Homem do casal 1: “Comigo não tratou não, só se foi com minha esposa (sobre se os profissionais de saúde trataram questões sexualidade com o tratamento). Só falou que era câncer maligno”.

“Explicaram algumas coisas, mais da incontinência urinária, disseram que eu ia me recuperar a ereção, que não ia ser a igual, mas que ia melhorar”.

Homem do casal 2: “Antes da cirurgia ele (urologista) me explicou que se depois da cirurgia a sexualidade não ficasse boa teria que usar remédio, mas não disse que o remédio poderia não funcionar. Explicaram e eu entendia sim, e qualquer dúvida a gente pergunta. Tinha feito a cirurgia mesmo se soubesse porque esse problema de próstata tem levado muita gente para o ‘buraco’.”

Homem do casal 3: “Eles falavam tudo, sobre o que era para fazer, isso depois da cirurgia. Antes lá, no hospital falaram o que podia acontecer. Mandaram um termo para eu assinar para fazer a cirurgia.”

“Explicou lá no grupo (do hospital), assinei o papel autorizando fazer. Eu entendi, perguntei algumas coisas.eu entendia algumas coisas que eles falaram. Eu espero que Deus ajude para realizar essa melhora para a urina (IU) e voltar ao normal como era antes, e ereção que está pouquinho.”

Mulher do casal 3: “Não tive contato não, era ele que me explicava. Também pesquise. Só não entendo porque a urina ‘escapulindo’ não melhorou, disseram que era até 06 meses e até agora nada. Deve ter acontecido algo de errado na cirurgia, só pode!”

Homem do casal 4: “Eles conversavam muito pouco sobre a incontinência da urina, eles diziam sempre que tinha que tratar a questão da ereção (DE), depois a urina escapulindo (IU). Eles deveriam dar mais atenção. A equipe do hospital não conversava nada. Só diziam que eu tinha que fazer (cirurgia), senão ficaria prejudicado.”

“Explicaram sim. eu costumo perguntar o que tenho dúvida, com certeza falaram com linguagem que eu entendi. Acho que o cirurgião poderia dar mais atenção, não de atenção, ficou mexendo no celular quando eu estava falando da cirurgia de abertura do canal 06 meses depois da cirurgia da próstata (PR).”

Mulher do casal 4: “Na cirurgia eu acompanhei, aí pude ter algumas informações, mas ele (cirurgião) me respondia rápido e o básico, isso já saindo do quarto.”

Homem doo casal 5: “Eles conversaram que eu mesmo tinha que me ajudar, que eu tinha que ajudar com minha companheira. Eles sempre incentivaram.”

“Falaram tudo. Me deram a opção de operar ou a quimioterapia. Aí eu escolhi operar porque ele (médico) disse que se fosse ele, ele faria a cirurgia.”

Mulher do casal 5: “Comigo ninguém nunca falou nada não, só quando eu perguntei para o cirurgião uma única vez que tive a oportunidade.”

“Não explicou nada para mim, eu ia raramente nas consultas devido as dificuldades diárias. Quando eu ia, ele não queria que eu entrasse. Acho que a equipe deveria conversar mais com a família, explicar melhor. Eu gosto entender tudo, bem detalhado. Só tive uma oportunidade de perguntar para o cirurgião no dia seguinte da cirurgia, mas ele respondeu rápido, já quase saindo do quarto, sem nem me olhar direito, sem explicar direito.”

Os dados acima convergem ainda com os resultados da pesquisa realizada no Reino Unido com 546 com homens pós PR, 167 com profissionais de saúde médicos clínicos e enfermeiros e 94 urologistas e enfermeiros especialistas na área que confirmam a necessidade de melhorar o suporte a estes homens e, por isso as discussões a respeito do manejo com a DE devem ser inseridas desde o início do planejamento do tratamento do câncer de próstata²⁶.

A abordagem e discussão a respeito da disfunção sexual é um tema ainda desafiador e desconfortável para os profissionais de saúde devido à complexidade que constitui as relações interpessoais, a sexualidade dos indivíduos e da dinâmica conjugal, bem como, ao fato da formação destes profissionais ainda ser baseada no modelo biomédico⁴. Embora o câncer de próstata atinja apenas um dos membros do casal, o seu tratamento afeta a parceria e a dinâmica conjugal e, por isso o casal deve ser inserido nos cuidados dos profissionais de saúde, expressando a importância do uso de vocabulário e intervenções adequados para os homens e casais em tratamento para câncer de próstata^{4,12,25}. A partir dos resultados e reflexões trazidas pelos autores e pelos dados apresentados nesta pesquisa pode-se observar a necessidade e

importância de ampliar o cuidado com os homens e suas parcerias no tratamento de câncer de próstata, considerando a complexidade das relações interpessoais e do processo de saúde-doença. Desta forma, o casal deve ser inserido no planejamento do tratamento e decidir com mais embasamento sobre fazer ou não a PR.

5.4 Descrição das características psicoemocionais dos participantes

Na avaliação da Escala DASS 21 pode-se observar que os dados identificados diferiram das respostas nas entrevistas, nestas foi possível observar, por meio dos discursos, o sofrimento referente a ansiedade, estresse e humor deprimido. Inclusive, a maioria dos participantes afirmou durante a entrevista que estavam bastante ansiosos e estressados, entretanto, apenas um participante apresentou na escala sintomas severos de ansiedade, depressão e estresse. Vale ressaltar que em todas as entrevistas os participantes descreveram sintomas que caracterizam quadros de ansiedade, estresse e humor deprimido. Desta forma, é possível levantar a hipótese de que os participantes não compreenderam adequadamente as questões da escala, pois os dados encontrados nas entrevistas apontam a relação entre a presença da DE e IU pós PR e a interferência na condição de saúde mental dos homens, como foi encontrado em pesquisas identificaram ansiedade, depressão, angústia, medos e baixo autoestima em homens pós PR^{6,41}.

5.5 Notas sobre o pós- protocolo

As mulheres participantes da pesquisa que relataram nas entrevistas situações que foram identificadas como possível violências psicológicas, foram psicoeducadas sobre a disfuncionalidade deste padrão relacional do casal, sobre o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento desta situação, bem como, encaminhadas para acompanhamento psicológico com equipe de Psicologia do IPL. Entre estas, duas aceitaram o acompanhamento psicológico.

Nas entrevistas em que os participantes verbalizaram ideação suicida, a pesquisadora realizou intervenção em crise: avaliou a ideação suicida, investigou nível de elaboração e planejamento da ideação, indicadores de risco de suicídio⁸¹. Em seguida, os participantes foram encaminhados para equipe de psicologia de IPL para realizarem acompanhamento psicológico sistemático imediatamente, para avaliação psiquiátrica e foi solicitado a presença de um familiar para orientação e psicoeducação sobre a condição psíquica dos participantes, o que consistiu em explicação detalhada do quadro de saúde mental atual, da presença de intenso

sofrimento psíquico, da ideação suicida; orientação sobre a gravidade da situação e necessidade de tratamento sistemático.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sobre a questão de raça, nove dos 10 participantes se declararam preto. Essa questão merece aprofundamento consistente para discutir sobre o tratamento adequado a população negra, ou seja, a questões de políticas públicas mais assertivas e eficazes para a população negra, o que é uma limitação do presente estudo.

Em relação a distinção dos dados encontrados por meio da Escala DASS -21 e os das entrevistas sobre os aspectos psicológicos, seria necessária uma avaliação psicológica mais complexa, o que se configura como uma outra limitação deste estudo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo todos os casais participantes afirmaram ter a vida sexual e afetiva afetada pelos efeitos da intervenção. Essa afetação foi evidenciada nas narrativas decorrentes da entrevista semiestruturada através das categorias de análise de conteúdo. Na categoria da conjugalidade foi possível observar a qualidade da comunicação entre eles, no que se refere à vivência sexual do casal que não mostrava características fluídas antes do procedimento e depois dele o silenciamento foi protagonista. A conjugalidade também se mostra afetada por certa desigualdade no que se refere a possibilidade de se satisfazer e satisfazer o desejo do outro. Nesse cenário a mulher emerge com mais disponibilidade de satisfazer e cuidar dos desejos e impossibilidades do companheiro, enquanto eles se recolhem numa posição de impotência silenciosa.

O quadro apresentado pelos homens entrevistados é indicativo de que sem a ereção não existe vida sexual, pois não existe penetração (principal prática sexual reconhecida socialmente por estes homens), o que causa muito sofrimento psíquico, mas um sofrimento, muitas vezes, não expresso socialmente, o que caracteriza um luto não reconhecido. Além disso, evidencia que o processo de luto vivenciado não foi, ainda, elaborado psiquicamente, intensificando o sofrimento e sua manifestação, como sinais de impaciência, ansiedade, ideação suicida, humor instável e distanciamento na relação conjugal.

As mulheres se alternam em narrativas de assumirem uma posição de solidariedade e apoio, desconsiderando seus próprios desejos e abdicando da sua sexualidade e, outras sacrificando aspecto da sua individualidade e vida em geral, e outras ainda revelando sentimento de alívio em não ter que seguir tendo relações sexuais com seus parceiros, considerando que tinham uma vida sexual anterior de insatisfação e de pouco investimento afetivo do parceiro, de forma, que expressaram, inclusive, certo sentimento de vingança devido a dores causadas com infidelidades.

A comunicação é uma categoria que se expande para os profissionais de saúde e as práticas de cuidado em relação ao processo de adoecimento, tratamento e suas consequências do câncer de próstata tanto com o homem e quanto com sua parceira. Desta forma, estes profissionais deveriam ser capacitados e sensibilizados continuamente sobre as especificidades da situação, principalmente, em relação ao sofrimento psíquico que este casal vivencia, utilizando uma linguagem acessível, flexível, assertiva, afetiva explorando a complexidade que envolve a

sexualidade e o adoecimento pelo câncer de próstata, possibilitando espaços seguros para trocar de informações, de sentimentos (medo, angustia, tristeza, incertezas, frustração e ansiedade) e de desenvolvimento de possibilidades para ressignificar a nova condição de saúde de se relacionar consigo e com o outro. Estes espaços podem ser construídos por meio de momentos para realizar investigação sobre a história de vida e de adoecimento do homem em tratamento e da sua parceira, bem como, da dinâmica conjugal. Além disso, pode-se pensar em grupos informativos com os profissionais de saúde para esclarecimento de dúvidas, mas sem se restringir apenas em apresentar informações técnicas, mas possibilitar discussões e conversações entre os envolvidos. Uma outra possibilidade é a realização de grupos terapêuticos garantindo momentos de compartilhamento, escuta e orientações entre os participantes facilitando a experiência de cada um e do casal. Essas são possibilidades que podem melhorar a comunicação entre equipe de saúde e homem/casal, possibilitando um tratamento mais qualificado e afetivo, permitindo que o homem, sua parceira e o casal possam se instrumentalizar para lidar melhor com tratamento e desenvolver mais autonomia sobre o mesmo. Tanto as entrevistas quanto os grupos devem ocorrer com cada membro do casal e como casal junto, isso vai depender da singularidade de cada caso.

Mediante as leituras e releituras das entrevistas foi possível descrever a intensidade do sofrimento psíquico dos participantes, como seus medos, incertezas, frustrações, tristeza, ansiedade, as questões associadas as perdas sexuais, ao processo de luto experienciado e, até a ideação suicida. Nesta perspectiva, a realização de uma avaliação psíquica para levantar o perfil psicológico e os riscos para depressão, ideação suicida e ansiedade do homem com câncer de próstata não seria um dado relevante para a conduta terapêutica a ser adotada? Também, não seria importante se pensar em um acompanhamento psicológico sistemático para o homem e/ou casal que poderia mitigar o sofrimento psíquico em consequência da PR?

As dimensões de gênero e raça estão evidenciadas neste estudo e presentes nas narrativas dos sujeitos da pesquisa, expressas no sofrimento psíquico importante vivenciado por esses. Influências do contexto social, econômico e cultural, merecem ser aprofundadas e discutidas noutros estudos, tomando-se elementos dessas estruturas e promovendo reflexões sobre os seus impactos na saúde, qualidade de vida e bem-estar psíquico dos sujeitos, em especial aqueles que vivenciam o câncer de próstata. Aspectos como o perfil sociodemográficos das pessoas participantes dessa pesquisa, quando compreendidos e associadas aos traços genéticos e biológicos, possibilitam a ampliação do repertório da abordagem terapêutica a ser adotada.

Por fim, cabe destacar a importância de mais estudos que favoreçam o conhecimento da repercussão do tratamento de câncer de próstata na saúde sexual e mental e QV do casal a fim de mobilizar estes a se apropriarem sobre o processo de saúde x doença para que exerçam sua autonomia nas decisões do tratamento. Bem como, sensibilizar os profissionais de saúde sobre os impactos a longo prazo da PR na saúde sexual e mental e na qualidade de vida do homem com câncer de próstata e na dinâmica conjugal para que estes profissionais possam refletir mais sobre a indicação da PR, além de sensibilizar estes sobre a relevância de melhorar sua comunicação com os casais em tratamento e possam envolver eles na decisão em realizar ou não a PR.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Câncer de próstata: estatísticas, 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>.
2. OMS Organização Mundial de Saúde, 2021. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
3. Robertson J, McNamee P, Molloy G, Hubbard G, et al. Couple-Based Psychosexual Support Following Prostate Cancer Surgery: Results of a Feasibility Pilot Randomized Control Trial. PubMed [Internet]. J Sex Med. 2016 Aug;13(8):1233-42. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.05.013. Epub 2016 Jun 23. PMID: 27345218. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27345218/>
4. Kelly D, Forbat L, Marshall-Lucette S, White I. Co-constructing sexual recovery after prostate cancer: a qualitative study with couples. PubMed [Internet]. Transl Androl Urol 2015;4(2):131-138. doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2015.04.05. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816819/>
5. Hyde MK, Zajdlewicz L, Wootten AC, Nelson CJ, Lowe A Dunn J Chambers, S.K. Medical Help-Seeking for Sexual Concerns in Prostate Cancer Survivors. PubMed [Internet]. Sex Med 2016;4:e7ee17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26796856/>
6. Seemann T, Pozzobom F, Viera MCS, Boing L, Machado Z, Guimaraes ACA. Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. Scielo [Internet] Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2018;21(1):70-78. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170114>.
7. Maia LFS. Câncer de próstata: preconceitos, masculinidade e a qualidade de vida. Revista Científica de Enfermagem. [Internet] São Paulo: Revista Recien, 2012; 2(6): 16-20. Acesso: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/42>
8. Cavalcanti R, Cavalcanti M. Disfunção erétil. In: Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. – 5. Ed. – São Paulo: Payá, 2019. p. 249-284.
9. Fleury HJ, Abdo CHN. Terapia de casal para superar disfunções sexuais. Biblioteca Virtual em Saúde Brasil [Internet]. Diagn Tratamento. 2016;21(1):45-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2016/v21n1/a5422.pdf>
São Paulo: 2016; 21(1): 45-8.
10. Wainberg L, Hutz CS. Intimidade Conjugal: principais modelos teóricos. In: Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção. Baptista Makilim Nunes; Teodoro, Maycoln LM – Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 195-208.
11. Ferés-Carneiro T Neto OD. Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. Paidéia (Ribeirão Preto) [Internet]. 2010;20(46):269-278. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000200014>.

12. Wittmann D, Carolan M, Given B, Skolarus TA, An L, Palapattu G, Montie JE. Exploring the role of the partner in couples' sexual recovery after surgery for prostate cancer. *Support Care Cancer*. 2014 Sep;22(9):2509-15. doi: 10.1007/s00520-014-2244-x. Epub 2014 Apr 13. PMID: 24728619.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. INCA 2022 (<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>).
14. Silva SS, Aquino TAA, Santos RM. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev. bras. ter. cogn.* 2008; 4(2):73-89. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 mar. 2024.
15. Martins AM, Nascimento ARA. Eu não Sou Homem Mais!: Masculinidades e Experiências de Adoecimento por Câncer da Próstata. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* 2020;13(2):1-19. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000200002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14662>.
16. Sociedade Brasileira de Urologia, Out- 2015 <https://portaldaurologia.org.br/publico/doencas/cancer-de-prostata/> <https://portaldaurologia.org.br/publico/noticias/aconselhamento-para-o-diagnostico-precoce-do-cancer-de-prostata/>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. 2021. https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210906_resoc278_prostectomia_cancer_final.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56 p.
19. Romanzini AE, Pereira MG, Guilherme C, Cologna AJ, Carvalho EC. Predictors of well-being and quality of life in men who underwent radical prostatectomy: longitudinal study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3031. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2601.3031>.
20. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998 Jun;46(12):1569-85. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00009-4. PMID: 9672396.
21. Schuttinga JA. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 31-42.

22. Wainberg L. O papel da psicoterapia conjugal no tratamento das disfunções sexuais masculinas. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*. 2020;16(2).
<https://doi.org/10.35919/rbsh.v16i2.459> 2020.
23. Seid EMF, Zannon CML da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 202; 580-588, mar-abr, 2004 Artigo em Português | ENSP, FIOCRUZ | ID: ens-16247.
24. Izidoro LC, Soares GB, Vieira TC, Orlandi FS, Polido Júnior A, Oliveira LM, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(2):169-77. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900024>.
25. Dyer A, Kirby M, White ID, Cooper AM. Management of erectile dysfunction after prostate cancer treatment: cross-sectional surveys of the perceptions and experiences of patients and healthcare professionals in the UK. *BMJ Open*. 2019 Oct 3;9(10):e030856. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030856. PMID: 31585974; PMCID: PMC6797309.
26. Hanly N, Mireskandari S, Juraskova I. The struggle towards 'the New Normal': a qualitative insight into psychosexual adjustment to prostate cancer. *BMC Urol*. 2014 Jul 30;14:56. doi: 10.1186/1471-2490-14-56. PMID: 25073798; PMCID: PMC4124511.
27. Incrocci L. Sexual function and male cancer. *Transl Androl Urol*. 2013 Mar;2(1):74-81. doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2013.03.02. PMID: 26816727; PMCID: PMC4708607.
28. Araújo JS, Conceição VM, Zago MMF. Transitory masculinities in the context of being sick with prostate cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3224. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3248.3224>.
29. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR: Texto Revisado / [American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, Associação Psiquiátrica Americana, 2022; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al]. – 5.ed. – Porto Alegre: Artmed,2022. 477-510.
30. Abdo C. Sexualidade Humana e seus Transtornos. 3.ED. atualizada e ampliada – São Paulo: Leitura Médica, 2010;17-76; 107-142.
31. Cormie P, Chambers SK, Newton RU, Gardiner RA, Spry N, Taaffe DR et al. Improving sexual health in men with prostate cancer: randomised controlled trial of exercise and psychosexual therapies. *BMC Cancer*. 2014 Mar 18;14:199. doi: 10.1186/1471-2407-14-199. PMID: 24641777; PMCID: PMC3995188.
32. Juul Søndergaard ME, Lode K, Kjosavik SR, Husebø SE. Men's perception of information and descriptions of emotional strain in the diagnostic phase of prostate cancer-a qualitative individual interview study. *Scand J Prim Health Care*. 2021 Dec;39(4):476-485. doi: 10.1080/02813432.2021.2004734. Epub 2021.
33. Bardin L. Análise de conteúdo/ Laurence Bardin; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. – São Paulo: Edições 70, 2016.

34. Foucault M. A História da sexualidade. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
35. Organização Mundial de Saúde. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva;2006.
36. Féres-Carneiro T. Conjugalidades contemporâneas: um estudo sobre os múltiplos arranjos conjugais da atualidade. Departamento de Psicologia. Puc- Rio. 01-37
Disponível em: https://www.puc-rio.br/ensinopesq/ccpg/pibic/relatorio_resumo2009/relatorio/ctch/psi/jacqueline.pdf.
37. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca; 1984.
38. Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;1977.
39. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. Journal of Sex & Marital Therapy, 2000; 26(1): 51-65. Doi: 1080/009262300278641.
40. Bozon M. Sexualidade e conjugalidade A redefinição das relações de gênero na França Contemporânea 2003 <https://doi.org/10.1590/S0104-83332003000100005>
<https://www.scielo.br/j/cpa/a/TGMxcsTRw96XHV9SN8jLJz/?format=pdf&lang=pt>.
41. Gonçalves ACC. Sexualidade na visão sistêmica – Cap. 67. Pag 649 – 668. PAYÁ, Roberta (Org) Intercâmbios das psicoterapias. 2ª edição. GEN/ROCA, 2017. ISBN: 978-85-277-3154-6.
42. Macgoldrik MMSW. A União das famílias através do casamento: o novo casal,1995. In: Carter, B, Macgoldrik, MMSW. As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar. Carter, B, Macgoldrik, MMSW; trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. – 2.ed. – Porto Alegre; Artmed, 1995. 184-205.
43. Scorsolini-Comin F, Dos Santos MA. Relacionamentos afetivos na literatura científica: uma revisão integrativa sobre a noção de conjugalidade. Psicologia para América Latina, 2010;19.
Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2010000100009
44. Campos SO, Scorsolini-Comin F, Dos Santos MA. Transformações da conjugalidade em casamentos de longa duração. Psicol. Clin. 2017;29(1). Rio de Janeiro. Versão on-line ISSN 1980-5438.
45. Camarata Anton IL. A escolha do cônjuge: um entendimento sistêmico e psicodinâmico. 2ª Edição. 2012.
46. Whitaker CA. As funções do casal. In: Andolfi, M, Angelo, C, Saccu, C. O Casal em crise – São Paulo: Summus, 1995. 21-28.
47. Satir V. A mudança no casal. In: Andolfi M, Angelo C, Saccu C. O Casal em crise O Casal em crise – São Paulo: Summus, 1995. 29-46.

48. Mosmann C, Wagner A. Qualidade conjugal: mapeando conceitos. Paidéia, Ribeirão Preto, Dez-2006, 16(35), <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300003> 315-325
49. Anton IAC. Sexualidade. In: Anton IAC. A escolha do conjugue: um entendimento sistêmico e psicodinâmico. – 2.ed. ver. Ampl. – Porto Alegre: Artmed, 2012. 338-410.
50. Bereza EA, Martins JP, Moresco L, Zanoni SHMS. A influência da comunicação no relacionamento conjugal. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 2005;9(1):31-36. Available from: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/216/190>
51. Song L, Northouse LL, Zhang L, Braun TM, Cimprich B, Ronis DL, Mood DW. Study of dyadic communication in couples managing prostate cancer: a longitudinal perspective. Psychooncology. 2012 Jan;21(1):72-81. doi: 10.1002/pon.1861. Epub 2010 Oct 22. PMID: 20967920; PMCID: PMC3875561.
52. Perrusi A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos Saúde mental e individualidade contemporânea.. Dossiê - Ciências Sociais e Saúde.Tempo soc. 2015;27(1). Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-20702015017>
53. Parkes CM. O custo do compromisso. In: _____. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. Tradução de: Maria Helena Pereira Franco. 3. ed. São Paulo: Summus, 1998.
54. Franco MHP. O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno. 1. ed. - São Paulo: Summus, 2021 p.
55. Casellato G. luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos moderno. In: Casellato G. O resgate da empatia – suporte psicológico ao luto não reconhecido. – São Paulo: Summus, 2015. 15-28.
56. Barral MC, Franco MHP. Envelhecimento, luto e suas especificidades. In: Franco MHP, Andery MCR, Luna IJ. (org.). Reflexões sobre o luto: práticas intervencionistas e especificidades do trabalho com pessoas enlutadas. Curitiba: Appris, 2021. p. 87-93.
57. Mehta A, Pollack CE, Gillespie TW, Duby A, Carter C, Thelen-Perry S, Witmann D. What Patients and Partners Want in Interventions That Support Sexual Recovery After Prostate Cancer Treatment: An Exploratory Convergent Mixed Methods Study. Sex Med. 2019 Jun;7(2):184-191. doi: 10.1016/j.esxm.2019.01.002. Epub 2019 Mar 2. PMID: 30833226; PMCID: PMC6522943.
58. Fisher WA, Eardley I, McCabe M, Sand M. Erectile dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples I: couple conceptions of ED. J Sex Med. 2009 Oct;6(10):2746-60. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01457.x. Epub 2009 Aug 17. PMID: 19694926.
59. Azevedo C, Mata LRF, Braga PP, Chavez GM, Lopes MR, Penha CS. A percepção de homens e companheiras acerca da disfunção erétil pós-prostatectomia radical. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(1):e4870016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004870016>.

60. Vignola RC, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. 2014 Feb;155:104-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031. Epub 2013 Oct 28. PMID: 24238871.
61. Apóstolo JL, Mendes AC, Azeredo ZA. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 Nov-Dec;14(6):863-71. doi: 10.1590/s0104-11692006000600006. PMID: 17294019.
62. Souza Minayo MC de, Costa APF. Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa *Revista Lusófona de Educação*, núm. 40, 2018. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34958005002> DOI: <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle40.01>
63. Caridade MAR A sexualidade no envelhe(ser). *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 2010;21(1). <https://doi.org/10.35919/rbsh.v21i1.265>.
64. Okawara H. Potência máxima - Compreendendo A Sexualidade Masculina. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 2006;17(2). <https://doi.org/10.35919/rbsh.v17i2.436>.
65. Muraro DLG, Araujo WFR. A construção socio-histórica da identidade sexual da mulher. *Apresentação Oral em GT*. 1996.
66. Bicalho MB, Lopes MHBM. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012;46 (4). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400032>.
67. DeLamanter J. Emotions na sexuality. In: McKinney K, Sprecher S (Eds.) *Sexuality in close relationships*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
68. Bernat R de, Giommi R, Whitaker CA. Terapia de Casal e/ou Terapia Sexual. In: Andolfi, M, Angelo, C, Saccu, C. *O Casal em crise – São Paulo: Summus*, 1995. 170-178.
69. Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.
70. Portela Y. Violência psicológica: dificuldade em romper o vínculo afetivo em uma relação conjugal violenta. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*. 2021;32(2). <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i2.987>.
71. Marasca AR, Colossi P, Falcke D. Violência conjugal e família de origem: uma revisão sistemática da literatura de 2006 a 2011. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(1):221-243. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a16.pdf>.
72. Corsi J. La violencia en el contexto familiar como problema social. In: Corsi (ed.), *Maltrato y abuso en ámbito doméstico*. Buenos Aires: Paidós, 2003. p. 23-38.

73. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação Sociocultural. *Rev. bras. educ. fís. Esporte*. 2012;26(2). <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>.
74. Galbrait ME, Fink R, Wilkins GG. Casais que sobrevivem ao câncer de próstata: desafios em suas vidas e relacionamentos. *Seminário em Enfermagem Oncológica*. 2011;27(4): 300-308 <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2011.07.008>.
75. Street AF, Couper JW, Love AW, Bloch S, Kissane DW, Street BC. Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010 Mar;19(2):234-42. doi: 10.1111/j.1365-2354.2008.01012.x.
76. MESAQUE MA, NASCIMENTO ARA. Eu não Sou Homem Mais!: Masculinidades e Experiências de Adoecimento por Câncer da Próstata. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol*2020;13(2): 1-19. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000200002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14662>.
77. Coutinho MPL, Costa Filho JÁ, Oliveira AR. A relação entre masculinidade e cancer de prostata: uma revisão sistemática divulgação científica e tecnologia da IFRB João Pessoa. *Revista Principal*. 2018.
78. Parkes CM. Amor e Perda, as raízes do luto e suas complicações. Trad: Maria Helena Franco – São Paulo: Summus, 2009.
79. Wittmann D, Carolan M, Given B, Skolarus TA, Crossley H, An L, Palapattu G, Clark P, Montie JE. What couples say about their recovery of sexual intimacy after prostatectomy: toward the development of a conceptual model of couples' sexual recovery after surgery for prostate cancer. *J Sex Med*. 2015 Feb;12(2):494-504. doi: 10.1111/jsm.12732.
80. Silva VF, Oliveira HB, Botega NJ, Marín- Leon L, Barros MBA, Dalgalarrodo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cad saúde pública*, 2006;22 (9): 1835-43.
81. Botega NJ. Avaliação. In: Botega, NJ. Crise suicida: avaliações e manejo.- Porto Alegre; Artmed, 2015. 134-155.
82. Sondergaard MEJ, Lodeb K, Kjosavik SR, Husebo SE. Men's perception of information and descriptions of emotional strain in the diagnostic phase of prostate cancer—a qualitative individual interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2021;39(4):476–485. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.2004734>

APÊNDICES

Apêndice I - Roteiro da entrevista semiestruturada

Nome:

Data de nascimento:

Profissão:

Escolaridade: Educação infantil/ Fundamental/ Médio/ Superior (Graduação)/ Pós-graduação/ Mestrado/ Doutorado

Moradia: própria/ alugada/ família extensa (pais, sogros, tios.../ quem mora em casa?)

Qual é a sua cor/raça/etnia? Branca/ preta/ parda/ indígena/ amarela

Religião:

Orientação sexual: hetero/ homo/ outros

Condição conjugal:

Tratamento (fase do tratamento):

1. Como se sentiu ao receber o diagnóstico de câncer de próstata? E durante o tratamento? E neste momento? O que mudou em sua vida?
2. Como classifica a qualidade do relacionamento?
3. Você pode falar sobre a repercussão do câncer de próstata no seu relacionamento?
4. Como sua parceria foi afetada por esta experiência?
5. Como isso foi vivenciado na vida sexual no seu relacionamento?
6. Como você considera sua vida sexual no seu relacionamento antes do tratamento?
7. Vocês costumavam falar sobre a sexualidade do casal antes desta experiência? E depois?
8. Vocês consideram a vida sexual do casal antes desta experiência satisfatória para você? E após o tratamento?
9. Quais as práticas sexuais habituais na vida sexual no seu relacionamento antes do tratamento? E após?
10. Você pode contar como os profissionais de saúde trataram estas questões com você?
11. A equipe de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta...) explicou sobre o tratamento e as possíveis consequências? Esclareceram suas dúvidas e questionamentos que surgiram ao

longo desta experiência? Utilizaram linguagem que você compreendia? O que você considera que deveria melhorar na relação profissionais de saúde x paciente e parceria?

Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para o homem)

Título da Pesquisa: A percepção da qualidade de vida e saúde sexual do casal com o homem submetido a prostatectomia radical: estudo qualitativo

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

O senhor está sendo convidado a participar de uma pesquisa e o resultado desta pesquisa poderá colaborar com a maior oferta de tratamentos em saúde para casais. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que se encontra em duas vias de igual teor, uma via ficará contigo e a outra com a pesquisadora.

Você foi escolhido por apresentar queixas na sua vida sexual, juntamente com a/o sua/seu parceira (o) e buscou tratamento para esta questão. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo: avaliar a percepção do casal na qualidade de vida e saúde sexual após a prostatectomia radical.

Essa investigação ocorrerá, em uma sala fechada, onde será aplicada uma escala de ansiedade, depressão e estresse e o senhor passará por uma entrevista, que, com sua autorização, terá gravação de voz, na qual serão abordados temas relacionados ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata e as repercussões emocionais na sua vida em geral, na sua vida sexual e na sua relação conjugal.

Sua participação é voluntária, não haverá nenhuma remuneração e nem custos adicionais. Gostaria de ressaltar que a não participação nesta pesquisa não implicará em alguma consequência para o casal e no tratamento que possam estar participando no Instituto Patrícia Lordelo (IPL). Portanto, você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento.

O possível risco desta pesquisa é algum tipo de desconforto emocional ou um pouco constrangido por conta da temática relacionada a sexualidade, este risco é minimizado com a entrevista em uma sala que garante a privacidade e será manejada por uma profissional de psicologia experiente manejado por uma profissional de saúde. Caso queira ou seja necessário, o senhor poderá recorrer ao acompanhamento psicológico, sem custos para o senhor para as sessões. O possível benefício é a melhora da qualidade de vida e vida sexual que podem trazer repercussões positivas para as diversas áreas da sua vida, assim como, melhorar o tratamento.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. As transcrições e gravações de voz da entrevista ficarão armazenados em um HD externo onde somente pesquisadores vinculados a este grupo de pesquisa poderão ter acesso. Este material será conservado em armário com chave na diretoria do Instituto Patrícia Lordelo, por 05 anos e em seguida será incinerado, para preservar a privacidade das informações.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com o pesquisador responsável. A responsável por esta pesquisa é a Dra. Patrícia Lordelo, a mesma poderá ser encontrada todas as quartas-feiras pela manhã no Instituto Patrícia Lordelo - Av. ACM, 1034, Edif. Max Center, salas 201 a 208 - Itaipara, Salvador, CEP 41825-900, telefone [\(71\) 3213-1351](tel:(71)3213-1351).

Eu, _____ entendi a descrição da pesquisa, estou de acordo com o objetivo desta e concordo com a participação na entrevista.

Salvador, Bahia ____ de ____ de ____.

Nome do participante Assinatura

Nome do pesquisador Assinatura

Contato do pesquisador responsável: Dra. Patrícia Lordelo. Contatos: telefone (71) 3213-1351 (Quartas-Feiras pela manhã) e E-mail: pvslordelo@hotmail.com

Em caso de dúvida NÃO ESCLARECIDA PELA PESQUISADORA ou em caso de DENÚNCIAS ÉTICAS, o senhor, poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública no endereço abaixo: <https://www.bahiana.edu.br/comite-de-etica/pesquisa/> Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Av. D. João VI, n 275, Brotas, telefones (71) 2101-1921/ (71) 98383-7127. E-mail: cep@bahiana.edu.br.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para parceria)

Título da Pesquisa: A percepção da qualidade de vida e saúde sexual do casal com o homem submetido a prostatectomia radical: estudo qualitativo

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

A(o) senhora(senhor) está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa e o resultado desta pesquisa poderá colaborar com a maior oferta de tratamentos em saúde para casais. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que se encontra em duas vias de igual teor, uma via ficará contigo e a outra com a pesquisadora.

Você foi escolhida (o) por apresentar queixas na sua vida sexual, juntamente com o seu parceiro e buscou tratamento para esta questão. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo: avaliar a percepção do casal na qualidade de vida e saúde sexual após a prostatectomia radical.

Essa investigação ocorrerá, em uma sala fechada, onde será aplicada uma escala de ansiedade, depressão e estresse e a (o) senhora (senhor) passará por uma entrevista, que, com sua autorização, terá gravação de voz, na qual serão abordados temas relacionados ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata e as repercussões emocionais na sua vida em geral, na sua vida sexual e na sua relação conjugal.

Sua participação é voluntária, e haverá ressarcimento financeiro referente as passagens de ônibus (transporte público) para sua presença na entrevista individual e aplicação da escala. Gostaria de ressaltar que a não participação nesta pesquisa não implicará em alguma consequência para o casal e no tratamento que possam estar participando no Instituto Patrícia Lordelo (IPL). Portanto, você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento.

O possível risco desta pesquisa é algum tipo de desconforto emocional ou um pouco constrangido por conta da temática relacionada a sexualidade, este risco é minimizado com a entrevista em uma sala que garante a privacidade e será manejada por uma profissional de psicologia experiente manejado por uma profissional de saúde. Caso queira ou seja necessário, a(o) senhora (senhor) poderá recorrer ao acompanhamento psicológico, sem custos para a senhora (senhor) para as sessões. O possível benefício é a melhora da qualidade de vida e vida sexual que podem trazer repercussões positivas para as diversas áreas da sua vida, assim como, melhorar o tratamento.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. As transcrições e gravações de voz da entrevista ficarão armazenados em um HD externo onde somente pesquisadores vinculados a este grupo de pesquisa poderão ter acesso. Este material será conservado em armário com chave na diretoria do Instituto Patrícia Lordelo, por 05 anos e em seguida será incinerado, para preservar a privacidade das informações.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com o pesquisador responsável. A responsável por esta pesquisa é a Dra. Patrícia Lordelo, a mesma poderá ser encontrada todas as quartas-feiras pela manhã no Instituto Patrícia Lordelo - Av. ACM, 1034, Edf. Max Center, salas 201 a 208 - Itaigara, Salvador, CEP 41825-900, telefone [\(71\) 3213-1351](tel:(71)3213-1351).

Eu, _____ entendi a descrição da pesquisa, estou de acordo com o objetivo desta e concordo com a participação na entrevista.

Salvador, Bahia ____ de _____ de _____.

Nome do participante Assinatura

Nome do pesquisador Assinatura

Contato do pesquisador responsável: Dra. Patrícia Lordelo. Contatos: telefone (71) 3213-1351 (Quartas-Feiras pela manhã) e E-mail: pvslordelo@hotmail.com

Em caso de dúvida NÃO ESCLARECIDA PELA PESQUISADORA ou em caso de DENÚNCIAS ÉTICAS, o senhor, poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública no endereço abaixo: <https://www.bahiana.edu.br/comite-de-etica/pesquisa/> Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Av. D. João VI, n 275, Brotas, telefones (71) 2101-1921/ (71) 98383-7127. E-mail: cep@bahiana.edu.br.

Apêndice III - Termo de Autorização para Gravação de Voz

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “*A percepção da qualidade de vida e saúde sexual do casal com o homem submetido a prostatectomia radical: estudo qualitativo*” realizada pela instituição Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de voz na entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora **Renata de Matos Braga** a realizar a gravação de voz na entrevista, sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso de me garantir os seguintes direitos: 1. poderei ler a transcrição da minha gravação; 2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; 3. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que **AUTORIZO** o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Salvador, Bahia ____ de ____ de ____.

Nome do participante Assinatura

Nome do pesquisador Assinatura

ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ELABORADO EM DUAS VIAS; UMA FICARÁ COM O PARTICIPANTE E OUTRA COM A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ^[1]

^[1]Contato do pesquisador responsável: Dra. Patrícia Lordelo. Contatos: telefone (71) 3213-1351 (Quartas-Feiras pela manhã) e E-mail: pvslordelo@hotmail.com

Em caso de dúvida NÃO ESCLARECIDA PELA PESQUISADORA ou em caso de DENÚNCIAS ÉTICAS, o(a) senhor(a), poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública no endereço abaixo: <https://www.bahiana.edu.br/comite-de-etica/pesquisa/> Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, localizado na Av. D. João VI, n 275, Brotas, telefones (71) 2101-1921/ (71) 98383-7127. E-mail: cep@bahiana.edu.br.

ANEXOS

ANEXO I - DEPRESSION, ANXIETY AND STRSS SCALE, VERSÃO CURTA 21 ITENS

DASS – 21 VERSÃO TRADUZIDA E VALIDADA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL

Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M. (2013)

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3

19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

ANEXO II - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção da qualidade de vida e saúde sexual do casal com homens submetidos a prostatectomia radical

Pesquisador: PATRÍCIA VIRGÍNIA SILVA LORDELO GARBOGGINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63886822.3.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.834.258

Apresentação do Projeto:

O câncer de próstata é o segundo tipo de neoplasia mais prevalente entre os homens no mundo e no Brasil. Dados do INCA (2020) indicam a estimativa de 65.840 novos diagnósticos no Brasil por ano no triênio de 2020-2022. O tratamento desta patologia é controverso e, predominante, é a prostatectomia radical (retirada total da próstata), que causa diversas consequências, como sérias dificuldades sexuais e urinárias de longa permanência, o que provoca a diminuição da qualidade de vida destes sujeitos. E resulta consequentemente em sofrimento psíquico (ansiedade, depressão, medos, questões associadas a autoestima, imagem corporal e papel na comunidade e sociedade), diminuição da qualidade de vida e impactos na dinâmica familiar, especificamente na conjugalidade. A sexualidade do casal é afetada, e este aspecto, em geral, não é trabalhado adequadamente pela equipe de referência. Mesmo que a cirurgia atinja minimamente os nervos, o desempenho sexual será afetado. E como a masculinidade, de uma forma geral, está relacionada com a genitália, o indivíduo tem sua identidade, função, autopercepção e autoestima abalados, podendo evoluir para quadros depressivos importantes e até ideação suicida/ suicídio. Este quadro atinge diretamente a parceria do homem em tratamento, e consequentemente, na relação do casal.

Estudos sobre as repercussões na relação do casal após prostatectomia radical ainda são limitados, mas alguns foram desenvolvidos mais recentemente, como exemplo, no Reino Unido, Austrália, EUA que evidenciaram modificações nas relações conjugais com o tratamento e as consequências do câncer de próstata. Logo, este levantamento é relevante para que se possa

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.834.258

pensar e investigar, posteriormente, uma intervenção baseada na terapia de casal visando melhoria na qualidade de vida e saúde sexual do mesmo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a percepção do casal na qualidade de vida e saúde sexual após a prostatectomia radical.

Objetivo Secundário:

- Traçar perfil sociodemográfico dos participantes.
- Identificar se existe correlação entre nível de esclarecimento do casal sobre o tratamento e alterações da qualidade de vida e saúde sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa propõe uma intervenção conservadora e não medicamentosa, desta forma diminui os riscos à saúde dos participantes. Assim, envolve um risco mínimo que se baseia na possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Caso isso ocorra, estes participantes poderão optar por não responder qualquer questão realizada, assim como, podem optar por interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo ao seu tratamento em geral no IPL. O anonimato dos participantes será garantido através da utilização de números para fazer referência as análises das falas e dos dados coletados sobre os casais participantes. Caso seja necessário, o acompanhamento psicológico será garantido, sem custos das sessões, aos participantes até que estes estejam com sofrimento psíquico controlado e funcional sem maiores prejuízos e riscos as suas vidas. Este acompanhamento poderá ser individual ou em casal, isso será definido após avaliação de cada situação, e será realizado pela equipe de psicologia do IPL. As pesquisadoras farão o possível para minimizar qualquer tipo de situação.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.834.258

Benefícios:

São limitados estudos brasileiros que apontam sobre a percepção da qualidade de vida e da saúde sexual do casal após prostatectomia radical. Logo, este levantamento é relevante para que se possa pensar e investigar, posteriormente, uma intervenção baseada na terapia de casal visando melhoria na qualidade de vida e saúde sexual do mesmo. Benefícios estes que podem estar associados a melhoria na qualidade de vida e sexual do casal, na comunicação, na relação com a saúde e a doença, na autoestima, na relação com a sexualidade dos participantes, e inclusive no tratamento do câncer de próstata, pois pode fornecer dados que tendem a interferir na condução do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

DESENHO DE ESTUDO: Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa de corte transversal baseado em narrativas e na análise de conteúdo temático-categorial.

COLETA: Nos dados serão coletados pelo pesquisador, via entrevista presencial. O número de participantes será determinado, a posteriori, a partir da saturação das respostas.

A coleta de dados será iniciada após aprovação do estudo e cada membro do casal deverá assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução no 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a pesquisa em humanos que garantirá que as/os participantes envolvidas/os na pesquisa.

AMOSTRA/RECRUTAMENTO: 20 participantes. O recrutamento será realizado via os participantes atendidos no Instituto Patrícia Lordêlo (IPL) e/ou pela técnica não probabilística Snowball.

INSTRUMENTOS: As ferramentas utilizadas na coleta de dados serão a Escala DASS 21 e uma entrevista semiestrutura, individual, norteadas por perguntas disparadoras referentes a qualidade de vida e saúde sexual do casal, tais como: Como classifica a qualidade do relacionamento? Você pode falar sobre a repercussão do câncer de próstata no seu relacionamento? Como sua parceria foi afetada por esta experiência? Como isso foi vivenciado na vida sexual no seu relacionamento? As entrevistas, individuais, serão gravadas e a Escala DASS 21 será aplicada antes da entrevista em

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.834.258

cada membro do casal.

Instrumentos utilizados para produção dos dados:

I) Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse DASS 21: A versão de 21 itens, adaptada para língua portuguesa para avaliar depressão, ansiedade e estresse é constituída por 21 questões, um conjunto de 03 sub escalas, contendo 4 possibilidades de resposta graduadas pela escala Lickert. Cada sub escala é composta por 07 itens com objetivo de avaliar os estados de depressão, ansiedade e estresse¹².

II) Entrevista Semiestruturada:

Roteiro é constituído por dados sociodemográficos e 11 perguntas disparadoras que visam investigar a percepção do impacto do tratamento do câncer de próstata (prostatectomia radical) na conjugalidade (qualidade de vida e da vida sexual).

Após a aceitação do homem em participar na pesquisa e, da sua autorização em relação a parceria em participar do estudo, será contactado por telefone com a parceria para explicar sobre este estudo e marcar o encontro presencial para realizar a entrevista semiestruturada e aplicação da escala DASS 21 individualmente.

Depois da admissão do casal no Instituto Patrícia Lordêlo (IPL) e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, Termo de Autorização de Gravação de voz se iniciarão a aplicação da Escala DASS 21 e as entrevistas individuais em uma sala privativa do IPL. A entrevista com a parceira, caso não possa ocorrer no mesmo dia do homem (paciente) devido a disponibilidade da mesma, não ultrapassará o tempo de 01 semana. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) será adaptado conforme o perfil das/os participantes e será assinado em duas vias de igual teor, sendo uma via para a/o participante e outra para a pesquisadora.

O banco de dados gerado por esta pesquisa, transcrições e som das entrevistas ficará em posse do grupo de pesquisa responsável, em um HD externo e poderá servir para outras leituras e análises e ser disponibilizado a futuros membros do grupo onde somente pesquisadores vinculados a este grupo de pesquisa poderão ter acesso. Entretanto, este banco será exclusivo para atender aos objetivos desta pesquisa, ou seja, para utilização deste banco em outros projetos, será necessária nova submissão para análise ética. O HD externo e os dados físicos (Escala DASS 21, TCLE e Termo

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.834.258

de Autorização de Gravação de voz assinados) dos participantes serão arquivados em armário com chave na diretoria do Instituto Patrícia Lordêlo, por 05 anos e em seguida será incinerado, para preservar a privacidade das informações.

Critério de Inclusão:

Casais, sem distinção de orientação sexual, que possuam mais de 03 anos de um relacionamento estável, que estejam em uma relação fechada, que estejam se relacionando desde antes do diagnóstico de câncer de próstata, casais com homens pós prostatectomia radical após, pelo menos, 06 meses, com idade entre 35 e 80 anos, com queixa de sofrimento psíquico relacionada a condição de saúde atual e que a parceria concorde em participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas do estudo os casais com um dos mesmos com doenças psiquiátricas graves, ou homens portadores de malformações anatômicas na região genital e com prótese peniana.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de rosto - apresentada e assinada pelo Pró-Reitor de Pesquisa, Inovação e Pós-Graduação Stricto Sensu Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;
- 2) Termo de consentimento (TCLE) - apresentado;
- 3) Termo de consentimento de gravação de voz - apresentado;
- 4) Cartas de anuências:
 - Bahiana - apresentada e assinada pelo Pró-Reitor de Pesquisa, Inovação e Pós-Graduação Stricto Sensu Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;
 - Instituto Patrícia Lordelo - assinada pela diretora acadêmica;
- 5) Orçamento - apresentado no valor de R\$ 826,39, financiamento próprio;
- 6) Cronograma - apresentado.

Recomendações:

OBS. Não é necessário o envio de relatório parcial ao CEP em março.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.834.258

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 e documentos afins, as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado de nº 5.724.946 foram devidamente sanadas garantindo a execução deste projeto dentro da metodologia e objetivos propostos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1979291.pdf	30/11/2022 19:35:52		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/11/2022 19:32:40	Renata Matos	Aceito
Outros	gravacaoodevoz_autorizacao.pdf	30/11/2022 19:28:53	Renata Matos	Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIA_CEP.pdf	30/11/2022 19:15:29	Renata Matos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/11/2022 19:14:41	Renata Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BAHIANA_2022.pdf	30/11/2022 19:14:05	Renata Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/11/2022 19:13:02	Renata Matos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assianadabahiana.pdf	23/11/2022 13:46:17	Renata Matos	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5724946.pdf	22/11/2022 13:54:28	Renata Matos	Aceito
Outros	carta_IPL.pdf	09/08/2022 18:33:31	Renata Matos	Aceito
Outros	CartaAnuenciaRenatadeMatosBraga_NucleodePesquisaeAssinado.pdf	09/08/2022 18:32:39	Renata Matos	Aceito
Outros	Escala_DASS21.pdf	22/07/2022 15:13:49	Renata Matos	Aceito
Outros	roteiro_entrevista.pdf	19/07/2022	Renata Matos	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 CEP: 40.285-001
 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.834.258

Outros	roteiro_entrevista.pdf	19:55:48	Renata Matos	Aceito
--------	------------------------	----------	--------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 22 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **CEP:** 40.285-001
E-mail: cep@bahiana.edu.br