

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS – CECH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSi

ALEX DA SILVA SOUSA

**QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E O AUTOCUIDADO EM HOMENS COM
CÂNCER**

São Carlos – SP
2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS – CECH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSi

ALEX DA SILVA SOUSA

QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E O AUTOCUIDADO EM HOMENS COM
CÂNCER.

Tese apresentada à banca de defesa do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Linha de pesquisa: Comportamento social e processos cognitivos

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis

São Carlos - SP
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado do candidato Alex da Silva Sousa, realizada em 11/04/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis (UFSCar)

Profa. Dra. Daniely Ildegardes Brito Tatmatsu (UFC)

Prof. Dr. Mário Henrique da Mata Martins (UFSCar)

Profa. Dra. Cynthia de Freitas Melo Lins (UNIFOR)

Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

“Dedico este trabalho a todos os participantes da pesquisa, que permitiram-me conhecer suas histórias, saúde, doenças e suas dificuldades. Ao falarem sobre a convivência com o câncer, sobre suas rotinas, hábitos de vida e sobre como cuidam de sua saúde oportunizaram a conclusão desta tese. A todos vocês meus sinceros agradecimentos e o mais profundo respeito”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os homens que participaram deste estudo, ao terem dedicado tempo de suas vidas para que esta pesquisa progredisse. Obrigado pelo tempo dedicado, pela confiança e pela coragem de pensar sobre aspetos, por vezes delicados, da relação que estabelecem com a própria saúde.

Aos meus familiares: Adriano, Rita e Valdecir. A admiração, o respeito e a valorização que aprendi a ter pelo conhecimento e pela ciência é fruto dos modelos que recebi de vocês. Saibam que mesmo à distância, nos momentos mais difíceis, vocês foram inspiração para seguir. Sem a certeza do acolhimento e do encorajamento o percurso na pós-graduação teria sido insustentável.

Aos meus amigos e colegas que diante das minhas queixas, tristezas e dúvidas prontamente ofertaram escuta e acolhimento. A presença de vocês reconectou-me, diversas vezes, com a razão de ter iniciado o doutorado e com a compreensão de que dificuldades são passageiras e contornáveis.

A todo o programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. As contribuições teóricas, as trocas de experiência e a construção de conhecimento com os docentes e discentes foi imensurável. É motivo de muito orgulho e alegria ter sido aluno deste programa, diria que foi inclusive uma experiência transformadora.

A minha orientadora, Maria de Jesus. Força, persistência, sabedoria e conhecimento são características definidoras do seu ser, elas me inspiram e me impulsionam na construção da minha identidade como pesquisador/professor. Obrigado pelas trocas, pelos ensinamentos e pela presença.

Ao Instituto do Câncer do Ceará (ICC), especialmente Dona Nélia e Milena. O suporte e a atenção que este estudo, e eu como ser humano, recebemos de vocês quando da minha chegada na instituição garantiu as condições necessárias para que a coleta de dados

transcorresse nas melhores condições.

A todos que, de alguma maneira, torceram, entusiasmaram-se e contribuíram para a conclusão desta tese: Obrigado!

RESUMO

Souza, A. S. (2023). *Qualidade de vida, saúde e o autocuidado em homens com câncer*. 221p. Tese de doutorado em Psicologia – Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

O câncer representa a terceira maior causa de morte entre homens, estando atrás apenas dos óbitos oriundos de doenças do aparelho circulatório e das causas externas violentas. O avanço das tecnologias médicas proporcionou maiores perspectivas de controle e cura do câncer, o que implica que os pacientes convivam mais tempo com a doença, o tratamento e os impactos advindo dele. Em razão disso a temática da qualidade de vida em saúde de homens com câncer tornou-se uma questão central no campo da oncologia. Desta forma o objetivo principal deste manuscrito é analisar a qualidade de vida, a saúde global e o autocuidado em homens com câncer. A aproximação teórica ao objetivo de investigação será realizada principalmente a partir dos estudos da psicologia da saúde e da abordagem analítico comportamental. Três diferentes capítulos compõem este manuscrito: o primeiro relata um artigo que discute indicadores de mortalidade e adoecer de indivíduos do sexo masculino no Brasil. Já o segundo capítulo é uma revisão narrativa de literatura internacional, a respeito de alterações na qualidade de vida de homens em tratamento oncológico. O terceiro capítulo, reporta uma pesquisa de campo, com design de corte transversal, objetivo descritivo e correlacional. Referente a coleta de dados utilizou-se a pesquisa de campo e para a análise dos dados, a abordagem quantitativa. Os instrumentos aplicados foram o roteiro para consulta ao prontuário sobre as características sociodemográficas e a histórica clínica do tratamento médico, para avaliar a qualidade de vida o WHOQOL-bref, referente a saúde mental foi utilizado o PROMIS nível 1, referente a função sexual o quociente sexual – versão masculina (*QS-M*) e para descrever o repertório de cuidados a saúde da amostra, um roteiro de entrevista semiestruturado. Nos principais resultados foi constatado que a média geral de qualidade de vida da amostra foi baixa ($M= 29,5$ e $DV= 3$), os quatro domínios avaliados pelo instrumento também alcançaram pontuações baixas, especialmente no domínio físico verificou-se o pior comprometimento ($M=22,9$ e $DV=9$). No PROMIS I observa-se que cinco dos treze indicadores de cuidado foram detectados em 50% ou mais dos participantes, sendo eles: a ansiedade (86%), a raiva, (80%), a depressão (71%), pensamentos/comportamentos repetitivos (69%) e o uso de substâncias (59%). Concernente ao indicador de satisfação sexual, obtido com o QS-M, o escore geral foi baixo ($M= 31,5$ $DV= 1,8$), predominando o padrão de desempenho ruim a desfavorável, em 45% dos participantes. Ao nível de confiança de 95% e significância de 0,05, os testes de hipóteses paramétricos utilizados evidenciaram que a média de qualidade de vida não se distribui de forma homogênea quando avaliada por grupos clinicamente relevantes. Os principais problemas de saúde auto feridos foram: hipertensão com 31%, ansiedade com 25%, depressão com 19%, diabetes com 18%, problemas pulmonares/respiratórios com 10%, sobrepeso com 8%, doenças cardíacas com 5% e outros problemas de saúde com 2%. Constatou-se tanto comportamento de risco, quanto de proteção em uso com frequência maior para os de risco. Na análise de *cluster* evidenciou-se dois perfis de pacientes: “*highly critical*” e o “*moderately critical*”. Conclui-se que a saúde global de homens em tratamento oncológico demanda atenção, não só pela redução da qualidade de vida que podem estar expostos, mas sobretudo por possuírem repertório escasso de autocuidado que frequentemente apresentam, além de exporem-se aos fatores de risco à saúde. Profissionais de saúde atuantes na oncologia devem estar atentos a estas dimensões da relação das masculinidades com a saúde para propor uma assistência mais aderente às necessidades

destes sujeitos.

Palavras-chave: câncer, masculinidade, qualidade de vida, saúde, comportamentos

ABSTRACT

Souza, AS. Quality of life, health and self-care in men with cancer. 170p. Doctoral thesis in Psychology – Postgraduate program in Psychology, Federal University of São Carlos, São Carlos, SP, Brazil. (2023).

Cancer represents the third leading cause of death among men, behind only deaths arising from diseases of the circulatory system and violent external causes. The advancement of medical technologies has provided greater prospects for controlling and curing cancer, which means that patients live longer with the disease, the treatment and the impacts arising from it. Because of this, the issue of health quality of life for men with cancer has become a central issue in the field of oncology. Therefore, the main objective of this manuscript is to analyze the quality of life, global health and self-care in men with cancer. The theoretical approach to the research objective will be carried out mainly from health psychology studies and the behavioral analytical approach. Three different chapters make up this manuscript: the first reports an article that discussed indicators of mortality and illness in males in Brazil. The second chapter is a narrative review of international literature, regarding changes in the quality of life of men undergoing cancer treatment. For the third chapter, field research is proposed, with a cross-sectional design, descriptive and correlational objective, regarding data collection, field research was used and for data analysis, the quantitative approach. The instruments applied were the script for consulting the medical record on sociodemographic characteristics and the clinical history of medical treatment, to assess quality of life the WHOQOL-bref, referring to global health PROMIS level 1 will be used, referring to sexual function the sexual quotient – male version (QS-M) and to describe the sample's health care repertoire, a semi-structured interview guide. In the main results, it was found that the general average quality of life of the sample was low ($M= 29.5$ and $SD= 3$), the four domains evaluated by the instrument also achieved low scores, especially in the physical domain, the worst commitment ($M=22.9$ and $SD=9$). In PROMIS I, it was observed that five of the thirteen care indicators were detected in 50% or more of the participants, namely: anxiety (86%), anger (80%), depression (71%), thoughts/ repetitive behaviors (69%) and substance use (59%). Concerning the sexual satisfaction indicator, obtained with the QS-M, the general score was low ($M= 31.5$ $SD= 1.8$), with a poor to unfavorable performance pattern predominating, in 45% of participants. At a confidence level of 95% and significance of 0.05, the parametric hypothesis tests used showed that the average quality of life is not distributed homogeneously when evaluated by clinically relevant groups. The main self-injured health problems were: hypertension with 31%, anxiety with 25%, depression with 19%, diabetes with 18%, lung/respiratory problems with 10%, overweight with 8%, heart disease with 5% and other problems of health with 2%. Both risk behavior and protection were found to be in use more frequently among those at risk. The cluster analysis revealed two patient profiles: “highly critical” and “moderately critical”. It is concluded that the overall health of men undergoing cancer treatment requires attention, not only due to the reduction in the quality of life that they may be exposed to, but above all because they have a scarce repertoire of self-care that they frequently present, in addition to exposing themselves to risk factors. to health. Health professionals working in oncology must be aware of these dimensions of the relationship between masculinity and health to provide assistance that is more in line with the needs of these subjects.

Keywords: cancer, masculinity, quality of life, health, behaviors

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Expectativa de vida por Estado da Federação.....	35
Figura 2 - Exemplos de material divulgado pelo Ministério da Saúde do Brasil voltado para a saúde masculina	41
Figura 3 - Dimensões a serem consideradas na APS ao implementar ações para a saúde do homem	43
Figura 4 - As três principais causas externas responsáveis por óbitos, por faixa etária em 2019	56
Figura 5 - Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão	76
Figura 6 - localização primária do câncer agrupada por sistema fisiológico	105
Figura 7 - Localização primária do câncer agrupada por sistema fisiológico	108
Figura 8 - Participantes rastreados nos diferentes domínios do PROMIS nível 1....	110
Figura 9 - Principais problemas de saúde	117
Figura 10 - Comportamentos de risco, em uso, antes e após o início do tratamento oncológico	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Contingências reforçadoras relacionadas ao comportamento de autocuidado à saúde em uso122

Quadro 2 - Síntese dos principais resultados alcançados sobre a Q.V145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais aspectos da PNAISH.....	39
Tabela 2 - Indicadores gerais de internação hospitalar em 2020	48
Tabela 3 - Internações hospitalares por capítulo CID 10, distribuído por faixa etária e regiões do País em 2020.	50
Tabela 4 - Internações hospitalares por capítulo XIX CID 10, distribuída por faixa etária e cor/etnia – 2020 [Legenda: B= Branca; Pr=Preta; Pd=Parda; Am=Amarela; Ind=Indígena].	52
Tabela 5 - Indicadores gerais de mortalidade em 2019	53
Tabela 6 - Causas de mortalidade em homens por cap CID 10, distribuída por faixa etária e região - 2019	55
Tabela 7 - Causas de mortalidade em homens por cap. XX CID 10, distribuição por faixa etária e cor/etnia – 2019	57
Tabela 8 - Caracterização geral dos trabalhos selecionados	79
Tabela 9 - Frequência e porcentagem dos instrumentos de QV utilizados nos estudos, das variáveis preditoras examinadas e da concepção de masculinidade implícita na descrição da amostra.....	82
Tabela 10 - Número de participantes em cada estudo, a principal variável preditora de QV e um sumário dos principais resultado e conclusões	97
Tabela 11 - Características sociodemográficas.....	102
Tabela 12 – História clínica do tratamento médico.....	103
Tabela 13 - Resultado geral do WHOQOL-BREEF	106
Tabela 14 - Facetas com menor pontuação em cada domínio do WHOQOL-BREEF	106
Tabela 15 - Resultado geral do QS-M	107
Tabela 16 - Proporção de participantes por grupos de classificação do QS-M	107
Tabela 17 - Proporção de participantes por quantidade domínios com indicação de avaliação adicional	108
Tabela 18 - Informações gerais sobre o autocuidado em saúde	109
Tabela 19 - Correlação entre variáveis de interesse e o WHOQOL-BREEF	110

Tabela 20 - Diferenças no escore geral do WHOQOL-BREEF por grupos clinicamente relevantes	112
Tabela 21 - Distribuição dos <i>clusters</i> identificados	123
Tabela 22 - Frequência dos <i>clusters</i> para faixa etária	124
Tabela 23 - Frequência dos <i>clusters</i> para nível de escolaridade	124
Tabela 24 - Frequência dos <i>clusters</i> por etnia autorreferida	125
Tabela 25 - Frequência dos <i>clusters</i> por existência de metástase	125
Tabela 26 - Frequência dos <i>clusters</i> por tratamento realizado	126
Tabela 27 - Frequência dos <i>clusters</i> por domínios do PROMIS para avaliação adicional	126
Tabela 28 - Frequência dos <i>clusters</i> por classificação do QS-M	127
Tabela 29 - Frequência dos <i>clusters</i> por comportamento de autocuidado em uso ..	127
Tabela 30 - Frequência dos <i>clusters</i> por comportamento de risco em uso	128
Tabela 31 - Centróide da variável escore geral do WHOQOL – BREF	128
Tabela 32 - Centróide da variável percepção geral da qualidade de vida e de satisfação com a saúde	129
Tabela 33 - Análise comparativa das características dos <i>clusters</i>	130

SUMÁRIO

1. Apresentação	14
2. Capítulo 1	22
Saúde do homem: desafios conceituais, políticas de saúde e indicadores no Brasil	23
Introdução.....	23
Método	32
Resultados	33
Discussão/Conclusão.....	62
3. Capítulo 2.	66
Qualidade de vida relacionada a saúde de homens em tratamento para ocâncer	67
Introdução.....	67
Método	74
Resultados e discussão	76
Conclusão	90
4. Capítulo 3.	92
Qualidade de vida, saúde e o autocuidado em homens com câncér	93
Objetivo.....	93
Método	93
Resultados	102
Discussão.....	131
Considerações finais	166
Referências	169
Apêndice	208
Apêndice 1. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	209
Apêndice 2. Roteiro para consulta ao prontuário sobre as características sociodemográficas e a história clínica do tratamento médico	210
Apêndice 3. Roteiro de entrevista semiestruturada sobre o autocuidado em saúde...211	
Anexos	215
Anexo 1. Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL – BREF.	216
Anexo 2. Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto	220

Anexo 3. Quociente Sexual - Versão Masculina (QS-M)	222
--	-----

O câncer é o nome geral dado a um conjunto diversificado de doenças, que acometem tecidos e órgãos, têm em comum o crescimento maligno e desordenado de células, podendo ocorrer a metástase, que é a invasão das células cancerosas a outros tecidos e órgãos saudáveis. Dividindo-se rapidamente, estas células cancerosas tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) (Chammas & Villa, 2022).

Também denominado de neoplasia, essa nomenclatura genérica diz respeito a mais de 200 tipos de doenças que apresentam como principal característica a multiplicação anormal, desordenada das células do corpo. Podem ser do tipo *sólido*, quando a multiplicação celular produz um tumor; ou *hematológico* quando o processo atinge o tecido sanguíneo (Zhu et al., 2020).

Teixeira e Fonseca (2007) afirma que o câncer parece acometer o homem desde a antiguidade. Relatos de diferentes civilizações, como egípcios, persas e indianos, apresentam descrições de tumores letais que pareciam ter características similares aos quadros atuais. As primeiras descrições desses tumores foram encontradas em papiros do Egito, datados como sendo de 1.600 A.C. As evidências mais antigas desse quadro remontam a 8.000 A.C, com a presença de vestígios fósseis de osteossarcoma ou um câncerósseo. De acordo com Sauaia, Asa e Dutra (2010) para encontrar um único caso deste tipo de câncer foi necessário investigar 5.000 fósseis com joelhos preservados.

À medida em que a medicina avançava na compreensão do câncer e do seu funcionamento, ele se torna um elemento muito presente no imaginário das pessoas e na organização da sociedade, ultrapassando fronteiras políticas e geográficas, este processo deu-se no começo do século XX. Por exemplo, na França, na virada do século XIX para o XX, ocorreu uma transformação na percepção social da doença. Com o aparente aumento de sua incidência, surgem instituições estatais e filantrópicas direcionadas aos doentes,

sociedades médicas dedicadas à doença, hospitais especializados e centros de pesquisa. Até então considerado raro e excepcional, o câncer se estabelece como um problema cada vez mais real, uma ameaça à sociedade por sua grande incidência e letalidade. Essa transformação não se limita à França; se estende aos EUA e outros países europeus, além disso, o progresso do mundo científico, com seus congressos e publicações, se encarregaria de globalizar essas preocupações (Teixeira, 2010). A Primeira Conferência Internacional contra o câncer ocorreu em 1906, em Paris; a segunda na Bélgica, em 1923 (Teixeira & Fonseca, 2007).

No Brasil os primeiros trabalhos médicos sobre o câncer, como problema de saúde, iniciaram no século XX. Até o final do século XIX pouco se sabia sobre esta doença e as condições da intervenção que pudesse reduzir suas agruras e reduzir sua letalidade eram praticamente nulas (Araújo & Teixeira, 2017). Evitava-se falar sobre o câncer e as pesquisas científicas eram inexistentes; aos indivíduos que adoeciam de câncer só restava o sofrimento e, muitas vezes, a exclusão social provocada pelo temor de que seria uma doença contagiosa e transmissível. Tal realidade só começa a mudar no início do século XX, seguindo a tendência do desenvolvimento científico e tecnológico dos EUA e da Europa (Teixeira & Fonseca, 2007).

O artigo publicado por Sodré (1904) foi o primeiro estudo científico sobre este tema no Brasil inaugurou uma série de outras investigações que já começavam a posicionar o câncer como um problema de interesse público e sinalizavam a necessidade de se conhecer mais sobre a doença e a geração de dados epidemiológicos a respeito de sua incidência na população brasileira. Nele o autor propõe também um panorama nacional sobre a situação das medidas de controle ao câncer e suas limitações.

Nos dias de hoje o câncer é um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, estando entre os principais quadros de doença que respondem pela mortalidade prematura (óbitos entre 30 e 70 anos de idade, por doenças não transmissíveis). A incidência e a

mortalidade por câncer vêm aumentando rapidamente no mundo, em parte pelo crescimento e envelhecimento populacional, mas também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco ao câncer, especialmente aqueles relacionados funcionalmente ao desenvolvimento socioeconômico. Percebe-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento: declínio dos tipos associados a infecções e aumento daqueles associados às condições socioeconômicas e culturais diversas, envolvendo os hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros) (Bray et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021) registrou em seu observatório global, 259.949 mortes por câncer no Brasil em 2020, sendo que 137.259 (52,8%) desses casos eram do sexo masculino. O câncer de próstata liderou o número de casos respondendo por 16,4% dos novos casos, em todas as idades; na população masculina, essa patologia foi responsável por 97.278 dos casos registrados (32,4%). O observatório informou que os cinco tipos de câncer mais frequentes na população masculina (excluído o câncer de pele) foram: 1) Próstata; 2) Cólon e reto; 3) Pulmão; 4) Estômago; e, 5) Bexiga.

Em investigação anterior, o autor investigou a ocorrência de depressão, da desesperança e o processo de enfrentamento em pacientes com câncer de pênis, em estado da região nordeste do País (Sousa, 2018). O estudo analisou indicadores de saúde mental em 21 participantes penectomizados, que estavam em acompanhamento pós-cirúrgico. A investigação utilizou informações obtidas por instrumentos padronizados (Inventário Beck de Depressão, Escala Beck de Desesperança, Inventário das Estratégias de Coping, por questionário sociodemográfico, e roteiro de entrevista semiestruturada). Os participantes apresentavam idade variando de 21 a 71 anos, com idade média de 47 anos. Observou-se, ainda, que 85% eram casados, 72% tinham até dois filhos e 39% possuíam o ensino fundamental incompleto, 81% trabalhavam, 72% viviam com até um salário mínimo.

Os autores identificaram que 81% tentaram tratamentos alternativos antes de fazer a intervenção cirúrgica, sendo que 23% levaram mais de um ano para iniciar o tratamento médico. Foi observado que 42,86% dos participantes vivenciaram sintomas de desesperança mínimos ($M=9,7$ e $Dp=2,1$), tendo como principal estratégia de enfrentamento a reavaliação positiva ($M= 2,18$ e $Dp = 0,30$), seguida da busca por suporte social ($M= 2,09$ e $Dp= 0,46$). Observou-se a presença de fatores psicológicos tais como medos, fantasias, tristeza, baixa autoestima, crise psicológica, ideação suicida, ganhos secundários e duas outras categorias de vivências de culpabilização pelo adoecimento e tratamento e dificuldades e as disfunções sexuais. Sobre o BDI, 47,62% da amostra apresentaram sintomas de depressão mínimos, ($M=12,4$ e o $Dp=3,6$).

Estes resultados (Sousa, 2018) parecem fortalecer hipóteses na direção que a vivência do câncer de pênis é uma circunstância estressante, desafiadora e que demanda diferentes formas de enfrentamento, não se encerrando após o tratamento. Em termos gerais, o trabalho apresentou subsídios que corroboram a importância da assistência psicológica nos diversos momentos de enfrentamento do câncer de pênis, facilitando a reinserção social e potencializando a utilização de estratégias de enfrentamento mais ajustadas como forma de garantir qualidade de vida e saúde mental.

No presente trabalho, o autor teve como objetivo geral continuar sua investigação sobre o impacto à saúde física, mental e qualidade de vida de pacientes masculinos que apresentam quadros oncológicos, dessa vez trazendo para o centro dessa análise pacientes com quadros de origem diversas.

A aproximação teórica ao objetivo de investigação foi realizada principalmente a partir dos estudos da psicologia da saúde da abordagem analítico comportamental. A psicologia da saúde é a área da psicologia que estuda o comportamento humano no contexto da saúde e da doença, investigando a função que variáveis psicológicas assumem na

manutenção da saúde, no desenvolvimento e tratamento de doenças e também os comportamentos associados a doenças (Almeida & Nalagris, 2011). A psicologia da saúde é iniciada em 1973, nos Estados Unidos da América. Por iniciativa da American Psychological Association (APA) foi instituída uma Task Force on 24 Health Research, com a finalidade de sistematizar "*a natureza e a extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada dos aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde*" (APA Task Force on Health Research, 1976, p. 263).

Quando essa metodologia de trabalho é realizada em instituições hospitalares, convencionou-se no Brasil denominá-la de psicologia hospitalar (ou psicologia da saúde no hospital) (Castro & Bornholdt, 2004). A psicologia hospitalar é um campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos (sentimentos, falas, pensamentos, comportamentos, fantasias, crenças, conflitos, o estilo de vida e de adoecer de cada indivíduo) em torno do adoecimento e da hospitalização (Simonetti, 2011).

A análise do comportamento é uma maneira de estudar o objeto da psicologia, sustentada uma posição behaviorista radical Skinneriana (Todorov & Hanna, 2010). Considera-se que a análise do comportamento é a área mais ampla da prática behaviorista, composta por três subáreas interligadas, sendo elas: o Behaviorismo Radical (uma filosofia), a Análise Experimental do Comportamento (uma ciência básica) e a Análise Aplicada do Comportamento (uma ciência aplicada e uma tecnologia) (Neto, 2002).

Essa teoria parte do pressuposto que os comportamentos de um indivíduo são selecionados ao longo da sua história de interação com o meio, em três níveis: o nível filogenético (o repertório inato aos membros da mesma espécie), o nível ontogenético (repertório operante individual) e o nível cultural (práticas culturais em um grupo social), através de um processo chamado seleção por consequências. Isto sustenta a negação de causas mentais na geração e manutenção de comportamentos em favor de um modelo

selecionista (Moore, 2017).

A análise do comportamento investiga nos níveis experimentais e interpretativos as relações do indivíduo com seu ambiente, as quais determinam o processo de seleção, através de análises funcionais (Toscano et al., 2019). Com a adoção do modelo de seleção por consequência a análise funcional se afasta de noções mecanicistas de causalidade e consolida uma noção selecionista na determinação do comportamento. Não busca localizar agentes originadores (causas) para o comportamento, pelo contrário, a análise é centrada na percepção da multiplicidade e historicidade de variáveis ambientais que afetam a frequência de classes de resposta (Neno, 2003).

Como descrito em Skinner (1995) uma formulação das interações entre um organismo e o seu meio ambiente, para ser adequada, deve sempre especificar três coisas: 1) a ocasião na qual ocorreu a resposta, 2) a própria resposta e 3) as consequências reforçadoras. As relações entre elas constituem as 'contingências de reforço.

Ancorado em tais bases teóricas, pretende-se investigar variáveis críticas na vivência da condição patológica, buscando sistematizar algumas questões suscitadas pelo próprio trabalho e pela literatura investigada, a saber: quais os principais domínios de qualidade de vida estão relacionados à saúde dos homens? Como se encontram seus indicadores de saúde global (físico, mental e social)? Qual é o nível de satisfação sexual que referem? Que comportamentos de autocuidado (com a própria saúde) foram aprendidos e encontram-se em uso? Quais contingências relacionam-se com a emissão de comportamentos de autocuidado?

Algumas hipóteses discutidas ao final do estudo anterior (Sousa, 2018) devem ser aprofundadas, investigadas com maior cuidado na pesquisa atual, a saber:

A. Pacientes de câncer, homens, vivenciam impactos nos principais indicadores de qualidade de vida;

B. Os indicadores de saúde global também sofrem redução;

- C. A satisfação sexual auto referida pela amostra é ruim/desfavorável;
- D. O nível de satisfação sexual e de saúde mental apresentam correlação positiva e forte com indicador de qualidade de vida.
- E. A mostra possui déficits comportamentais de autocuidado;

O presente manuscrito foi construído em três diferentes capítulos, sendo os dois primeiros apresentados em forma de artigo. O primeiro capítulo consiste em um artigo que tem como objetivo apresentar e discutir indicadores de mortalidade e adoecimento de indivíduos do sexo masculino. Intenta também descrever o surgimento do campo da saúde do homem no Brasil, tomando como referência a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e destacando alguns indicadores nacionais de saúde do homem com, com a finalidade de identificar o perfil de morbimortalidade atual desta população.

O Segundo capítulo foi construído em formato de revisão internacional narrativa de literatura, a respeito de alterações na qualidade de vida de homens em tratamento oncológico com vistas a identificar tendências metodológicas na construção de tais pesquisas, bem como os resultados mais recorrentes apresentados e participação do conhecimento oriundo da psicologia nestas publicações.

O terceiro capítulo apresenta a pesquisa de campo que foi concluída junto à população de pacientes masculinos também numa cidade da região Nordeste do Brasil, diferente contudo do estudo anterior. No terceiro capítulo irão ser apresentados os dados evidenciados sobre a qualidade de vida, a sexualidade, a saúde global e o autocuidado que estes homens referem durante a realização do tratamento oncológico.

Os referidos capítulos sustentam juntos as discussões apresentadas nesta tese sobre o campo temático da saúde do homem, a partir de sua complexidade. Juntos demonstram

epidemiologicamente os principais problemas de saúde desta população no Brasil, referente ao câncer discute as principais implicações para a qualidade de vida e , por fim, apresenta dados sobre como homens com câncer cuidam de sua saúde e percebem as alterações na qualidade de vida.

Saúde do homem: desafios conceituais, políticas de saúde e indicadores no Brasil.

Resumo

A saúde do homem representa um campo de investigação e intervenção, ancorada na compreensão que homens apresentam morbimortalidade, diferenças nas necessidades de saúde e cuidados específicas, que vão muito além das questões reprodutivas. O objetivo do presente trabalho foi examinar indicadores de saúde e mortalidade de indivíduos do sexo masculino, considerando dados epidemiológicos disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2021), dados relacionados a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) e indicadores de adoecer e mortalidade em banco de dados do Ministério da Saúde (DATASUS/2019-2020). A organização das informações buscou identificar condições de adoecer e óbitos na população masculina, em especial com idade variando de 20 a 59 anos. Quanto ao seu design metodológico este estudo tem objetivo descritivo, com coleta de dados em três bases documentais: a base de dados do IBGE, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) e o DATASUS/2019-2020. Os principais dados revelam que a população masculina na faixa etária dos 20 a 59 anos representa 56,3 % da população geral. A expectativa de vida dos homens nessa faixa etária foi em média de 73 anos, abaixo da média da população geral (76,5) e das mulheres (80,3). O exame no DATASUS mostrou que em 2019/2020, 53% das internações foram de homens, tendo como principal causa de internação a categoria XIX do CID-10 (32,6%), com pacientes pretos e pardos respondendo por 60,96% das internações. Observou-se 62,9% das internações com diagnóstico de *Traumatismo craniano e fratura do crânio e dos ossos da face* envolveram pacientes de cor preta ou parda. A morte por disparo com arma de fogo (ou arma não específica) foi a principal causa externa de morte, sendo que 76,96% dos que tiveram óbitos atribuídos a essa categoria tinham idade que variava de 20 a 39 anos e 78% com autodeclaração de cor preta ou parda. Óbitos decorrentes de internações por doenças do aparelho circulatório (61,10%) e neoplasias (64,14%) são mais frequentes em pacientes com idade variando de 50 a 59 anos.

Palavras-chave: saúde do homem; morbimortalidade; Brasil

Introdução

A Saúde do homem: do que estamos falando quando endereçamos esse tema?

O conceito de saúde do homem, nos últimos anos, vem se consolidando como uma temática de preocupação crescente de saúde pública no Brasil e no mundo. O referido cenário expressa-se, sobretudo, pelo aparente aumento na quantidade de publicações científicas, sob variados aspectos e enfoques teóricos, buscando produzir conhecimento sobre a relação do homem com a saúde.

O conceito de *saúde do homem* foi se constituindo, ao longo dos anos, ancorado em muitos modelos. A segunda metade dos anos 1990 são considerados como o marco mundial de surgimento das primeiras tentativas de definição do que seria esse constructo, na área acadêmica e política, dando ênfase à perspectiva relacional de gênero. Na literatura sobre a temática, Irlanda e Austrália são frequentemente descritos como países de vanguarda neste movimento; seriam os pioneiros no endereçamento dessa discussão, implementando concomitantemente uma política nacional de atenção à saúde dos homens (Courtenay, 2000; Richardson & Smith, 2011; Teo et al. 2015).

Uma parte substancial da história da temática descrita como *saúde do homem* foi ancorada de uma perspectiva biológica da saúde desses indivíduos, atribuída maioritariamente aos aspectos anatômicos e fisiológicos. Observava-se uma ênfase significativa nas questões reprodutivas, resultando em prognósticos e intervenções biomédicas para o tratamento e cura de doenças com alta incidência; sobretudo àquelas que são crônicas, não transmissíveis e relacionadas ao aumento da longevidade do homem, como o câncer de próstata, o de pulmão e as doenças cardíacas (Braahler & Maier, 2015).

À medida que a temática se expande para um olhar multidisciplinar e interdisciplinar, ganha constructos teóricos que incluem variáveis oriundos do exame de ciências como sociologia, psicologia, antropologia, entre outras; modelos explicativos considerando dimensões como comportamento, cognição, relações de gênero, entre outros. Na construção teórica mais contemporânea, modelos interdisciplinares, que consideram variáveis de diferentes níveis (biológicas, comportamentais, cognitivas, afetivas, sociais) na explicação do fenômeno da saúde do homem, parecem ser mais amplamente aceitas e responder a um leque maior de questões referentes ao fenômeno (Ashraf et al., 2021).

A *saúde do homem* é uma área em constante evolução que ultrapassa os limites das condições biológicas ao discutir sobre patologias como o câncer e as disfunções sexuais; a

explicação do fenômeno incorporou uma concepção mais ampla a respeito da saúde, sobretudo pela inserção de categorias como comportamentos de saúde, escolhas e estilo de vida. Naturalmente parece existir alguns indicadores de saúde que claramente demonstram serem algumas áreas mais afeitas as vivências masculinas, com indicadores de significativa diferença no cuidado e vulnerabilidade quando comparado a indivíduos do sexo feminino (Craig et al., 2008).

A saúde do homem representa um campo de investigação e intervenção, ancorada na compreensão sobre como homens apresentam morbimortalidade: particularidades biológicas/genéticas, diferenças e desigualdades sociais, condutas e expectativas sociais. Na maioria das culturas, a socialização que recebem desde a infância, assim como os modelos de gênero masculino colocam o homem no contexto de menor proximidade com o cuidado regular em saúde, com visitas regulares aos médicos e exames constantes ao longo da vida. Essa diversidade pode levar a uma diferente relação de autocuidado e busca dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade. Além disso exige uma preparação dos profissionais de saúde para assistir esta população e identificar dificuldades de acesso dos homens aos serviços de saúde (Gomes, 2011).

O termo *saúde do homem* tem sido recorrentemente empregue para se referir aos problemas de saúde física e mental que significativamente relacionados aos indivíduos homens; se refere às diferenças nas necessidades de saúde e cuidados demandados por jovens e adultos do gênero masculino, que vão muito além das questões reprodutivas. Compreende-se que fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuem para as diferenças de gênero na saúde. A respeito destes, os comportamentos de risco para a saúde assumidos por muitos homens são abordados em muitas literaturas sob a perspectiva de modelos de masculinidade. Muitas vezes os estudos em saúde do homem são desenvolvidos com a seguinte organização temática: mortalidade, morbidade, comportamento e saúde, masculinidade e saúde,

disparidades de gênero e saúde (Braahler & Maier, 2015).

Este campo de conhecimento busca compreender os problemas de saúde masculinos que surgem de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, comportamentais e ambientais, impactando especificamente em meninos e em homens, para os quais intervenções específicas são necessárias, a fim de alcançar melhorias na saúde, qualidade de vida e bem-estar, individualmente e coletivamente (White, 2011).

Comportamento, saúde e masculinidade

No sentido mais amplo os comportamentos de saúde ou protetivos referem-se às ações de indivíduos, grupos e organizações, assim como os determinantes correlatos e as consequências de tais ações, incluindo mudanças políticas, desenvolvimento e implementação de habilidades de enfrentamento e melhoria da qualidade de vida, que possam aumentar os níveis de saúde e indivíduos e grupos. Isto inclui não apenas ações visíveis e observáveis, mas também pensamentos e sentimentos (Glaz et al., 2015; Parkerson et al., 1993). Sendo assim, os *comportamentos* de saúde também incluem constructos de dimensões privadas, tais como as crenças, as expectativas, os valores de vida, as percepções, a os fatores/traços de padrões comportamentais (personalidade), estados afetivos, padrões de comportamento, ações e hábitos que possam relacionar-se com a manutenção, restauração ou melhoria da saúde (Glaz, et al., 2015; Gochman, 1982, 1997).

O sistema classificatório proposto por Kasl e Cobb (1966a, 1966b) sugere uma divisão comportamental útil, a fim de auxiliar a identificação, manejo e modificação de comportamentos relacionados à saúde. De acordo com os autores as três categorias identificadas auxiliam a descrever em estágios a forma como cada indivíduo se move, ou não, da condição de doença para a de saúde. Porém em termos comportamentais, caracterizam um hipotético esquema de progressão na maioria das doenças, as três categorias

propostas são: 1) comportamento de proteção à saúde; 2) comportamento de doença; e 3) comportamento de papel de doente. O *Comportamento de proteção à saúde* seria um conjunto de atividades realizadas por um indivíduo que ainda não se percebe doente, compreendidas como saudáveis, com a finalidade de prevenir ou detectar doenças em estado assintomático.

O *Comportamento de doença* incluiria qualquer atividade realizada por um indivíduo que já se percebe doente para, de forma independente, definir o estado de saúde e para descobrir um remédio que julgue adequado. E, por fim, o *Comportamento de papel de doente pode ser entendida* como qualquer atividade realizada por um indivíduo que já se considera doente. Inclui a busca e o recebimento de tratamento por profissionais da saúde, geralmente envolve um conjunto de comportamentos de dependência e o abandono das atividades da rotina diária.

Os comportamentos de risco à saúde são responsáveis por uma parcela considerável da morbimortalidade ao redor do mundo. Por isso as políticas de saúde, a nível global, têm buscado encorajar e capacitar as pessoas para a prática de comportamentos de proteção, que as mantenham saudáveis e evitem as doenças, visto que nesta perspectiva a manutenção da saúde não depende apenas de remédios (Choi, 2012; Lueddeke, 2015). Comportamentos como uso do tabaco, dieta inadequada, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, comportamento sexuais sem proteção adequada são alguns exemplos de comportamentos que representam risco à saúde; a frequência alta desses comportamentos usualmente tem sido relacionada como componente etiológico ou agravante de algumas doenças ou relacionada a morbimortalidade. Esta relação se torna mais preocupante quando se considera que, em todo o mundo, as principais causas de morte até 2030 sejam o HIV/AIDS, transtornos depressivos e doenças crônicas não transmissíveis, como as cardíacas e o câncer, doenças que são preveníveis e para as quais a adoção de comportamentos de proteção, alteram o

surgimento, a evolução e o desfecho das mesmas (Fischer et al., 2011; Glaz, et al., 2015; Mathers & Loncar, 2006).

A concepção de papel de gênero tem sido apresentada como um elemento teórico que pode ser importante à compreensão de como homens e mulheres se comportam em relação à saúde (Hawkes & Buse, 2013). Atualmente a construção social de gênero vem sendo incorporada no âmbito da saúde com a finalidade de compreender como as expectativas e papéis sociais que recaem sobre os indivíduos associam-se com seus comportamentos e hábitos de vida, influenciando a experiência e o acesso que possuem aos serviços de saúde, favorecendo a compreensão de indicadores em saúde, sob os quais homens e mulheres possuem necessidades diferenciadas e, por fim, reorientando políticas públicas (Doyal, 2021; Duvivier & Wiley, 2019; King, et al, 2021; Lotta, et al, 2021; Matud, 2017; Mauvais-Jarvis et al, 2021; OPAS, 2021; WHO, 2021).

Judith Butler tornou-se uma das pesquisadoras modernas mais influentes sobre a temática da teoria de gênero, especialmente no seu livro *“Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity”*, lançado em 1990. A autora apresenta os pilares do seu pensamento, tomando como mote a situação das mulheres na sociedade: a categoria de papel de gênero como socialmente construída e a performatividade. Para a autora o gênero não é determinado biologicamente. É uma construção sociocultural e contextual, inacabada, dinâmica, mutável, portanto, em constante modificação ao longo tempo, que define os papéis, as posições, as atitudes, as escolhas de vida e a forma de ser e existir que são exigidos de cada indivíduo, em decorrência da atribuição de papel de gênero realizada pela cultura. Por isso a autora entende o gênero como uma performance, um ato de improvisação contextual. Assim, os indivíduos se vêm cooptados a performar diferentes papéis de gênero, em diferentes contextos, com a finalidade de ajustamento.

Os papéis de gênero são as imposições comportamentais que homens e mulheres

devem performar na esfera pública e privada, são constituídos por expectativas socioculturais aplicadas a indivíduos com base na atribuição de gênero (masculino ou feminino). Portanto há uma finalidade prescritiva e normativa nestes papéis (Tong, 2012). Como os papéis de gênero determinam as atitudes de homens e mulheres, impactam diretamente sobre a situação social destes sujeitos: na escolha ocupacional, na relação com o cônjuge, na performance do papel de pai/mãe, afetam as relações comunitárias, familiares, sociais, na situação de saúde, de educação e na forma como o indivíduo percebe a si e aos outros ao seu redor (Somech & Drach-zahavy, 2016).

Seja na concepção sociocultural, seja da perspectiva do behaviorismo radical as diferenças de gênero são um subproduto do tipo de tratamento, educação formal e informal, que crianças, de ambos os sexos, recebem da sociedade ao longo de suas vidas, bem como da exposição intensa aos estereótipos sobre o que é permitido para “*ser uma menina*” e “*ser um menino*” a que são expostas em seus ambientes sociais. Esta exposição corriqueiramente tem início no grupo familiar, ampliando-se nas escolas, demais instituições sociais e na sociedade de forma ampla (Malott, 1996; Miller, 2016; Mizael, 2018; Skinner, 1953). De acordo com este processo, mulheres e homens são submetidos a condições sociais, onde a cultura prevê consequências de forma tal que a emissão de alguns comportamentos deve ser consistente com os modelos, estereótipos e expectativas referentes ao gênero no qual são alocados.

Tais comportamentos aumentariam de frequência e tornar-se-iam mais constantes, pois são reforçados socialmente; por outro lado caso emitam outros que sejam incompatíveis com os papéis de gênero dominantes, provavelmente, serão punidos. É o que ocorre com a tendência dos meninos em escolher brinquedos “*masculinos*” como armas ou carros. Neste contexto, provavelmente os pais os reforcem. Caso escolham brinquedos “*femininos*” como bonecas, podem ser punidos. Com o passar do tempo alguns padrões de comportamento

masculino que foram reforçados ganham frequência, ilustrando como homens e mulheres são treinados em suas funções sociais, aprendendo a identificar-se e a performar um papel de gênero (Miller, 2016).

Neste sentido os papéis de gênero não são naturais, nem tão poucoengessados e estáticos. Eles são históricos, dinâmicos e em constante movimento, são um produto das políticas e práticas das principais instituições sociais como a escola, as religiões, a ciência, a política e os discursos e práticas predominantes sobre as formas de masculinidade e feminilidade mais apropriadas e úteis, num dado momento, em uma dada sociedade. O processo de socialização do gênero inicia-se muito cedo, através de dispositivos como roupas, decoração do quarto, brinquedos e sobretudo práticas parentais de introdução da criança na cultura vigente, por isso socialização e papel de gênero são conceitos imbricados (Bettis & Ferrey, 2016).

Existiria uma diversidade de papéis de gênero masculino descritos na literatura e coexistindo na sociedade. Esta diversidade aponta para algumas fragilidades que ainda se mantêm a este respeito. Trata-se, sobretudo, da impossibilidade de se admitir uma saúde do homem ou uma relação entre masculinidade na sua complexidade socialmente construída, comportamentos “masculinos” selecionados e o impacto nesse processo que denominamos *saúde*. Infelizmente a literatura científica, as pesquisas e as políticas públicas, ao tratarem sobre saúde do homem, historicamente privilegiam a masculinidade hegemônica, desta forma tanto a produção de dados científicos quanto a organização dos serviços de saúde estariam endossando o modelo hegemônico e heteronormativo, pautando-se numa compreensão naturalista, parcial e excludente sobre essa questão.

Masculinidades e saúde pública

Neste sentido a reordenação do campo da saúde do homem, orientada por esta

ampliação paradigmática, que considere múltiplas masculinidades e suas relações com a saúde parece ser necessária, como estratégia de romper com uma compreensão generalista e normativa sobre as masculinidades, superando a já contestada centralidade da forma hegemônica. Drummond (2016) assevera o reconhecimento, não apenas no âmbito teórico e discursivo, das masculinidades como uma questão política de contestação do modelo hegemônico.

Para esta ampliação vê-se a importância de que outros marcadores sociais sejam introduzidos para reestruturar a área da saúde dos homens, de forma a reconhecer as iniquidades na saúde deste grupo e as questões sociais e comportamentais inseridas na relação de diferentes masculinidades com a saúde. Estes marcadores são apontados justamente como a saúde de homens negros, indígenas, gays, bissexuais, transsexuais e oriundos de classes sociais menos favorecidas (Drummond, 2016; Hammack et al., 2018; Issaco et al., 2012; Separavich & Canesqui, 2013; Smith & Drummond, 2019).

Considerando as discussões construídas até aqui, o campo da saúde do homem vem sendo historicamente problematizado a partir da heteronormatividade e da generalidade sobre a concepção do homem. Parece pertinente hipotetizar que os diferentes modelos de *masculinidade* necessariamente implicam em impactos nos comportamentos e na saúde dos homens, considerando a diversidade sexual, cultural, econômica e de etnia destes indivíduos. É fundamental considerar a complexidade envolvida no modelo de uma masculinidade que não seria produto somente de contingências filogenéticas, das condições biológicas como determinantes; mas de uma masculinidade que seria construída a partir de interações e contingências da própria história desses indivíduos (contingências ontogenéticas) ou da cultura onde está inserido (contingências culturais e ou metacontingências).

As múltiplas representações de masculinidade e de sua construção tornaram maioritariamente aceitas pressupostos como “*os homens não cuidam de sua saúde*”, “*os*

homens procuram pouco os serviços de saúde”, “os homens vivem menos que as mulheres” e *“a construção social do gênero masculino é uma das principais variáveis a explicar as dificuldades do homem com sua saúde”*; essas regras estão amplamente difundidas tanto entre pesquisadores quanto entre profissionais da assistência em saúde.

Endereçar os processos biológicos, individuais ou sociais que promovem as diversas condições de “masculinidade” exige um esforço interdisciplinar para investigação das múltiplas variáveis e nas suas intrincadas interações envolvidas nesse processo; uma tarefa além do escopo desenhado para o presente trabalho.

Saúde masculina no Brasil: a política e seus indicadores

IBGE/BRASIL 2020: Homens e expectativa de vida no Brasil

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e publicada em 2020, a população brasileira teria uma porcentagem ligeiramente maior de mulheres (51,8%) do que homens (48,2%). Examinando os indicadores podemos observar que a região do país com a maior concentração foi a Sudeste com 41,8%, seguida pela região Nordeste com 27,2%; 90,1% se autorreferenciaram como brancos ou pardos e 9,5 % como pretos. A análise mostrou que 29,5% da população masculina foi composta por crianças e adolescentes (0 a 19 anos) e 14% apresentavam 60 anos ou mais. A população masculina na faixa etária de 20 - 59 anos, foco de cuidados da PNAISH, representa o total de 56,3 % de homens no país.

No mesmo relatório (Brasil, 2020), a média nacional de expectativa de vida foi de 76,5 anos; a expectativa média de vida para mulheres (80,3 anos) foi acima da média da população geral. Os dados destacam que para cada 1000 nascidos vivos do sexo masculino, aproximadamente 13,3 deles não completam o primeiro ano de vida; na população do sexo feminino, 11,4 meninas não completam um ano de vida. Em 2019 um homem com 20 anos

apresentou 4,6% mais chances de não alcançar os 25 anos do que uma mulher, no mesmo grupo de idade. No intervalo etário de 15-34 anos mantém-se a maior diferença nas taxas de mortalidade entre homens e mulheres. Isto provavelmente ocorre pela maior incidência de óbitos por causas externas e não naturais que atingem maior proporção da população masculina (Brasil, 2020).

O mesmo relatório apresenta a expectativa de vida considerando sua distribuição nas diferentes regiões do País (Brasil, 2020). As regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores expectativas de vida para os homens, respectivamente 69,4 e 69,8 anos. A Figura 1 apresenta a expectativa de vida na população masculina, projetada por unidades da federação. Oito estados apresentam expectativas de vida inferiores a 70 anos (destacados em vermelho); o Piauí apresentou o menor escore médio de idade (67,3 anos). Todos os Estados das Regiões Norte e Nordeste apresentaram expectativas de vida abaixo da média nacional. Oito unidades federativas apresentaram médias de expectativas de vida acima da população geral (destaque em azul-marinho), sendo que o maior escore foi observado em Santa Catarina.



Figura 1 – Expectativa de vida por Estado da Federação.

Fonte: Adaptado de IBGE - Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019. (Brasil, 2020).

Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil (destaque do autor: ■ média população geral; ■ média inferior a 70 a ■ nos; ■ média acima da população geral).

Política Nacional de Atenção à saúde do Homem

A persistência de alguns desses indicadores de vulnerabilidade na população masculina, levou pesquisadores e profissionais de saúde a estabelecerem uma política específica de saúde voltada para essa população. A *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* (PNAISH) foi instituída, no âmbito nacional através do SUS, com a publicação da portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, concentrando seu foco de ação em homens com idade entre 20 e 59 anos. Estabelece a Atenção Primária em Saúde (APS), com as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, enquanto nível estratégico de operacionalização desta política (Brasil, 2009). Antes da publicação da portaria as ações em saúde do homem consistiam basicamente em ações de caráter curativas, biomédicas, através

da medicalização de doenças (Pereira & Nery, 2014). Por isto a publicação da referida portaria constitui um marco histórico, que representa uma mudança paradigmática crucial na reorientação dos serviços de saúde que atendem esta população. Sua publicação consolidou o reconhecimento de que os agravos à saúde de homens colocam-se como um inegável problema de saúde pública no país, compondo de forma permanente a agenda deste setor. Um dos principais desafios desta política é justamente promover a mobilização da população masculina na luta e garantia do seu direito à saúde, tornando-os protagonistas deste processo.

De acordo com Hemmi et al. (2020), o contexto social e científico da época, que culminou na publicação da portaria, foi marcado por divergências conceituais acerca do que seria a saúde do homem e como articular uma política de Estado. Os referidos autores, analisando documentos institucionais e conduzindo entrevistas com indivíduos que compuseram esse processo, concluem que a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) teve uma função basilar na proposição dessa política desde os anos 2000, embora o Ministério da Saúde tenha buscado favorecer a participação de outros agentes científicos a compreensão biomédica manteve-se preponderante naquele momento.

Os autores afirmam que as perspectivas existentes sobre a saúde do homem eram representadas, por um lado, pela SBU com o paradigma curativista, biomédico e, por outro lado, o olhar advindo da saúde coletiva (representando o trabalho de psicólogo e cientistas sociais na saúde) com a proposta de abordagem do homem de maneira complexa com foco em estratégias de promoção de saúde, articulada com o nível de atenção primária à saúde. Foi identificada uma dicotomia nas propostas apresentadas.

A principal proposta do modelo representado pela SBU era o combate a doenças específicas e a organização dos serviços de saúde com base em especialidades médicas, as principais doenças a serem combatidas seriam o câncer de próstata e as doenças cardiovasculares, em síntese a urologia e a cardiologia. A outra proposta, pautado no modelo

de saúde coletiva, englobava aspectos sociais, culturais e de gênero sobre o “ser” homem, propunha ações de caráter preventivo e uma reordenação dos serviços de saúde, pautando-se nesta compreensão.

A despeito destes aspectos históricos, a instituição da PNAISH representa o reconhecimento, por parte do Estado, de que a população de homens adultos possui singularidades relacionadas às suas necessidades de saúde. Essa política tensiona um deslocamento dos homens dentro dos serviços do SUS, saindo da posição de invisibilidade que ocupavam, pois não eram identificados como sujeitos de direito à saúde, com necessidades próprias, para as quais deveria haver preparação específica dos profissionais a fim de atendê-las. Até então reconhecia-se a presença dos homens nos serviços de saúde apenas quando os agravos à saúde já estavam instalados, demandando dispendiosos tratamentos, no nível terciário de atenção. As proposições da PNAISH buscam reverter esse cenário: primeiro não naturalizando essa situação, em seguida reorientando as práticas assistenciais para esta população sob a ótica do cuidado, priorizando a entrada destes sujeitos na rede de cuidado via atenção básica (Lopez & Moreira, 2013).

A Tabela 1 organiza os artigos definidores da PNAISH estabelecendo seu alinhamento com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a humanização, a universalidade, a corresponsabilização a integralidade no atendimento e a descentralização administrativa, com participação direta dos Estados e dos municípios. Destaca-se também que, embora existam objetivos oriundos do modelo biomédico, como o cuidado às doenças mais prevalentes e as questões sexuais /reprodutivas, há também objetivos que partem do modelo ampliado de saúde do homem advindo da saúde coletiva, por exemplo: a reorganização dos serviços para que se tornem espaços mais acolhedores aos homens, a legitimação e a inserção das questões de gênero bem como o reconhecimento das especificidades de algumas populações masculinas, nas quais ainda

mantém-se iniquidades.

Outro aspecto bastante inovador verificado nesta política é a ordenação da rede de atenção à saúde do homem, colocando a atenção primária à saúde (APS) como centralizadora da assistência. Além de ser a principal porta de entrada do SUS e centro articulador de todas as redes de atenção à saúde, a APS organiza-se pautada nos princípios da acessibilidade, da coordenação do cuidado, da formação e da continuidade do vínculo, da integralidade, da corresponsabilização e da humanização. A fim de garantir esses princípios a APS implementa ações que considerem as necessidades e a diversidade de seus usuários, a nível individual e coletivo (SAPS, 2021).

As ações da APS devem abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. No alcance dessas metas devem ser priorizadas práticas sanitárias democráticas e participativas, com trabalho em equipe, direcionadas para populações e territórios. A APS deve utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior relevância em cada território. A APS considera seus usuários de forma singular, integral e inseridos em um contexto sociocultural amplo, proporcionando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos, ou de sofrimentos, que possam comprometer as possibilidades de um modo de vida mais saudável (BRASIL, 2006).

Na Figura 2 podemos observar alguns exemplos de campanhas do Ministério da Saúde a respeito da saúde masculina. Nas diferentes imagens podemos identificar campanhas para alguns dos objetivos que compõem a PNAISH, sendo eles: reconstrução dos paradigmas a respeito da relação do homem com a saúde, buscando fazê-los se perceberem como sujeitos de direito a saúde (Imagem 1); identificação e enfrentamento dos principais fatores de risco aos quais frequentemente se expõem (Imagem 2); inserção precoce desta população em ações de prevenção das doenças mais incidentes, tais como a hipertensão e o

diabetes (Imagem 3); e, integralidade da assistência, com as ações de prevenção e promoção de saúde (Imagem 4).

Tabela 1. Principais aspectos da PNAISH.

Texto do Artigo	Identificação do artigo
Objetivos	
I. Articular melhores condições de saúde à população masculina; Redução de morbimortalidade da mesma; Enfrentamento dos fatores de risco;	
IV. Facilitação do acesso às ações e aos serviços de saúde; Garantia de assistência integral à saúde	
VI. Promover mudanças nos paradigmas referentes à relação homem e saúde;	
VII. Inserir-los precocemente nas atividades de prevenção primária para as doenças mais incidentes;	Art. 1º e 4º
VIII. Inserir a compreensão de gênero, de identidade de gênero e a condição étnico-racial nas ações;	
IX -Prevenção e controle de IST's e atenção à saúde reprodutiva;	
X- Promover atenção integral à saúde de homens em populações indígenas, negras, travestis, transsexuais e etc.	
Princípios	
Universalidade Humanização Co-responsabilidade	
IV-Orientações à população masculina quanto às estratégias de promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades	Art. 2º
Diretrizes	
Integralidade; Acolhimento;	
III. Hierarquização da implementação da política, com priorização da atenção básica;	
IV. Reorganização das ações e espaços de saúde, que possa ajudar os homens a identificá-los como espaços masculinos;	
V. Reorganização das ações e espaços de saúde, para que reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados;	Art. 3º
Gestão da política	
Compete à união; Compete aos estados; Compete aos municípios	Art. 5º, 6º e 7º

Fonte: adaptado da Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.

Embora no âmbito teórico a relação entre a PNAISH e a APS esteja bem estabelecida, parecem se manter ainda muitas dificuldades na operacionalização deste modelo de assistência. A respeito disto, na realidade de muitas instituições de APS ainda se constata uma escassez de serviços direcionados ao público masculino, impondo aos homens apenas a possibilidade de assistência especializada. Na prática, as instituições de APS ainda não

conseguiram incluir os homens como alvo de intervenções através da organização dos serviços, este fato representa o que alguns autores denominam como formas de invisibilidade dessa população (Couto et al. 2010).

Em estudo conduzido por Silva et al. (2018) com 301 participantes objetivando descrever a qualidade da atenção primária à saúde na perspectiva da população masculina, concluiu-se que os usuários das unidades básicas investigadas possuem uma avaliação positiva referente aos aspectos: utilização, sistema de informações e longitudinalidade. Os atributos de acessibilidade, integração de cuidados, serviços disponíveis e prestados, orientação familiar e comunitária, obtiveram avaliação negativa. Os autores concluem apontando a necessidade de ampliar o acesso aos serviços ofertados e de qualificar o cuidado aos usuários masculinos.

Tendo como objetivo identificar as razões pelas quais os homens utilizam pouco a APS, Campanucci e Lanza (2011) desenvolveram estudo com 10 participantes; 5 que faziam parte da gestão das UBSs, e os demais (5) eram usuários advindos das comunidades adscritas. Os principais resultados observaram que as ações que conseguem atingir os homens não são exclusivamente destinadas a eles, e ainda assim, os poucos que utilizam estes serviços primários são idosos, captados principalmente pelos programas de acompanhamento a hipertensos e diabéticos. Esses resultados parecem apontar que a parcela considerada produtiva, principal foco da PNAISH, permanece não contemplada nas ações e serviços, sobretudo aqueles de prevenção e promoção da saúde, tornando crônicos alguns agravos preveníveis.

Em trabalho conduzido por Moura et al. (2014), os autores procuram avaliar algumas especificidades da atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme a visão do gestor, a demanda dos homens adstritos às unidades avaliadas e as práticas desenvolvidas pelas equipes da ESF. Nos resultados os autores apontam que as

ações da ESF têm como foco abordar o processo saúde/doença no ambiente familiar e comunitário. No entanto, no que se refere à saúde do homem, ainda há lacunas, desde a adequação da estrutura para o atendimento na atenção básica à motivação e desenvolvimento de ações de promoção contra os agravos mais frequentes nesta população, o que, frequentemente, têm dificultado o acesso à saúde, por parte da população masculina.



Figura 2 – Exemplos de material divulgado pelo Ministério da Saúde do Brasil voltado para a saúde masculina.

A pesquisa multicêntrica realizada por Couto et al. (2010) em oito serviços de APS de quatro estados brasileiros, para compreender a (in)visibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero, utilizando o método etnográfico, apresenta

como resultados três razões principais: I. A forma como os programas e ações da APS são organizados e oferecidos desconsidera as necessidades dos homens; II. Frequentemente os profissionais destas unidades possuem dificuldades em notar a presença dos homens bem como acolher suas necessidades; III. A reprodução, por parte de profissionais e dos próprios usuários, de estereótipos de gênero que fortalecem o imaginário de que homens não cuidam de si nem das outras pessoas, são fortes e resistentes e, portanto, não procuram os serviços de APS.

Acrescente-se a isso que, para Figueiredo (2005), os homens poderiam sentir mais dificuldades em utilizar a APS por percebê-la como um espaço feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e por equipes de profissionais, frequentemente, composta em sua maioria por mulheres, este contexto pode gerar nos homens a sensação de não pertencimento a estes espaços. O autor aponta ainda, como uma das prováveis causas de ausência dos homens na APS, a não existência de programas e atividades voltados especificamente para esta população. Por fim, o autor propõe que a suposta ausência dos homens nestes serviços não seja compreendida como mera falta de responsabilidade com sua própria saúde, tão pouco como somente uma falha organizacional da APS, mas como resultante dessa interação complexa de três dimensões, descritas na Figura 2.

Pesquisa de Ferreira (2013) também analisou barreiras existentes para a consolidação da PNAISH, utilizando uma revisão bibliográfica. Os principais resultados apontados pelos autores referem-se às questões de gênero/masculinidade impedindo os homens de acessarem os serviços de saúde por conta da concepção de invulnerabilidade, vergonha e medo de descobrir uma doença incapacitante. As outras barreiras estão associadas ao horário de funcionamento das unidades básicas, falta de especialista, número de profissionais insuficientes e poucas ações educativas direcionadas para essa população.

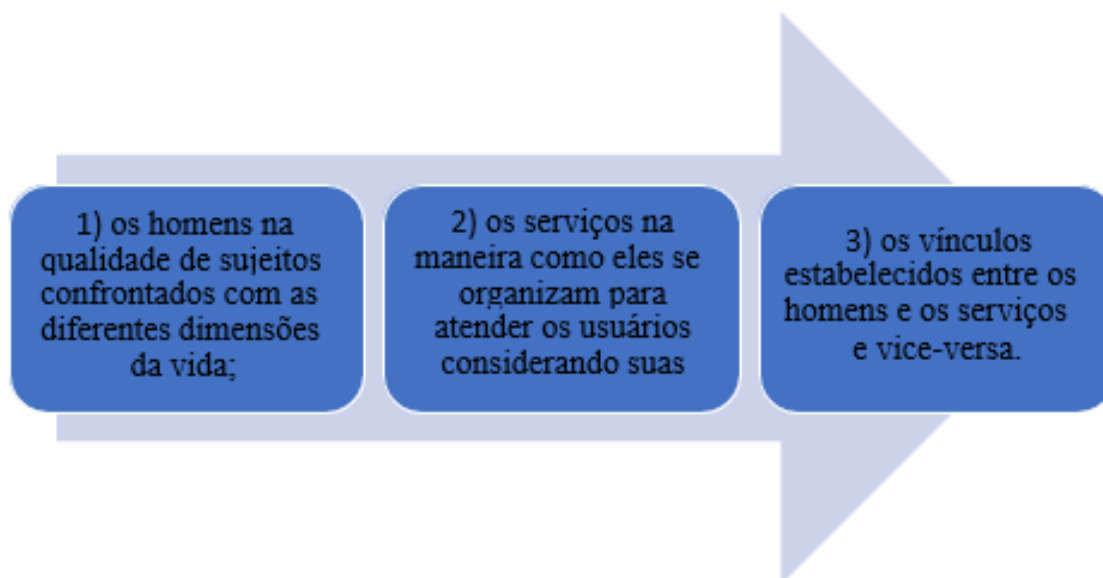


Figura 3 – Dimensões a serem consideradas na APS ao implementar ações para a saúde do homem.
Fonte: Adaptado de Figueiredo (2005).

Por fim, aponta-se que segundo Moreira et al. (2014) um aspecto que também contribui para o distanciamento dos homens da APS é justamente a incompatibilidade de horários. Os autores afirmam que os homens participantes desta pesquisa apontam o medo de perder o trabalho, ou sofrerem algum tipo de punição, como um dos principais aspectos que justificam as ausências, os autores concluem que a manutenção do trabalho e, da posição de provedor de suas famílias, são aspectos privilegiados por muitos homens, ficando os cuidados com a saúde em posição secundária.

DATASUS: Adoecer e morrer na população masculina

A maior mortalidade proporcional da população masculina é identificada não somente no aspecto quantitativo, com números absolutos e coeficientes; algumas diferenças entre sexos também podem ser destacadas quando examinamos as causas de óbitos nessa população. Com exceção das doenças que são específicas do sexo, para basicamente todas as demais etiologias, os coeficientes masculinos são maiores, independentemente da idade da amostra (Laurenti et al., 2005). Segundo Pinheiro (2002) os indicadores de

morbimortalidade do nosso país têm mostrado um perfil que se mantém há anos, no qual as mulheres são mais acometidas por problemas de saúde, buscam mais consultas médicas, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames, que os homens. Entretanto, há um maior número de homens internados em situações graves, como também a procura por serviços de emergência e a taxa de mortalidade por causas patológicas graves também é maior entre os homens. Referente aos aspectos epidemiológicos da morbimortalidade da população masculina, o último levantamento realizado por Brasil (2009) evidenciou que entre a faixa etária de 25 – 59 anos, em cerca de 75% dos casos, a maior percentagem de óbitos, se deve às causas externas. Em segundo lugar doenças do aparelho circulatório, em terceiro os tumores, em quarto as doenças do aparelho digestivo e em quinto lugar as doenças do aparelho respiratório. Embora apresentem alta incidência na faixa etária mais jovem, 25–59 anos, as causas externas são superadas quantitativamente pelas doenças do aparelho circulatório a partir dos 45 anos e pelos tumores a partir dos 50 anos (Brasil, 2009).

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID 10 (1989), no capítulo XX, as causas externas se referem, principalmente a acidentes, envenenamento, lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, acidentes envolvendo armas (brancas e de fogo), explosivos e alcoolismo. Em decorrência Brasil (2009) assinala que a exposição a situações de violência é fator de risco notório à saúde desta população. A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, através de intervenções pautadas numa cultura de paz, executadas de forma intra, intersetorial e interdisciplinar.

DATASUS 2018: Adoecer e morte 2009-2015

A última publicação oficial do Ministério da Saúde apresentando o perfil

epidemiológico de morbimortalidade do homem no Brasil, foi publicado em 2020, sistematizando dados disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS) (Brasil, 2020). O DATASUS é o departamento de informática do SUS, um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Nessa Base de Dados são centralizadas e analisadas as informações fornecidas pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD). O SIHD é o sistema descentralizado que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS em todas as unidades do território nacional. Essa possibilidade: 1) armazenar os dados das internações hospitalares; 2) apresentar e processar mensalmente as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) dos estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados; 3) acompanhar o desempenho dos hospitais quanto às metas firmadas nos contratos entre gestor e hospitais; dentre outros.

Informações sobre a morbidade nos anos de 2009 e 2015 e sobre a mortalidade nos anos de 2009 e 2014 foi examinada em publicação do Ministério da Saúde (2018). Essas análises incluíram variáveis como sexo, etnia, idade, região do País, entre outras. Além disso, algumas dessas variáveis foram sistematizadas considerando os capítulos da CID-10. No ano de 2015 foram registradas aproximadamente 4,1 milhões de internações no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos (excluindo as internações por gravidez parto e puerpério) com taxa de predomínio do sexo masculino de 3.911, contra 3.619 do sexo feminino. A maior taxa de internação entre o sexo masculino ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos.

Entre os homens, as taxas por cap. XIX lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; cap. XI doenças do aparelho digestivo e cap. IX doenças do aparelho circulatório representaram as três principais causas de internação, apresentando em 2009 taxas de 784, 538, 438 e em 2015 de 962, 546 e 412, respectivamente. Analisando por faixa etária, entre os anos de 2009 e 2015, constata-se um aumento significativo das

taxas de internações, em todas elas, por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, e chama atenção as taxas da faixa etária de 50 a 59 anos, que em 2009 era 642 e em 2015 subiu para 940.

Relativo às principais causas de internação por capítulo do CID 10, no ano de 2015, IBGE (2019) refere que do cap. XIX lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, a fratura de ossos e outros membros foi a principal causa (183.831), a segunda foi outros traumatismos em regiões específicas e não específicas e múltiplas do corpo (84.368) e a terceira foi traumatismo intracraniano (49.673). A faixa etária mais acometida pelas três causas foi dos 20 aos 29 anos em todas

Os resultados do último levantamento realizado por Brasil (2018) apontam que em 2009 correram aproximadamente 348 mil mortes no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos (excluindo os óbitos por gravidez parto e puerpério), com taxa de predomínio do sexo masculino de 447 contra 198 do sexo feminino. A maior taxa de mortalidade entre o sexo masculino ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos. Já em 2014 ocorreram aproximadamente 360 mil mortes no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos (excluindo os óbitos por gravidez parto e puerpério) com uma taxa de predomínio do sexo masculino de 464, contra 203 do sexo feminino. A maior taxa de óbitos entre o sexo masculino ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos. Nos dados de 2009 e 2014, as três principais causas de mortalidade foram: por causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias; em 2009 taxas de 158, 81 e 52; 2014 de 172, 82 e 56, respectivamente. Referente a faixa etária, observou-se que para as causas externas a mais acometida foi dos 20-29 anos, para as doenças do aparelho circulatório e neoplasias a faixa etária mais acometida foi dos 50-59 anos. Analisando as taxas de mortalidade de homens no Brasil percebe-se uma tendência crescente que vem se mantendo desde os anos anteriores, destaca-se que este número salta de 348 mil, em 2014, para 351 mil em 2019. A faixa etária dos 50 aos 59 anos apresenta a maior taxa de óbitos em

todos os períodos verificados.

Por sua vez, quando se considera as taxas de mortalidade dos homens por categoria do CID 10, Brasil (2018) constatou que entre os óbitos do cap. XIX causas externas, nos anos de 2009 e 2014, a agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada foi a principal causa de morte masculina; seguida de agressão por objeto cortante ou penetrante; acidente com um veículo a motor ou não motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s); e lesão autoprovocadas intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, com taxas em 2009 de 46, 11, 9, 7, e em 2014 de 52, 12, 11 e 9, respectivamente. É importante destacar que em todas essas taxas houve aumento de 2009 para 2014, verificou-se também que nos dois anos analisados as taxas de mortalidade por agressão por meio de disparo de outra arma de fogo, ou de arma não especificada, são maiores quanto menor for a idade do homem (Brasil, 2018).

Com o objetivo de sistematizar alguns indicadores sobre saúde masculina e mortalidade no País, foi realizado um levantamento de dados para destacar alguns indicadores de adoecer e cuidado, nessa população no período de 2019 e 2020.

Esse estudo foi realizado através da descrição de variáveis, selecionadas em três bases documentais: a base de dados do IBGE, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) e o DATASUS/2019-2020.

Os indicadores destacados no banco de informações foram selecionados considerando uma comparação geral com os principais estudos que avaliam a saúde masculina na APS e seus impactos na Política de Saúde para a população masculina.

Método

O presente trabalho examinou indicadores de saúde e mortalidade de indivíduos do sexo masculino, considerando dados epidemiológicos disponibilizadas pelo IBGE (2021), dados relacionados a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) e indicadores de adoecer e mortalidade em banco de dados do Ministério da Saúde (DATASUS/2019-2020).

Nessas bases de dados foram, para os anos em exame, foram selecionadas informações gerais das condições de adoecer e óbitos na população com idade variando de 20 a 59 anos. A priorização dos dados sobre homens nessa faixa etária tem relação com as metas de atuação traçadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Foram selecionadas informações sobre: idade, região de domicílio, causa registrada do óbito com sua classificação no CID 10.,

Resultados

DATASUS 2019-2020: Onde estamos?

Para trabalhar com dados que reflitam a realidade atual da saúde masculina, um levantamento foi organizado e implementado diretamente na Base DATASUS. As informações do DATASUS foram sistematizadas com a seleção majoritária de dados relativos à população masculina, com idade variando de 20 a 59 anos, com registros de internações nos anos de 2019 e 2020. A busca teve como objetivo identificar algumas variáveis dessa população tais como, faixa etária, diagnóstico CID 10, mortalidade, entre outras. As análises apresentadas aqui buscam comparar com resultados observados do ano de 2020/2019, considerando sua distribuição por região do País e etnia.

O exame mostrou que SIH/SUS (2021), em todo o ano de 2020, considerando toda a

população de ambos os sexos na faixa etária de 20 a 59 anos, registrou um total de 3.786 milhões de internações no Brasil (excluindo as internações por gravidez parto e puerpério). A Tabela 2 mostra que houve predomínio de internações, novamente, do sexo masculino com 2.023.000, contra 1.762.000 do sexo feminino. A maior taxa de internação entre o sexo masculino manteve-se na faixa etária de 50 a 59 anos (646.945). O maior número de internações ocorreu na região Sudeste (819.656), com homens pardos (477.466).

Tabela 2 – Indicadores gerais de internação hospitalar em 2020.

Distribuição internação por sexo	
Masculino	2.023.990
Feminino	1.762.986
Distribuição internação por faixa etária – homens	
20 a 29 anos	401.140
30 a 39 anos	455.376
40 a 49 anos	520.529
50 a 59 anos	646.945
Taxa por região - homens de 20 a 59 anos	
Norte (N)	158.441
Nordeste (NE)	495.300
Sudeste (SE)	819.656
Sul (S)	377.699
Centro-oeste (CO)	172.894
Taxa por cor ou etnia - homens de 20 a 59 anos	
Branco	650.349
Pardo	777.466
Preto	98.811
Amarelo	56.830
Indígena	3.040

Fonte: adaptado de Ministério da saúde – DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (2021)

Na Tabela 3 podemos observar o número total de internações e as principais causas das mesmas. Além disso podemos examinar como a distribuição dessas variáveis quando consideramos a faixa etária e a região do paciente. As três principais causas de internação na população em exame foram: 1) lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (549.295); 2) doenças infecciosas e parasitárias (245.031);

e, 3) doenças do aparelho digestivo (244.710), respondendo por 32,58%, 14,53% e 15,52% das internações, respectivamente. Vemos, ainda, que a maior percentagem de internações por lesões e envenenamentos (31,38%) aconteciam em pacientes com idade variando entre 20 a 29 anos; sendo que a região sudeste (SE) registrou 38,81% dos casos registrados.

Tabela 3. Internações hospitalares por capítulo CID 10, distribuído por faixa etária e regiões do País em 2020.

Capítulo CID10	Total		Por faixa etária (anos)					Desagregado por região			
	20-59	20-29	30-39	40-49	50-59	N	NE	SE	S	CO	
XIX. Lesões, envenenamento e outras causas externas	549295	172380	150762	126196	99957	51134	139955	212130	92142	53934	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	245031	31858	51901	71167	90105	26411	68293	91613	37091	21623	
XI. Doenças do aparelho digestivo	244710	43667	55563	67385	78095	20249	59559	99548	45295	20059	
IX. Doenças do aparelho circulatório	193961	10157	22435	51349	110020	9777	41817	87032	40021	15314	
II. Neoplasias (tumores)	124162	12673	16046	30203	65240	4803	27493	53502	30078	8286	
X. Doenças do aparelho respiratório	117383	20286	24284	30298	42515	9972	26528	49731	21730	9422	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	111386	19036	24789	29678	37883	8875	25608	46240	20961	9702	
V. Transtornos mentais e cptais	99660	27042	28886	25066	18666	3329	19336	37199	32749	7047	

Fonte: Adaptado de ministério da Saúde - DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (2021).

A Tabela 4 descreve o número de internações nas condições descritas no cap. XIX (lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas). Além disso, também foi organizado a distribuição por idade e por cor/etnia. Observamos que *fratura de ossos e outros membros* foi a principal causa (216.367) de internações, seguida imediatamente por outros traumatismos em regiões específicas e não específicas e múltiplas do corpo (88.429). A terceira forma de lesão com maior índice de internações foi traumatismo intracraniano (45.952); essas três formas de lesões responderam por 44,07%, 18,01% e 9,36% das internações respectivamente. Considerando o total de registro de internações para essas três categorias, encontramos que elas respondem por 31,84% das internações de pacientes com *idade variando de 20 a 29 anos* e por 43,07% daqueles que se autodeclararam *pardos*. Quando consideramos o total de internações para a população que declarou cor e etnia (382.263), em todas as categorias do CID indicadas, observamos 60,96% se identificaram como negros (*pretos e pardos*); esses pacientes respondem também por 62,85% das internações identificadas como (1) *traumatismo craniano* e (2) *fratura do crânio e dos ossos da face*.

Tabela 4 – Internações hospitalares por capítulo XIX CID 10, distribuída por faixa etária e cor/etnia – 2020 [Legenda: B= Branca; Pr=Preta; Pd=Parda; Am=Amarela; Ind=Indígena].

CID 10	Total	faixa etária (anos)					cor/etnia				
		20-59	20-29	30-39	40-49	50-59	Branco	Preto	Pardo	Amarelo	Indígena
Capítulo XIX											
Fratura de outros ossos dos membros	216367	70016	60684	50260	35407	61581	9440	93425	5763	226	
Outros traumatismos em regiões específicas e não específicas e múltiplas do corpo	88429	28730	25047	20004	14648	22892	4065	38073	2232	198	
Traumatismo intracraniano	45952	12938	12014	10939	10061	11827	2179	19576	1166	78	
Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NCOP	29345	6945	7016	7186	8198	9936	1711	11429	704	35	
Fratura do fêmur	28189	10013	6657	5465	6054	8519	1296	11617	658	27	
Luxações entorse distensão reg esp e múlt corpo	27604	9043	8242	5998	4321	8582	1099	11244	706	25	
Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	19323	5758	5283	4701	3581	3075	881	9587	777	39	
Traumatismo de outros órgãos internos	18531	6803	5220	3777	2731	4572	933	8092	517	32	
Fratura do crânio e dos ossos da face	17157	6724	5009	3355	2069	4645	771	7622	390	21	

Fonte: Adaptado de ministério da Saúde - DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (2021).

Os dados sobre *mortalidade* disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) apresentam as informações disponíveis até 2019. Na Tabela 5 vemos que foram registrados de 351.694 mil mortes no país, considerando a faixa etária de 20 a 59 anos e excluindo os óbitos por gravidez parto e puerpério. A mortalidade foi maior na população masculina da amostra (67,05%), predominantemente na faixa etária de 50 a 59 anos (41,21%). A maior mortalidade masculina ocorreu na região Sudeste (41,73%), seguida pela região Nordeste (28,63%), com maior proporção de mortes registadas na população autodeclarada parda (51,45%).

Tabela 5 – Indicadores gerais de mortalidade em 2019.

Taxa de mortalidade por sexo	
Masculino	235.797
Feminino	115.887
Taxa de mortalidade por faixa etária – homens	
20 a 29 anos	38.955
30 a 39 anos	42.346
40 a 49 anos	57.306
50 a 59 anos	97.190 (41,21%)
Taxa de mortalidade distribuída por região - homens de 20 a 59 anos	
Norte (N)	19.504
Nordeste (NE)	67.501
Sudeste (SE)	98.396
Sul (S)	32.337
Centro-oeste (CO)	18.059
Taxa de mortalidade por cor ou etnia - homens de 20 a 59 anos	
Branco	87.550
Pardo	118.814 (51,45%)
Preto	23.193
Amarelo	631
Indígena	758

Fonte: Adaptado de ministério da Saúde - DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM/SUS). (2019).

A Tabela 6 apresenta a mortalidade em homens por categoria do CID 10 em 2019, com sua distribuição por faixa etária e região. A mortalidade por causas externas foi a mais recorrente (36,14%), seguida pelas doenças do aparelho circulatório (19,58) e neoplasias (tumores) (13,81). Pacientes entre 20 e 29 apresentam a maior mortalidade por causas externas

(36,33%); óbitos decorrentes de internações por doenças do aparelho circulatório (61,10%) e neoplasias (64,14%) são maiores em pacientes com idade entre 50-59 anos. A Região Nordeste lidera a mortalidades por causas externas (33,61%), seguido muito proximamente pela Região Sudeste (33,27%). Infelizmente, a Região Sudeste lidera a quantidade de óbitos, em todas as demais condições registradas no sistema; a região registrou 48,21 dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e 45,87% daqueles atribuídos a neoplasia.

Tabela 6. Causas de mortalidade em homens por capítulo do CID 10, distribuída por faixa etária e região - 2019

Capítulo CID10	Total	Por faixa etária					Região			
	20-59	20 – 29	30-39	40 – 49	50 -59	N	NE	SE	S	CO
XX. Causas externas	79410	28849	22173	16104	12284	8826	26688	26421	10632	6843
IX. Aparelho circulatório	43034	1553	4127	11062	26292	2649	11243	20746	5286	3110
II. Neoplasias (tumores)	30359	1429	2587	6872	19471	1754	6769	13956	5602	2278
XI. Aparelho digestivo	16593	633	2307	5186	8467	1032	4975	7123	2148	1315
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15167	1766	2804	4220	6377	1356	4017	7548	1519	727
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13727	1607	2937	4051	5132	1413	3645	5722	1979	968
X. Aparelho respiratório	12713	982	1718	3159	6854	840	3045	6416	1568	844
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8745	374	923	2177	5271	714	2523	3562	1241	705

Fonte: Adaptado de ministério da Saúde - DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM/SUS). (2019).

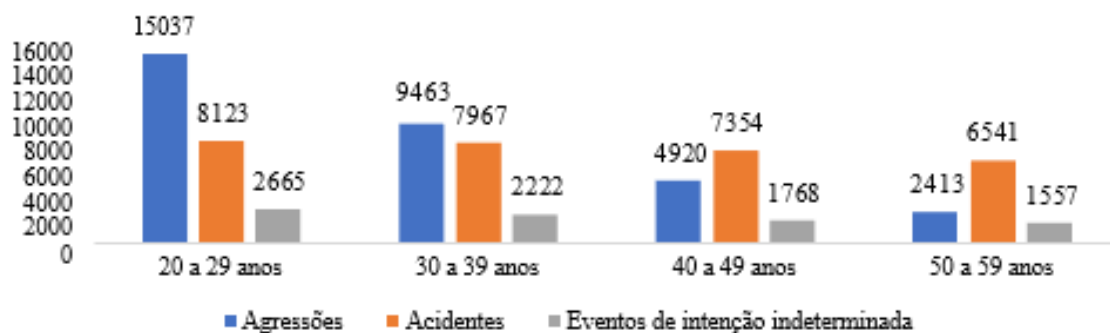


Figura 4- As três principais causas externas responsáveis por óbitos, por faixa etária em 2019.

Como observamos na Figura 4, a principal *causa externa* de óbitos está relacionada a *agressões, por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada* (31.833); a segunda maior causa de morte foram os acidentes de veículo a motor ou não motorizado (29.985); e, a terceira maior causa foram eventos de intenção indeterminada, tais como: envenenamento e intoxicação diversos, enforcamento, afogamento, queda e etc. (9.833).

Na Tabela 7 podemos examinar o número de óbitos por causas externas, distribuída por faixa etária e cor/etnia. A morte por disparo com arma de fogo (ou arma não específica) foi a principal *causa externa* de morte, sendo que 76,96% dos que tiveram óbitos atribuídos a essa categoria tinham idade que variava de 20 a 39 anos; daqueles que declararam cor/etnia, constatamos que 77,99% dos óbitos envolviam pessoas *pretas ou pardas*. De fato, para todas as categorias observadas, pessoas pardas apresentam a maior incidência de mortes.

Tabela 7 – Causas de mortalidade em homens por cap. XX CID 10, distribuição por faixa etária e cor/etnia - 2019 [Legenda: B=Branca; Pr=Preta; Pd=Parda; Am=Amarela; Ind=Indígena]

Capítulo XX CID10	Total	Por faixa etária (anos)					Por cor/etnia				
	20-59	20 – 29	30-39	40 – 49	50 -59	Branco	Preto	Pardo	Amarelo	Indígena	
Agressões	31833	15037	9463	4920	2413	6761	2542	21957	38	113	
Acidentes	29985	8123	7967	7354	6541	10734	1972	16668	59	123	
Eventos de intenção indeterminada	8.212	2665	2222	1768	1557	2399	956	4726	12	21	
Motociclista traumat em um acidente de transpo	8141	3086	2307	1698	1050	2752	435	4816	8	29	
Lesões autoprovocadas intencionalmente	7887	2236	2195	1870	1586	3618	431	3647	11	76	
Ocupante automóvel traumat. acidente transporte	3892	1122	1102	902	766	1893	196	1742	10	7	
Outros acidentes de transporte terrestre	3428	1027	950	808	643	1004	198	2142	5	7	
Quedas	2739	223	497	811	1208	1118	180	1381	8	5	

Fonte: Adaptado de ministério da Saúde - DATASUS. Sistema de Mortalidade (SIM/SUS). (2019).

Discussão

A Saúde e o morrer na população masculina

Os resultados capturados dos Relatórios do IBGE (2019), do Ministério da Saúde (Brasil, 2020) e dos dados brutos obtidos na Base de Dados do DATASUS, parecem confirmar resultados observados em diferentes trabalhos que endereçam a temática da saúde masculina e sua expectativa de vida

Os dados exarados das bases de dados nacionais e aqueles encontrados na literatura, parecem corroborar a necessidade de políticas de intervenção e educação para atenção à saúde primária voltada, especificamente, para a população masculina. Os resultados examinados na Base DATASUS em 2020, parecem indicar que alguns problemas persistem na população, sem que uma efetiva política de cuidado tenha produzido diferenças significativas.

Os indicadores de saúde continuam apontando para uma maior vulnerabilidade nessa população; tomados separadamente, os indicadores de saúde, incluindo maior mortalidade e números de internação hospitalar, parece continuar sendo de maior cuidado para os homens, seja ao comparar os dados com a população feminina, seja na comparação com a população geral (Craig et al., 2008; Courtenay, 2000; Schwarz et al., 2012; Gomes & Nascimento, 2006). As altas taxas de internação hospitalar apontaram também para a permanência de uma tendência já descrita substancialmente na literatura, que é o distanciamento masculino dos serviços de atenção básica, por resistência ou falta de condições para acessarem serviços de prevenção de doenças, direcionando-os para os serviços terciários quando os agravos à saúde já são extensos (Campanucci & Lanza, 2011; Moreira et al. 2014; Silva et al., 2018;).

Quando examinamos as causas de internação e de óbito, em especial para jovens adultos com idade variando de 20 a 39 anos, destaca-se consistentemente os motivos ligados a violência, em diferentes modalidades. Este dado convoca novamente as discussões a respeito das masculinidades e em como predispõe alguns homens a engajarem-se em

comportamentos de risco, para si e para terceiros (Courtenay, 2000; Gomes & Nascimento, 2006; Hickey, 2016; Schwarz et al., 2012).

No exame da população adulta masculina, com idade de 50 aos 59 anos, as internações parecem estar mais relacionadas a diferentes fatores, em decorrência da alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis. Ao longo das décadas, especificamente para essa faixa etária, se observou maior frequência de óbitos por doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

Foi observado que, quando comparados os resultados com participantes mulheres, os homens apresentam piores desempenhos em diversos indicadores de saúde: os homens morrem mais que as mulheres e os homens são os principais agentes em violência cometida contra mulheres, contra crianças, outros homens e contra eles mesmos, sabe-se também que o desemprego compromete o estado bem-estar dos homens e pode ser um fator de risco para o suicídio de homens jovens (Schwarz, et al. 2012; Courtenay, 2000; Gomes & Nascimento, 2006). Embora as taxas de morbimortalidade sejam expressivas na população masculina, a sua presença nos serviços de Atendimento Primário de Saúde (APS) ainda é bem menor que a das mulheres (White & Cash, 2004).

Alguns pesquisadores (Xantos et al., 2010; Shikany et al., 2018) afirmam que as disparidades de saúde entre os homens afro-americanos são surpreendentemente preocupantes em todas as idades quando comparados a outros grupos raciais/étnicos e de gênero nos Estados Unidos da América, apontando que o comportamento social e fatores ambientais inserem minorias, como homens afro-americanos, em desvantagem referente a saúde. Os autores argumentam que esta população frequentemente é exposta a uma série de condições sociais e ambientais aversivas que podem afetar a saúde física e mental, tais como: discriminação racial, dificuldades de acesso a emprego e moradia e acesso mais difícil a serviços de cuidado médico.

Nos Estados Unidos da América, em 2017, observou-se que: 10,6% dos afro-americanos não possuíam seguro de saúde, em contraposição a 5,9% de brancos não hispânicos; a expectativa de vida ao nascer era 71,8 anos, enquanto a de homens brancos chegava a 76,3 anos. Esta minoria masculina apresentou maior prevalência de obesidade no grau grave e também hipertensão, além de relatarem menor ingestão de frutas e vegetais (Murphy et al, 2017; Kanta et al. 2017). Vê-se também que a prevalência e mortalidade de diabetes em homens negros foi quase o dobro do verificado em homens brancos. A prevalência de AVC (acidente vascular cerebral) foi quase 80% maior que em homens brancos, apresentaram também incidência cinco vezes maior de câncer, sobretudo o de próstata (Barnett et al., 2001; Benjamin et al., 2018).

O *Center for American Progress* (CDN) (2020) informa que homens afro-americanos têm maior taxa de mortalidade para todos os cânceres combinados, em comparação com qualquer outro grupo racial e étnico. Ainda ocorreram 11 mortes infantis a cada 1.000 nascidos entre os afro-americanos, quase o dobro da média nacional. A cada 100 mil homens afro-americanos, 11,4% morrem por suicídio. Em 2018 apenas 8,7% de adultos afro-americanos receberam assistência em saúde mental, em contrapartida dos 18,6% de adultos brancos que tiveram acesso ao serviço. No mesmo ano 3,8% dos adultos afro-americanos relataram problemas psicológicos graves e angústia, mas apenas 6,2% receberam prescrição para medicamentos, contra 15,3% de adultos brancos foram receitados.

Concernente à realidade brasileira, estudo conduzido por Batista (2005) apontou dados sobre as diferenças nas taxas de mortalidade por causas externas, entre brancos e negros no estado de São Paulo. De acordo com os resultados os homens negros morrem até duas vezes mais que os brancos, considerando esta causa específica. A faixa etária de 20 aos 24 anos apresenta maior ocorrência, cerca de três vezes mais que em outras faixas de idade (Separavich & Canesqui, 2013).

Homens que residem em contextos rurais, quilombolas e os indígenas costumam sofrer ainda mais com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Medrado et al., 2011). Em 2009, na Austrália, os indígenas apresentaram uma expectativa de vida de quase vinte anos menor que outras etnias no país, cerca de 53% das mortes entre estes indígenas ocorreu em homens com menos de 50 anos, por outro lado 75% dos homens australianos de outras etnias morrem com mais de 65 anos. Este dado ilustra como a situação de saúde se encontra embutida em diversos determinantes sociais (Wilkins & Savoye, 2009).

Outro estudo conduzido por McCabe et al. (2015) examinou barreiras, facilitadores e comportamentos de saúde entre homens indígenas australianos. Participaram cento e cinquenta homens, todos indígenas residindo em regiões rurais. Os resultados mostraram algumas particularidades, tais como: a importância das atividades comunitárias, o papel do homem indígena como líder e modelo responsável pelo grupo, impactos negativos da discriminação e do racismo, importância da parceira e da família, papel central de instalações de saúde instaladas de forma apropriada. Tais dados apontam para a importância de programas em saúde, voltadas para esta população, intervindo na comunidade de forma ampla, e não no âmbito individual.

Uma minoria masculina que também vem sendo frequentemente abordada na literatura de saúde em função de suas especificidades são os homens gays e bissexuais. Os dados existentes sobre a saúde destes homens abordam principalmente tópicos como saúde mental e infecções sexualmente transmissíveis, sobretudo o HIV. Os dados já encontrados revelam que os gays possuem um risco maior de automutilação, ideação suicida, distúrbios alimentares, abuso de substâncias lícitas e ilícitas, uso do tabaco, transtorno do pânico, depressão em níveis variados e pouco uso dos serviços de saúde. A escassez de pesquisas que descrevam de que forma estes homens costumam cuidar de sua saúde, ou mesmo como compreendem a importância disso aumentam o foco nos comportamentos de risco, já

conhecidos (Isaaco et al, 2012).

Corroborando esta tendência, a pesquisa de Boysen et al. (2006) investigando saúde mental em duzentos e noventa e três estudantes universitários, que se identificaram como homens gays, verificou que os transtornos de humor, ansiedade, identidade sexual e de gênero, transtornos alimentares e de personalidade foram os problemas mais frequentes na amostra. Sobre isto, Cochran (2001) assevera que a prevenção, o início do curso e o tratamento de transtornos mentais em homens gays apresenta algumas diferenças acentuadas, em relação a outros grupos sociais. Para este autor o estresse a que estes homens frequentemente são expostos deve-se aos efeitos nocivos do preconceito, violência e exclusão direcionados a eles.

Dados internacionais apontam que homens que fazem sexo com outros homens ainda parecem apresentar alta incidência de infecção pelo vírus do HIV, porém essa prevalência varia muito de acordo com a etnia e o nível sociocultural, pesquisas têm buscado elucidar estas diferenças (Millet et al., 2012). Pesquisa conduzida por Saxton (2020) analisou tendências nos resultados de saúde sexual entre homens que fazem sexo com homens, comparando especificamente por etnia. Participaram da pesquisa 10.525 homens de diferentes etnias. Dentre os principais resultados observou-se que entre os grupos indígenas e outras minorias étnicas houve tendências diferentes das constatadas nos homens europeus, tais como: Os homens asiáticos foram os que mais relataram realizar testes para detecção do HIV ao longo da vida e a relação sexual anal sem preservativos diminuiu no grupo dos homens europeus.

Segundo Cesaro et al. (2018) a reprodução de discursos como “*os homens só busca os serviços de saúde quando há agravamento dos seus sintomas*”, embora expresse um problema real, desconsidera as diferentes masculinidades e os outros marcadores sociais, perpetuando as iniquidades na saúde desta população. Segundo Griffith et al. (2019) a

equidade na saúde dos homens é uma área de pesquisa, prática e política que objetiva abordar e compreender as reais necessidades em saúde dos homens, mas de forma congruente com os papéis de gênero e outros determinantes sociais, não se limitando apenas a descrever a incidência de doenças e enfermidades, mas implicada sobretudo em melhorar a saúde de homens que se encontram marginalizados.

É importante notar que os indicadores do DATASUS, examinados em 2021, mas referentes no ano de 2020, incluíram os resultados referentes a pandemia mundial de COVID-19, incluindo o Brasil, um período marcado pelo fechamento de comércio e interrupção de várias atividades profissionais consideradas não essenciais, com as medidas de isolamento e distanciamento social, o que supõem que tenha modificado os estilos, hábitos e rotinas de vida de muitos homens, sobretudo economicamente ativos.

Embora não tenham sido objeto da presente análise, acreditamos que um exame mais cuidadoso e comparativo, pode nos ajudar a traçar o impacto dessa crise sanitária, nos valores observados. Em especial, considerando que o atendimento em saúde primária foi bastante reduzido para que a rede de saúde dessa conta dos casos de internação relacionado a COVID-19 e suas consequências.

Conclusão

Os resultados discutidos aqui parecem indicar a urgência de discutirmos de forma mais sistêmica e interdisciplinar o cuidado à população masculina, considerando toda a sua complexidade biológica, individual e social. Modelos de intervenção e cuidado baseados numa masculinidade hegemônica, empregado de forma reificante se mostram contraproducentes e insuficientes, pois mascaram grandes disparidades na saúde dos homens. O não reconhecimento destas disparidades impede a adequada compreensão sobre como as diferentes formas de masculinidades relacionam-se com a situação de saúde destes indivíduos. Consequentemente as políticas públicas direcionadas ao manejo desta

problemática também serão ineficazes, contribuindo para a permanência da exclusão, do silenciamento e da inacessibilidade de alguns homens aos espaços de saúde.

Com a perspectiva da equidade uma abordagem interseccional deve ser empregada para abarcar a heterogeneidade das masculinidades, considerando o significado e as consequências de condições sociais como etnia e papel de gênero. Isto em decorrência de que homens, pelo tipo de masculinidade que performam, são excluídos e subordinados. Frequentemente rejeitam sujeitar-se a ideias do modelo hegemônico, sobretudo em razão de que este modelo costuma repercutir um discurso que culpa os próprios homens pela sua saúde e bem-estar precários. Tal discurso culmina numa visão reducionista a respeito dos homens em relação aos seus comportamentos e práticas em saúde (Griffith, 2020; Ford et al., 2019).

Os resultados observados nos indicadores das agências de saúde e na literatura da área parece apontar que algumas questões precisam ser endereçadas para conseguirmos avançar nas mudanças para intervenção e formação que a temática exige, dentre elas: Quais condições sociais e históricas poderiam ser condicionantes da maior vulnerabilidade dos homens à construção de um repertório regular de cuidados com a saúde? Variáveis sociais e de desenvolvimento afetariam a formação de eventos privados produtos da construção social da subjetividade, tais como autoconceitos, autoestima, autoconfiança, autoimagem? Tais comportamentos privados teriam relação funcional na aquisição e manutenção de comportamentos de autocuidado à saúde? Quais condições sociais favoreceriam o desenvolvimento de contextos que aumentam alguns comportamentos de risco, tais como: violência em diferentes formas, consumo de drogas, comportamento sexual? Algumas dessas condições sociais poderiam estabelecer diferentes repertórios que favoreceriam ou dificultariam o acesso aos serviços de saúde, sobretudo no nível primário de atenção? E, finalmente, embora não exclusivamente, como estabelecer contingências que favoreçam

comportamentos que aumentem o autocuidado e práticas promocionais de saúde e preventivas de condições que levam ao adoecer?

Qualidade de vida relacionada a saúde de homens em tratamento para o câncer

Resumo

O câncer ainda se coloca como um problema de saúde pública, seu tratamento ainda figura entre os mais caros, representando um desafio para as políticas públicas de assistência à saúde das populações. No Brasil os diagnósticos de câncer próstata, cólon, reto e pulmão são respectivamente os mais incidentes na população masculina, há evidências de que o câncer acarreta em impactos psicossociais severos nestes homens, reduzindo sua qualidade de vida geral. O objetivo deste trabalho é implementar uma revisão narrativa de literatura internacional, publicada entre os anos 2000 e 2021, reportando como o tratamento oncológico pode impactar na qualidade de vida de homens. Nos principais resultados observou-se que a maioria das publicações utilizam delineamentos descritivos (78,2%), para demonstrar correlações entre a QVS e distintas variáveis examinadas pelas equipes de cuidado. Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata (CaP) foi a população mais abordada na amostra (95,6%). As variáveis psicossociais foram alvo de estudos em 30,4% da amostra examinada e também apresentam evidências de alto impacto na QVRS. O instrumento para avaliação da Q.V mais utilizado na amostra foi o FACT-P, ele é composto por 39 itens que possibilitam a avaliação de cinco domínios: o bem-estar físico, o social/familiar, o emocional, o funcional e preocupações adicionais.

Palavras-chave: Qualidade de vida; câncer; homens

Introdução

O câncer pode ser compreendido enquanto um grande grupo de doenças que pode ter início em qualquer tecido ou órgão do corpo; acontece quando células anormais crescem incontrolavelmente indo além de sua extensão habitual, podendo invadir órgãos adjacentes. Nos dias de hoje o câncer representa a segunda principal causa de morte em todo o mundo, respondendo por 9,6 milhões de mortes, ou uma em cada seis mortes no ano de 2018 (WHO, 2021). O câncer é mundialmente um grande problema de saúde pública e nos Estados Unidos é a principal causa de morte na população (Siegel et al., 2020).

A última estimativa publicada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), projetando os novos casos de câncer para o triênio 2020-2022, aponta que ocorrerão 625 mil novos casos, excluindo os casos do tipo câncer de pele não melanoma. Para a população masculina, o documento projeta que os diagnósticos com maior incidência serão, respectivamente: o de próstata, o de cólon e reto e o de pulmão. Por sua vez, para a população feminina, espera-se

que os tipos de câncer com maior incidência sejam, respectivamente: mama, cólon e reto e o de cólon do útero (Brasil, 2019).

Segundo dados da *International Agency for Research on Cancer (IARC)* (2020), já se conhece uma diversidade de fatores de risco para o surgimento do câncer, muitos deles advindos do estilo de vida, do nível sócio econômico e dos comportamentos do indivíduo; os principais fatores de risco conhecidos são: a obesidade, a exposição aos raios do tipo UV (ultravioleta), agentes infecciosos como a hepatite do tipo C, do tipo B, o HPV, o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo e o stress. Corroborando esta perspectiva, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2020) e com a Organização mundial de Saúde (OMS, 2020), cerca de um terço das mortes em decorrência do câncer são causadas em função dos cinco principais fatores de risco, sendo eles: alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física e uso de álcool e tabaco.

Existem diferentes modalidades de tratamento para controle e remissão do câncer. Os principais tipos são a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia. Já entre os tratamentos mais modernos figuram as terapias com células tronco e a imunoterapia, frequentemente ocorre a utilização de mais de uma forma de intervenção no mesmo caso. Aspectos como o tipo, localização, progressão e o estadiamento da neoplasia, assim como o estado de saúde geral do paciente são avaliados na escolha dos melhores tratamentos, caso a caso (Abbas & Rehman, 2018).

O tratamento oncológico acarreta em efeitos colaterais que podem debilitar fisicamente o paciente. Em relação à quimioterapia os efeitos colaterais físicos mais frequentemente são a cardiotoxicidade, náuseas, vômitos, problemas gastrointestinais como a mucosite oral e gastrointestinal, dor, perda de peso, anorexia, diarreia, alopecia e a supressão do sistema imunológico (Cinausero et al., 2017; Derosa et al., 2020; Nurgali et al., 2018; Zanuso, 2020). Por isso os efeitos colaterais e as sequelas de longo prazo da

quimioterapia anti câncer continuam sendo uma das principais fontes de preocupação para pacientes e médicos (Nurgali et al., 2018).

Para a radioterapia os efeitos adversos mais recorrentes são a mucosite oral, afetando a capacidade do paciente de comer e falar, alteração do paladar, disfagia, xerostomia, hipotireoidismo e perda de memória, especificamente quando zona irradiada é a cabeça e o pescoço (Barazzuol & Coppes, 2020; Dilalia et al., 2020). Quando a zona irradiada se localiza em outra parte do corpo os efeitos colaterais a curto prazo costumam ser o eritema e a descamação da pele, além de fadiga, náusea intensa, perda de apetite, ansiedade e depressão. Os efeitos colaterais a longo prazo (meses ou até mesmo anos) são a toxicidade aguda por radiação, feridas além de danos irreversíveis no tecido como fibrose e necrose, aumento de inflamações no corpo, risco de um segundo câncer e doenças cardiovasculares (Chowdhury & Tamanna, 2020; Barazzuol & Coppes, 2020; Dilalia et al., 2020). Quando a região pélvica é irradiada pode ocorrer ainda toxicidade gastrintestinal, disfunção sexual e problemas com a fertilidade (Dilalia et al., 2020).

Cirurgias oncológicas frequentemente são mutilantes e invasivas, acarretando alteração na imagem corporal, na mobilidade, na sexualidade, na capacidade funcional e na autonomia do paciente, em muitos casos, de forma irreversível. Como exemplos desse processo temos: as cirurgias de mastectomia que são frequentemente relacionadas ao aumento da insatisfação com a aparência física, especialmente entre as mulheres (Prates et al., 2017); a cirurgia de penectomia, parcial e total, usualmente correlacionada a redução da qualidade de vida do homem, perda de confiança, ansiedade, depressão e disfunção erétil (Stecca et al., 2021); e, as cirurgias de amputação de membros que ainda são típicas no tratamento do osteossarcoma de pacientes do sexo masculino usualmente de idade mais avançada e com nível socioeconômico vulneráveis (Evans et al., 2020).

Decorrentes do tratamento oncológico podem ocorrer ainda impactos psicossociais,

como a depressão, a ansiedade, o estresse, o medo, a angústia, perdas sociais e econômicas, incluindo as atividades de laborais, sofrimento emocional grave, interrupções bruscas nas atividades de vida diárias e comprometimentos na saúde física e mental. Infelizmente, os efeitos devastadores que o câncer provoca na saúde mental geralmente recebem menos atenção do que aqueles efeitos que provoca na saúde física (Adler, 2008; Costa et al., 2020; Naylor et al., 2016; Shejila et al., 2017).

Devido às melhorias na assistência médica, como inovações técnicas, novos medicamentos e novos insights sobre a fisiopatologia das doenças, a expectativa de vida média dos pacientes tem aumentado expressivamente, de 20 a 70% de acordo com o tipo de neoplasia e características socioeconômicas do paciente, principalmente em países desenvolvidos nos quais o acesso aos serviços de saúde costuma ser mais eficiente (Cai et al., 2021; Siegel, 2021; Sung et al. 2021). O número de pessoas sobrevivendo ao câncer, em 2002, era aproximadamente 25 milhões, já para 2050 a estimativa é de 50 milhões, de acordo com o *American Institute for Cancer Research* (AIRC) (2018).

No Brasil ainda há uma carência de estudos que avaliem a sobrevida de pacientes com câncer de forma mais rotineira e continuada por longos períodos de tempo, como já ocorre em outros países (Brasil, 2021). De todo modo, alguns estudos pontuais conduzidos em grandes centros nacionais de tratamento oncológico, concluem que variáveis como a prevenção primária e secundária, o estadiamento clínico da neoplasia e a tolerância do paciente aos protocolos são preditores importantes de uma melhor sobrevida no câncer de mama e pulmão, por exemplo (Debiasi et al., 2010; Polato et al., 2013).

O número de pessoas convivendo com a doença, com o tratamento e com os diversos impactos físicos e psicossociais provocados tem felizmente crescido consideravelmente; no entanto, é importante destacar que o aumento na sobrevida destes indivíduos não implica necessariamente no aumento da qualidade de vida (QV) (Cai et al., 2021). A avaliação da

qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pacientes com câncer tem sido investigada em ensaios clínicos; as evidências geradas podem orientar a produção de políticas públicas de saúde, além de também orientar a construção de planos terapêuticos para um melhor tratamento do câncer (Mansano-schlosse & Ceolim, 2012).

Autores defendem que tratamentos mais eficientes e eficazes do câncer, por parte dos profissionais de saúde, deveriam prever no programa de intervenção a integralidade do paciente, não se limitando exclusivamente a uma atuação curativa das células cancerígenas; um processo focado na doença e no tratamento numa perspectiva biomédica e curativista. Este modelo humanizado e integral de assistência pode amenizar os efeitos colaterais e os impactos psicossociais, potencializando a qualidade de vida ao longo de todo o processo e no após a sua conclusão (Freire et al., 2018).

O constructo qualidade de vida (QV) é polissêmico e representado teoricamente por diferentes definições; devido a sua complexidade não existe ainda um modelo que seja de consenso teórico (Pereira et al., 2012). O modelo desse constructo mais difundido é aquele proposto pela OMS. Nesse modelo a QV é concebida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura, no sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994); primordialmente, ser analisada a partir da percepção individual (Gill & Feisntein, 1994).

Uma tendência predominante admite que os constructos de qualidade de vida e de saúde sejam entendidos como fenômenos distintos, entretanto complementares. Tal tendência é identificada por Nicolucci (2014), Romero (2013) e Freire et al. (2018) quando asseveram que a saúde se evidencia como um aspecto determinante nesta vivência, gerando-se então a nomenclatura “qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS)”. Neste modelo a medida de QVRS é estabelecida pela avaliação subjetiva que o próprio sujeito estabelece sobre sua saúde, considerando os impactos, limitações e modificações que a condição de

saúde possa desencadear em toda sua existência.

Nesta perspectiva a qualidade de vida é compreendida como diretamente relacionada à avaliação pessoal e subjetiva que o paciente constrói sobre seu bem-estar e sua saúde, portanto mostra-se como uma percepção individual e não uma entidade objetiva e puramente mensurável. O objetivo de qualquer abordagem terapêutica em saúde deveria, portanto, comprometer-se não somente com a ausência de doença e alívio de sintomas, mas também em melhorar a qualidade de vida; acompanhar a concepção de qualidade de vida de um paciente pode ser determinante para alcançar a eficácia da abordagem terapêutica (Ban et al., 2021; Cai et al., 2021). Na oncologia a QVRS tem sido aceita como um importante preditor para o monitoramento do processo de tratamento do câncer e para o prognóstico ou efeito da reabilitação ao longo dos anos (Ban et al., 2021; Schmidt et al., 2018).

Pesquisas sobre a qualidade de vida no contexto do câncer reportam resultados muito diversos e inconclusos. Tais pesquisas apontam que os tipos de tratamentos indicados, as características bioquímicas do tumor, traços de personalidade, o nível de instrução do paciente, o tipo de configuração familiar, a presença de crenças religiosas, de estratégias de enfrentamento, o relacionamento com a equipe e a ocorrência dos impactos psicossociais são todas variáveis importantes; todas são afetadas e afetarão, em alguma extensão, a qualidade de vida em saúde, de forma diferente em cada caso. Os *domínios* da QVRS que são mais comprometidos em decorrência do câncer também são reportados de forma variada nestas pesquisas, não apresentando resultados consistentes (Barbosa et al., 2017; Ferradilha et al., 2020; Fizazi et al., 2020; Reale & Maio, 2020; Rumovitz, et al., 2020; Salvetti et al., 2020).

As inconsistências observadas na literatura que investiga os efeitos da QVS de pacientes com câncer apresentam um primeiro elemento desafiador para o seu equacionamento: a diversidade metodológica identificada nas investigações implementadas. Por exemplo, a forma como algumas pesquisas são delineadas possibilitam discutir

exclusivamente alterações na qualidade de vida em neoplasias circunscritas à população feminina, tais como o câncer de mama e de colo de útero, ou neoplasias que apresentam alta incidência na população geral, como o câncer de pulmão, cabeça e pescoço (Barbosa, 2017; Boscher et al., 2020; Ferradina et al., 2020; Guarino et al., 2020; King et al., 2020; Reale & Di Maio, 2020; Rumovitz, et al., 2020; Villar et al., 2017). Essa tendência mantém uma lacuna teórica a respeito das particularidades deste processo em homens que enfrentam o câncer, fortalecendo a necessidade de que outros estudos sejam conduzidos, engajados em descrever estas particularidades.

O objetivo do presente trabalho foi implementar uma revisão narrativa de literatura internacional, publicada entre os anos 2000 e 2021, com solidando como o tratamento oncológico pode impactar na qualidade de vida de homens. A construção desta pesquisa ancora-se nas seguintes perguntas de partida: como o tratamento oncológico afeta a qualidade de vida de homens? Quais são os impactos mais recorrentes? Quais são as neoplasias mais investigadas? Qual o instrumento de acompanhamento da QVRS mais utilizado? Qual a frequência destas publicações em revistas de Psicologia? Para responder estes questionamentos foram examinadas as publicações disponíveis nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), a base de dados desenvolvida e mantida pela American Psychological Association - *PsycINFO* e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Método

A revisão narrativa examinou os artigos disponíveis em três bases de dados relevantes na comunidade científica, sobretudo no campo da saúde: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), a base de dados desenvolvida e mantida pela American Psychological Association - *PsycINFO* e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – integrada

por: *LILACS, MEDLINE, MEDCARIB, PAHO-IRIS, WHOLIS*). Os descritores combinados utilizados nos recursos de busca dos periódicos foram “*cancer-and-quality of life-and-men*”. O rastreamento destes descritores ocorreu no título, no resumo e nas palavras-chaves dos artigos.

Os critérios de inclusão adotados foram: admitir apenas estudos publicados entre os anos 2000 a 2021; escritos no idioma inglês ou espanhol; que descrevam ou mensurem alterações em qualquer aspecto da qualidade de vida de indivíduos do sexo masculino, com idade maior que 18 anos, em tratamento para o câncer; os estudos poderiam apresentar delineamento de pesquisa experimental, correlacional ou descritiva. Os critérios de exclusão adotados foram: título e resumo repetidos; tratar-se de estudo teóricos ou de revisão bibliográfica; tratar-se de estudo com amostra feminina ou comparativa (composta por homens e mulheres).

O título e resumo dos artigos identificados durante a busca foram examinados, de forma independente, por dois juízes, ambos com formação em Psicologia, um deles com experiência de pesquisa por mais de três anos em psicologia da saúde e o outro com experiência de pesquisa por mais de três anos em psico-oncologia. Esses pesquisadores, de forma independente, examinaram o material coletado considerando os critérios de inclusão e exclusão. No caso de divergência entre eles, um terceiro juiz, com formação em psicologia, e mais de três anos de experiência com pesquisa e com atuação prática em psicologia da saúde, foi convidado para deliberar a respeito das divergências e definir a inclusão ou exclusão dos artigos implicados.

Títulos e resumos foram organizados numa tabela de tal forma que os critérios de inclusão e exclusão foram registrados por cada avaliador. Após a conclusão da tarefa, os avaliadores compararam o grau de concordância na atribuição de inclusão ou exclusão dos trabalhos analisados. A Figura 5 apresenta um fluxograma com os principais resultados

observados nas diferentes fases de busca implementadas. Na primeira busca implementada com os descritores foram encontrados 109 artigos não repetidos nas bases científicas investigadas. Podemos observar que onze (11) referências foram excluídas por serem estudos teóricos ou de revisão; setenta e cinco (75) referências foram excluídas por incluírem em sua amostra participantes do sexo feminino, seja isoladamente, seja com outros participantes do sexo masculino. Tanto na aplicação do primeiro critério de exclusão, quanto no segundo houve 100% de concordância entre os juízes convidados. Dessa forma não houve a necessidade de inserir a avaliação do terceiro juiz. Ao final do processo foram selecionados 23 artigos que incluíram todos dos critérios inicialmente desenhados.

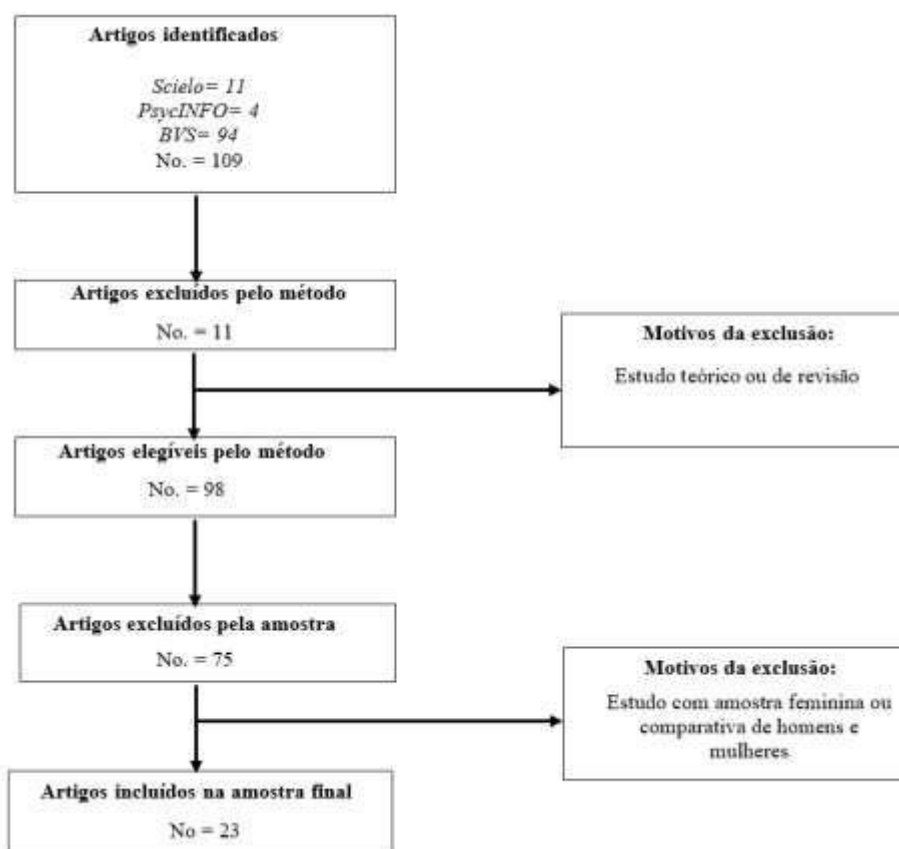


Figura 5. Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão.

Resultados e Discussão

A Tabela 8 apresenta uma primeira organização da literatura selecionada considerando os autores do trabalho, ano e periódico de publicação. Podemos ainda identificar os tipos de delineamentos utilizados nos diferentes estudos e o tipo de câncer que diagnosticado nas diversas investigações. Podemos examinar que os artigos tiveram uma publicação de aproximadamente um (1) artigo por ano, se mantendo baixa, porém constante ao longo dos últimos 20 anos; treze artigos (56,5%) foram publicados na primeira década do levantamento (2000 a 2010) e nove deles (43,8%) na última década (2011 a 2021). As pesquisas foram publicadas em periódicos dedicados a diferentes temas, com uma variedade de área e temas. Essa pluralidade de fontes, com políticas editoriais tão distintas, pode estar relacionada ao caráter interdisciplinar que o tema de qualidade de vida impõe pela própria natureza do seu constructo (Gill et al., 1994).

Vemos na mesma Tabela 8, que a maioria das publicações utilizam delineamentos descritivos (78,2%), para demonstrar correlações entre a QVS e distintas variáveis examinadas pelas equipes de cuidado. Desta forma, os estudos examinados não confirmam a afirmação feita por Mansano-schlosse e Ceolim (2012) de que a QVRS em pacientes com câncer é corriqueiramente investigada em ensaios clínicos randomizados. É possível que para a investigação com a população exclusivamente do sexo masculino, os estudos tenham algumas limitações para atender as exigências de um estudo clínico randomizado, exigindo que estudos descritivos sejam implementados para responder algumas questões relativas a como a QSV está relacionada a diferentes dimensões dos comportamentos, afetos e cognições humanas (Nassaji, 2015; Creswell, 2015). O campo temático da saúde do homem tem crescido significativamente nas últimas décadas, entretanto fundamentar este campo em uma base mais sólida de evidências científicas ainda é um desafio a ser alcançado, pois o

tema foi historicamente negligenciado por instituições de pesquisa e de atenção à saúde, o que acarretou em uma histórica lacuna na produção de modelos teóricos consistentes com as necessidades destes homens (Baker, 2018; Smith & Robertson, 2008). Acredita-se que esta situação possa desencorajar a construção de um volume maior de pesquisas delineadas como ensaio clínico randomizado, justificando a aparente preocupação de muitos pesquisadores em priorizar o desenvolvimento de pesquisas que descrevam e mensurem variáveis na amostra.

Ainda na Tabela 8, observamos que Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata (CaP) foi a população mais endereçada na amostra (95,6%). Esse evidente interesse pode estar espelhando as demandas por tratamento. De acordo com dados do *Global Cancer Statistic* (Globocan, 2020) essa neoplasia é o segundo diagnóstico mundial mais incidente em homens (14,1%), estando atrás somente do câncer de pulmão (14,3%) (Sung et al., 2021). O relatório do observatório do câncer da OMS divulgou que, em 2020, o câncer de próstata foi o maior responsável por casos registrados de neoplasias na população masculina brasileira (32,4%), em todas as idades (WHO, 2021). No mesmo relatório, encontramos que os cinco tipos de câncer mais frequentes na população masculina (excluído o câncer de pele) foram: 1) Próstata; 2) Cólon e reto; 3) Pulmão; 4) Estômago; e, 5) Bexiga. É interessante notar que os estudos examinados endereçam tipos de neoplasias de alta prevalência na população. Do mesmo modo, nos Estados Unidos da América, com exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais comum nos homens norte-americanos e também é a principal causa de morte entre homens de todas as raças e populações e origem hispânica (Siegel et al., 2020; CDC, 2021).

Tabela 8 – Caracterização geral dos trabalhos selecionados.

Ident.	Autores	Ano de publicação	Periódico	Delineamento	Tipo de câncer
11 (1)	Clarck, J.A. et al.	2001	Clinical Oncology	Descritivo	Próstata
20 (2)	Lepore, S.J. et al.	2003	Health Psychology	Ensaio clínico randomizado	Próstata
10 (3)	Lev, E.L. et al.	2004	Health and Quality of Life Outcomes	Descritivo	Próstata
19 (4)	Zenkins, R. et al.	2004	Sex Marital	Descritivo	Próstata
18 (5)	Brar, R. et al.	2005	Urology	Descritivo	Próstata
17 (6)	Rogers, J.K. et al.	2006	Andrology Files	Descritivo	Próstata
15 (7)	Newton, F. et al.	2007	Urology	Descritivo	Próstata
16 (8)	Penedo, F. J. et al.	2007	Behavioral Medicine	Ensaio clínico randomizado	Próstata
8 (9)	Karakiewicz, Z. et al.	2008	Sexual Medicine	Descritivo	Próstata
14 (10)	Wakatsuki, M. et al.	2008	Radiat. Oncol. Biol. Phys.	Descritivo	Próstata
7(11)	Lev, E.L. et al.	2009	Support Care Cancer	Descritivo	Próstata
5 (12)	Huang, G.J et al.	2010	Urology	Descritivo	Próstata
12 (13)	Zhous, E.S. et al.	2010	Psychosomatics	Descritivo	Próstata
13 (14)	Nanick, S. et al.	2010	Cancer Clinical Oncology	Descritivo	Próstata
4 (15)	Denham, J.W. et al.	2012	Lancet	Ensaio clínico randomizado	Próstata
21 (16)	Segrin, C. et al.	2012	Health Psychology	Descritivo	Próstata
3 (17)	Lee, T.K., et al.	2013	Sexual Medicine	Descritivo	Próstata
9 (18)	Salami, S.S. et al.	2016	Advances in Radiation Oncology	Descritivo	Próstata
23(19)	Kimura, C.A et al.	2017	Coloproctology	Descritivo	Intestino
22 (20)	Silva, T.D et al.	2018	Physics Education	Descritivo	Próstata
1 (21)	Cavka, L. et al.	2021	Nutrition and Cancer	Descritivo	Próstata
2(22)	Mauro, G.P. et al.	2021	Sexual Medicine	Ensaio clínico randomizado	Reto
6(23)	Baguley, J.B. et al.	2021	Clinical Nutrition	Ensaio clínico randomizado	Próstata

Desta forma percebe-se a adoção de um critério essencialmente epidemiológico na

seleção do tipo de neoplasia verificado nos estudos. Entretanto, o predomínio deste recorte epidemiológico pode ser problemático em pelo menos dois aspectos. O primeiro diz respeito a inobservância de como diversos outros tipos de neoplasias podem também impactar severamente na qualidade de vida desta população, gerando o aprofundamento do conhecimento científico somente a respeito dos impactos produzidos no contexto específico de um tipo de câncer. O segundo se refere à adoção do próprio critério estatístico/numérico, validando a relevância desta neoplasia, o que pode apontar para uma contribuição destes estudos, não com o fortalecimento teórico sobre a qualidade de vida e saúde do homem na oncologia, mas com a produção de mais conhecimento sobre o próprio câncer de próstata.

Os estudos foram examinados para identificar aspectos específicos do delineamento, dentre eles: o instrumento mais utilizado para o acompanhamento da qualidade de vida; a natureza da variável considerada como preditora da alteração de QVRS, biológica (medicamentos e intervenções biomédicas usuais na oncologia, estado nutricional) ou psicossocial (estados emocionais, intervenções psicossociais, cognição e rede de suporte sociofamiliar); concepção de masculinidade assumida no estudo através da composição das amostras (hegemônica ou não hegemônica). A Tabela 9 sumariza os resultados sistematizados a partir dessa classificação. O instrumento FACT-P (*Functional Assessment of Cancer Therapy-General*), desenvolvido por Cella et al. (1993), contém estudos de validade e de confiabilidade psicométrica reconhecidos em vários países e vêm sendo tradicionalmente utilizado para medir a QVRS em pacientes com CaP, representando uma subescala de outro instrumento generalista de aferição da QVRS, o FACT-G (Webster et al., 2003). A pesquisa conduzida por Held (1985), para avaliar a versão brasileira do referido questionário, concluiu que ele apresentou evidências de confiabilidade e validade para uso em homens portadores de câncer de próstata não metastático, falantes da língua portuguesa.

O FACT-P é composto por 39 itens que possibilitam a avaliação de cinco domínios:

o bem-estar físico, o social/familiar, o emocional, o funcional e preocupações adicionais (itens referentes ao CaP e ao seu tratamento). O paciente responde a cada item avaliando-o numa escala de 5 pontos (de 0-4), de forma que a pontuação geral do instrumento pode variar entre 0 e 156, faz-se necessário também verificar a pontuação específica em cada uma das cinco subescalas a fim de se conhecer as alterações existentes nos diferentes domínios avaliados pelo instrumento (Stone et al., 2008).

As variáveis psicossociais, conforme destacado na Tabela 9, foram alvo de estudos em 30,4% da amostra examinada e também apresentam evidências de alto impacto na QVRS (Lepore et al., 2003; Newton, 2007; Peneto et al., 2007; Segrin et al., 2012; Zhou et al., 2010). Este dado aponta para a importância de que tais variáveis também sejam frequentemente investigadas, sem prejuízos das demais.

O estudo de Karakiewicz et al. (2008) objetivou avaliar o efeito de comorbidades e do nível socioeconômico (Ses) na função sexual urinária, bem como na QVRS geral, em homens tratados com prostatectomia radical para CaP. Na amostra de 2.415 participantes, observou-se a presença de comorbidades foi associada a uma QVRS pior, enquanto indicadores melhores de Ses, à melhores escores.

Apenas três artigos (13,04%) reportaram amostras compostas por homens que não correspondem ao modelo hegemônico de masculinidade, em um deles as alterações na QVRS foram verificadas em homens negros, nos outros dois em homens que fazem sexo com outros homens, essa predominância amostral do modelo de masculinidade hegemônica carece de discussão. A masculinidade hegemônica refere-se ao homem de classe média e média alta, heterossexual, cristão, cis gênero, e de etnia branca, reiterando a heteronormatividade em última análise. Por sua vez, as masculinidades “*marginalizadas*” são aquelas assumidas por homens gays, muitas vezes oprimida pela hegemonia do modelo heteronormativo. Já as masculinidades “*subordinadas*” capturam os homens de origem não

branca e advindos de classes sociais menos favorecidas (Connell, 2005/2009; Gough, 2016).

Tabela 9. Frequência e porcentagem dos instrumentos de QV utilizados nos estudos, das variáveis preditoras examinadas e da concepção de masculinidade implícita na descrição da amostra.

Instrumentos utilizados	Freq (n)	%
FACT-P	9	39,1
MSHQ	1	04,4
EPIC	1	04,4
EORTC QLQ-C30	3	13,0
SF-36	6	26,1
Grupos focais	1	04,4
UCLA-PCI-SF	1	04,4
WHOQOL-BREF	1	04,4
Natureza da variável preditora		
Biológica	14	65,2
Psicossocial	7	30,4
Ambas	1	04,4
Concepção de masculinidade adotada na amostra		
Hegemônica	20	87,0
Não hegemônica	3	13,0

FACT-P (Functional Assessment of Cancer Therapy); MSHQ (Male Sexual Health Questionnaire); EPIC (Expanded Prostate Cancer Index); EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire); SF-36 (Short Form-36); UCLA-PCI-SF (Prostate Cancer Index Short Form); WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Group abbreviated)

Sobre a adoção em tais modelos de masculinidade, destaca-se as mudanças paradigmáticas que a área de conhecimento sobre a saúde do homem vem atravessando. Tais mudanças paradigmáticas defendem a necessidade de que pesquisadores admitam a existência de múltiplas masculinidades, ampliando essa concepção para além do modelo hegemônico. Para esta ampliação é necessário considerar a existência de outros marcadores sociais, que podem modificar radicalmente as possibilidades de que um sujeito dispõe para performar um tipo de masculinidade, isto implica também em alterações na maneira como compreenderá o mundo, lidará com seu corpo, com seus afetos, sua sexualidade, com a sua saúde e com os serviços assistências. Tais marcadores sociais são recorrentemente apontados como os negros, os indígenas, os gays, os bissexuais, os transsexuais e os homens oriundos

de classes sociais menos favorecidas (Drummond, 2016; Hammack et al., 2018; Issaco et al., 2012; Separavich & Canesqui, 2013; Smith & Drummond, 2019).

Neste sentido a equidade na saúde dos homens é uma área de pesquisa, prática e política que objetiva abordar e compreender as reais necessidades em saúde dos homens, mas de forma congruente com os papéis de gênero e outros determinantes sociais, não se limitando apenas a descrever a incidência de doenças e enfermidades, mas implicada sobretudo em melhorar a saúde de homens que se encontram marginalizados, ou seja, que se identificam com masculinidades não hegemônicas. A concretização da equidade na saúde do homem supõe a compreensão de que masculinidades não hegemônicas apresentam vulnerabilidades e necessidades em saúde específicas (Griffith et al., 2019a; 2019b).

Como exemplo disto, pesquisas anteriores sustentam que pacientes sobreviventes de câncer oriundos de grupos raciais minoritários e aqueles com escolaridade e nível socioeconômico mais baixo relatam piores percepções de QVRS durante o tratamento e maior dificuldade em recuperá-la após o encerramento (Ashing-Giwa et al., 2007; Bowen et al., 2007; Zeltzer et al., 2008). O conhecimento que vem sendo acumulado mostra-se unilateral, apresentando informações pobres e insuficientes para lidarmos com a diversidade dos modelos de masculinidades, assim como os reais impactos que esta pluralidade pode acarretar na QVRS no contexto do tratamento/enfrentamento do câncer. Análises, descritas na Tabela 10, identificaram o número de pacientes em cada estudo, a variável preditora, o principal resultado e a principal conclusão.

Examinando os resultados da Tabela 10, podemos observar que os artigos que investigaram alterações da QVRS utilizando como variáveis preditoras as de natureza biológica, os resultados reportam à ocorrência de prejuízos com 100% destes estudos, em diferentes esferas da qualidade de vida destes homens. Este resultado corrobora a tendência científica bastante robusta (Fizazi et al., 2020; Reale & Maio, 2020; Salvetti et al., 2020) de

estabelecer o câncer e o tratamento oncológico como eventos de vida deletérios e preditores de uma redução da QVRS. Por esta razão ressalta-se a relevância que os estudos sobre este tema concentram, tornando-os indispensáveis na oncologia (Mansano-schlosse & Ceolim, 2012), afinal através deles pode-se monitorar as relações funcionais do processo de tratamento do câncer e o prognóstico ou efeito da reabilitação ao longo dos anos, sobre o repertório geral de saúde de pacientes e familiares (Ban et al., 2021; Schmidt, Wiskemann et al., 2018), ou seja, as implicações do tratamento de forma biopsicossocial.

Tabela 10. Número de participantes em cada estudo, a principal variável preditora de QV e um sumário dos principais resultado e conclusões.

Id.	Amostra (Paci.)	Variável preditora	Principal resultado	Principal Conclusão
1	70	O grau de interdependência diática	A função da próstata foi associada a QVRS psicológica e a de seus parceiros	A QV destes pacientes é afetada substancialmente pela QV de seus parceiros, consistente com a teoria do contágio emocional
2	85	Atividade física	A maioria indicou ser insuficientemente ativa. Houve correlação significativa entre atividade física e qualidade de vida	Os participantes eram insuficientemente ativos. O grupo mais ativo apresentou melhor função física, emocional e menor presença de sintomas somáticos
3	224	Prostatectomia radioterapia	As médias de QVRS obtidas revelam medidas de bem-estar geral com grande vantagem em homens com prostatectomia radical	OS homens tratados cirurgicamente apresentaram um nível mais baixo de função sexual do que os homens tratados com radioterapia
4	216	O humor	Os níveis de afeto positivo e negativo não diferiram com o tipo de tratamento, os participantes também exibiram níveis de QVRS semelhantes.	O humor não variou significativamente com o tipo de tratamento
5	175	O apoio social e a percepção do stress	Níveis mais altos de apoio social foram preditores de níveis mais altos de QVRS	Aumentar ou manter o apoio social e reduzir o stress podem ser alvos potenciais em futuras intervenções psicossociais destinadas a melhorar a qualidade de vida
6	56	Estoma por câncer de intestino	Houve diferenças estatisticamente significantes nos escores dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, bem como na qualidade de vida geral	A sexualidade deve ser considerada como um processo do cotidiano da pessoa ostomizada
7	201	Arrependimento das decisões tomadas no tratamento (castração química e castração	Os relatos de arrependimento foram mais frequentes em homens que optaram pela castração cirúrgica. Homens arrependidos indicaram pontuações mais baixas em todas as medidas de	O arrependimento mostrou-se uma vivência substancialmente associada a alterações na QVRS. Pode ser oriunda de sofrimento psicossociais e de comunicação

		cirúrgica)	qualidade de vida	problemática com médicos no período da tomada de decisão
8	3602	Radioterapia modulada	Conforme a incontinência urinária foi melhorando, as pontuações em QVRS também melhoraram muito em homens com pontuações moderadas e graves ao final do estudo	Mais estudos com uma população significativa e com corte longitudinal são necessários
9	184	Prostatectomia radioterapia	Indivíduos com maiores pontuações de Gleason basais experimentaram mudanças mais negativas na QVRS. Homens com escolaridade maior que o ensino médio também	O trabalho fornece novos insights a respeito da QVRS ao longo do tempo
10	15	Cirurgia e radioterapia	Piores indicadores de QVRS e satisfação sexual foram verificadas no grupo submetido a cirurgia, inclusive pós-tratamento.	Estudos com população maiores são necessários para verificar a consistência destes dados
11	141	Estado nutricional	O estado nutricional foi um preditor negativo significativo de QVRS	O manejo da desnutrição nesses pacientes pode contribuir com melhores percepções de QVRS
12	319	Prostatectomia Radical ou radioterapia por feixe externo	Pacientes submetidos a prostatectomia radical apresentaram pontuações melhores no instrumento, que os submetidos à radioterapia por feixe externo.	Ambos os tratamentos são agressivos e podem oferecer resultados funcionais, do ponto de vista da QVRS
13	150	Radioterapia com íon carbono	Parâmetros médios de QV relatados por pacientes com câncer de próstata localizado tratados com RT de íon C, na ausência de terapia hormonal, não apresentou diminuição significativa 12 meses após a RT de íon C.	Este foi o primeiro estudo prospectivo de QV em pacientes com câncer de próstata localizado recebendo RT de íon de carbono
14	63	Preditores físicos e psicossociais	O número de relações significativas entre variáveis psicossociais e QV excedeu o número de relações entre sintomas e QV, sugerindo que fatores psicossociais se associam fortemente com os relatos de QV	Os resultados podem fornecer a pacientes e familiares informações para a compreensão de como a QVRS altera-se no contexto do câncer de próstata.
15	159	Tratamento de	Preditores significativos de QV em 6 meses	Os fatores psicológicos que predizem a

		radioterapia e prostatectomia para o câncer de próstata	incluíram sintomas urinários, intestinais e sexuais, ansiedade, depressão, enfrentamento focado no problema e autoeficácia fisiológica. Preditores significativos de QV em 12 meses foram sintomas urinários e intestinais, estresse, depressão, enfrentamento focado no problema e autoeficácia fisiológica. Variáveis demográficas, raça e condição de vida foram preditores significativos de qualidade de vida em 12 meses. Sintomas fisiológicos e sintomas psicológicos foram ambos preditores significativos de QV.	qualidade de vida neste estudo têm potencial de intervenção e apontam para a próxima etapa da pesquisa
16	4546	Comorbidades e nível socio econômico	As repostas dos participantes atestam que tanto a presença de comorbidades quando o nível socioeconômico se relaciona com a QVRS. Porém esta ultima variável relaciona-se a uma QVRS muito pior	As comorbidades e a questão socioeconômica estão fortemente associadas a QVRS
17	23	Padrão alimentar de estilo mediterrâneo	A dieta de estilo mediterrâneo melhorou a percepção de QV em 12 semanas e de fadiga relacionada ao câncer em oito semanas	A dieta mediterrânea é segura e viável e tem potencial para melhorar a fadiga relacionada ao câncer e a QVRS em homens com sobrepeso
18	1269	Tratamento primário para câncer de próstata	A idade, o tempo de tratamento e o tipo de tratamento afetaram a QVRS.	Não apresentou
19	1071	Leuprorelina e radioterapia com ou sem ácido zoledrônico (TROG 03.04 RADAR)	Ao final da radioterapia mudanças prejudiciais significativas na medida de QV ocorrem em todos os grupos	O uso de ácido zoledrônico a cada 3 meses ao longo de 18 meses não resulta em alterações prejudiciais adicionais, mas o uso de um reforço de braquiterapia para atingir o aumento da dose de radiação na próstata pode afetar adversamente a função emocional e problemas financeiros.
20	19	Quimioterapia para o câncer anal	Piores índices de qualidade de vida observados durante todo o tratamento e um aumento para o	O câncer anal e seu tratamento são fatores de risco para a qualidade de vida destes

			valor máximo três meses após o término	pacientes
21	71	Gerenciamento cognitivo comportamental de estresse	A amostra que participou dos 10 encontros de aprendizagem de gerenciamento apresentou bem-estar emocional, geral e funcionamento sexual significativamente maior que o grupo controle	Os resultados sugerem que participar da referida intervenção melhorou a qualidade de vida de homens tratados para câncer de próstata localizado
22	250	Psico-educação em grupo, acrescida de discussão em grupo	Homens que realizam a Psico-educação, acrescida da discussão em grupo, apresentaram após um ano melhores indicadores de empregabilidade e de QVRS que o grupo controle.	As intervenções de educação em grupo relativamente breves foram sucesso em melhorar a QV em homens tratados para câncer de próstata localizado. Os benefícios das intervenções em grupo incluíram maior conhecimento sobre câncer de próstata, adoção de comportamentos saudáveis, melhorias no funcionamento físico geral, maior estabilidade no emprego e menos incômodo por disfunção sexual. No entanto, o estudo fez têm algumas limitações, incluindo efeitos principais relativamente pequenos sobre resultados críticos. Pesquisas futuras devem se concentrar em melhorar intervenções em grupo para melhorar a QV específica da doença, particularmente funcionamento sexual e urinário.
23	1230	Prostatectomia radioterapia	Os homens afro-americanos relatam mais problemas com o desejo sexual. Também se mostraram mais propensos a optar pela radioterapia, pois o desejo de manter o funcionamento sexual foi presente	Os homens afro-americanos apresentaram mais risco de sofrimento quando o tratamento causa disfunção sexual

Considerando os artigos que elegeram variáveis biológicas como preditoras, tem-se que as linhas de tratamento biomédicas com radioterapia e prostatectomia foram as mais recorrentes. A gama de opções interventivas para o CaP é bastante diversa. As opções curativas podem incluir quimioterapia, braquiterapia, hormonioterapia, radioterapia e prostatectomia, sendo estas duas últimas as mais usuais. Geralmente há a combinação de diferentes linhas de intervenção (Parker, et al. 2020). Nestes estudos observou-se que os principais impactos físicos observados foram a redução da satisfação sexual e o comprometimento da função urinária, observou-se também que quanto mais severos e duradouros são os referidos efeitos, maior a redução na QVR. Destaca-se também que tratamentos mais invasivos como as cirurgias, também revelaram causar maiores impactos sobre a QVRS a longo prazo, tendência já descrita em estudos anteriores (Ashing-Giwa et al., 2007; Zeltzer et al., 2008).

Os artigos que optaram por eleger as variáveis psicossociais como preditoras, tais como o grau de interdependência emocional do casal, a vivência de arrependimento por decisões tomadas e o apoio social, reportam que as relações entre tais variáveis e as alterações na QVRS foram na maioria das vezes significativas. Neles a disponibilidade e o uso de forma eficiente dos recursos psicossociais foi associado com melhores percepções de qualidade de vida. Sobre essa relação pesquisas anteriores reportam dados muito semelhantes, concluindo que a disponibilidade ambiental e uso eficiente destes aspectos psicossociais também foram preditores de: melhores indicadores de QVRS, maior adesão a tratamentos médicos diversos, percepção mais positiva do futuro e da própria capacidade de enfrentamento à doença. Além disso, fortalecem a perspectiva de que programas e serviços de saúde reconheçam essa relação, ofertando atendimento multiprofissional a seus pacientes (Moreira et al. 2013; Maureci & di Marco, 2014; Ferreira et al. 2020; Lardone et al. 2020; Nazar & Kamran, 2021).

Ainda a respeito disto é importante destacar que tanto o construto de qualidade de vida,

quanto seus condicionantes ultrapassam o nível da saúde física e da funcionalidade do paciente, dizem respeito também as dimensões: emocional, psicológica espiritual e social (Swiaczny, 2015). A satisfação com a vida tende a ser maior entre as pessoas que estão com boas condições físicas, interações sociais produtivas e saúde mental percebida como equilibrada (Veenhoven, 2015).

A pesquisa conduzida por Lev et al. (2004) apresentou um estudo considerando tanto variáveis biológicas quanto psicossociais como preditoras. O principal resultado reporta que o número de relações significativas entre variáveis psicossociais e QVRS excedeu o número de relações entre sintomas físicos e QVRS, sugerindo que fatores psicossociais se associam fortemente com a percepção de QVRS em homens tratados para o Cap, com radioterapia ou braquiterapia. A respeito disto a QVRS é um processo multidimensional, incluindo novos aspectos relacionados ao bem-estar do paciente, particularmente suas percepções subjetivas, então para efetivamente melhorar a QVRS dos pacientes deve-se considerar tal complexidade e não somente alterações físicas ou aspectos objetivos oriundos da terapêutica oncológica (Cai et al., 2021).

Conclusões

O presente trabalho teve como objetivo principal conduzir uma revisão bibliográfica internacional a respeito da qualidade de vida de homens em tratamento de câncer. Os principais dados verificados referem a inexpressiva quantidade de publicações em revistas de Psicologia, a utilização de um critério epidemiológico que enfatiza trabalhos circunscritos ao câncer de próstata, o FACT-P como o instrumento de verificação mais adotado, a adesão de um modelo de masculinidade hegemônica na composição da amostra e uma grande variedade de alterações na QVRS, entretanto a escolha da variável preditora foi preponderantemente de caráter biológica, referente aos diferentes tratamentos

oncológicos.

Desta forma conclui-se sinalizando uma certa discrepância entre os aspectos que o constructo de QVRS vem assumindo como fundamentais e as tendências observadas na amostra, pois o referido conceito se apresenta como fortemente subjetivo, determinado por percepções pessoais e avaliações psicossociais, sendo necessário também reconhecer estes níveis em pesquisas e intervenções para melhorá-la, o que não foi observado na maioria das pesquisas localizadas. Tais pesquisas priorizaram no seu delineamento metodológico a mensuração, a discrição e a avaliação de variáveis biomédicas e funcionais, tanto na escolha da variável preditora quanto na abordagem do principal desfecho observado na QVRS destes homens.

Qualidade de vida, saúde e o autocuidado em homens com câncer

O presente capítulo apresenta uma descrição geral de resultados obtidos através da coleta de dados em instituição de tratamento oncológico, à luz das questões apresentadas pela literatura que investiga qualidade de vida e saúde em homens com câncer.

A investigação teve como objetivo geral avaliar indicadores da qualidade de vida, a saúde global e o autocuidado em homens com câncer, em uma instituição localizada numa cidade do nordeste do País.

As informações descritivas e os instrumentos utilizados tiveram como objetivos específicos de análise:

- Descrever os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente da qualidade de vida da amostra;
- Verificar indicadores de saúde global;
- Investigar o nível de satisfação sexual que referem;
- Verificar se há correlação entre as variáveis: qualidade de vida, saúde global e percepção de satisfação sexual.

Método

Delineamento metodológico

Esta pesquisa tem um delineamento de corte transversal e caracteriza-se quanto ao seu objetivo como uma pesquisa descritiva e correlacional. Para a coleta de dados foi utilizada a pesquisa de campo e para a análise dos dados será adotada abordagem quantitativa.

De acordo com Gil (2010) a pesquisa descritiva é aquela que descreve as

características de um fenômeno em determinadas populações. Uma de suas particularidades está na utilização de técnicas próprias para a coleta de dados, tais como os questionários e a observação sistemática. Sobre as pesquisas correlacionais, para Dancey, Reidy & Rowe (2017) são aquelas em que ocorre a mensuração dos níveis em que variáveis se expressam em uma população e se tais variáveis podem estar relacionadas a outras variáveis de interesse, observando-as e mensurando-as.

Para a coleta de dados foi proposta a pesquisa de campo, pois considerou-se que apenas através da observação, da mensuração e do contato direto do pesquisador com a realidade vivenciada por estes homens, seria possível produzir conhecimento concernente aos objetivos deste estudo. Já para a análise dos dados, foi adotada a abordagem quantitativa.

Local da pesquisa

A coleta dos dados ocorreu no setor público do Instituto do Câncer do Ceará (ICC), localizado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará. Este hospital é referência nas regiões Norte e Nordeste. Atua na realização do diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes oncológicos, bem como de intervenções e programas sociais com vistas a promover a saúde e prevenir o câncer na população. A referida instituição se classifica enquanto um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), revestindo-se de importância política e social estratégica no tocante a prevenção, ao controle e ao tratamento do câncer, em seus vários tipos.

Amostra

Referente à amostra, empregou-se a amostragem não probabilística. De acordo com Pagano e Kimberlle (2003) neste tipo de amostragem cada elemento da população possui uma conhecida e igual probabilidade de escolha para inclusão na amostra, reduzindo os

vieses amostrais.

Para descrever as variáveis de interesse deste estudo na população usou-se o seguinte cálculo do tamanho da amostra = $[z^2 * p(1-p)] / e^2$ (z = escore z ; e = margem de erro; p = desvio padrão). Estabelecido o erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, seria necessário estudar uma amostra de no mínimo 81 participantes. A amostra final foi composta por 87 participantes, portanto, estatisticamente significativa, podendo representar com precisão a população investigada.

Quando se considera que indivíduos em tratamento oncológico costumam vivenciar efeitos colaterais decorrentes das diferentes intervenções biomédicas, severos e debilitantes, que podem impedir a participação nessa pesquisa, a amostragem não probabilista por conveniência mostra-se como adequada.

Para o início da coleta de dados, o pesquisador realizou junto à equipe de psicologia do hospital, a identificação de possíveis participantes que estivessem aderentes aos critérios de inclusão e não inclusão. Após a equipe sugerir alguns participantes, o pesquisador deu início à construção de vínculo de confiança através do *rapport*. Nesta ocasião, o pesquisador apresentou-se, realizando um acolhimento em saúde (escuta empática sobre as necessidades, dificuldades e sobre a realidade do paciente naquele momento).

Essa abordagem aos participantes ocorreu quando estavam na sala de espera para realizar consultas de acompanhamento, com o oncologista clínico (antes ou após a realização da consulta), nos leitos das enfermarias masculinas durante a realização dos diferentes tratamentos e também na casa de apoio ao paciente, mantida pelo hospital.

A casa de apoio ao paciente oncológico é uma residência mantida pelo referido hospital. Nesta residência permanecem os pacientes e seus acompanhantes, oriundos de cidades do interior do estado do Ceará e que não possuem recursos financeiros próprios para custear suas despesas em Fortaleza, quando precisam deslocar-se até o hospital para realizar

consultas ou outras intervenções oncológicas. Na casa de apoio recebem alimentação, hospedagem pelo tempo que necessitam até poder retornar novamente para a cidade de origem.

Após o estabelecimento do *rapport*, o pesquisador principal os convidou formalmente para a participação na pesquisa. Neste momento, apresentou com linguagem acessível, os objetivos da pesquisa, os instrumentos, os riscos, benefícios e os direitos que assistem ao participante. Nos casos em que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma via deste documento contendo também a assinatura do pesquisador principal. Só então a coleta propriamente dita foi iniciada. A duração total da coleta foi de cinco meses, de agosto a dezembro de 2023. As sessões de coleta de dados tiveram duração média de uma hora e trinta minutos.

A amostra final foi composta por oitenta e sete participante. A respeito do processo de convite para a participação houve negativa de quatro participantes.

Crítérios de inclusão da amostra

Foram convidados a participar da referida pesquisa apenas os pacientes que apresentaram todos os critérios abaixo:

- Encontrar-se em tratamento para qualquer tipo de câncer;
- Tratando-se com quimioterapia, radioterapia ou cirurgia;
- Possuir idade superior a dezoito anos;
- Concordar em participar da pesquisa através da assinatura do TCLE. (Apêndice – 1).

Crítérios de não inclusão da mostra

Não foram incluídos na coleta de dados aqueles que apresentaram pelo menos um dos critérios abaixo:

- Ainda estejam em fase de confirmação diagnóstica;
- Incluídos no serviço de cuidados paliativos;
- Apresentem algum comprometimento emocional que os impossibilite de responder aos instrumentos da pesquisa adequadamente (ansiedade, depressão, dificuldade de adaptação ao hospital, em processo de negação e etc.);
- Não aceitem participar e assinar o TCLE.

Instrumentos para a coleta de dados

Roteiro para consulta ao prontuário sobre as características sociodemográficas e a história clínica do tratamento médico. (Apêndice 2)

Este roteiro deverá ser utilizado para facilitar a coleta de informações no prontuário médico dos participantes, referente aos seguintes aspectos:

- **Os dados sociodemográficos:** idade, etnia autorreferida, orientação sexual, local de residência, renda familiar mensal, estado civil, composição familiar, escolaridade, crença religiosa, existência de ocupação profissional.
- **A história clínica do tratamento médico:** data do diagnóstico, tratamentos realizados e a existência de atendimento psicológico durante o tratamento.

WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Group, 1997). (Anexo 1).

Este instrumento foi criado em 1998 pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) e representa uma forma abreviada e resumida do WHOQOL – 100, com aplicação mais rápida, porém preservando boas características psicométricas, tornando-o um instrumento pertinente para a realização de pesquisas ao redor do mundo (WHOQOL, 1998). O WHOQOL-bref é composto por 26 itens, dois itens são questões gerais de qualidade de vida, enquanto os outros representam cada uma das

24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL, 1998).

Este instrumento avalia os seguintes domínios referentes ao constructo da qualidade de vida: a) Domínio físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho; b) Domínio psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais); c) Domínio relações sociais: relações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual); d) Domínio meio ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição, ruído, trânsito, clima; transporte). É fundamental ressaltar que, além destes quatro domínios, as duas primeiras questões do WHOQOL-bref avaliam a percepção da QV global e a percepção geral de saúde (Santos, 2015). A pesquisa conduzida por Fleck et al. (2000) foi realizada com a aplicação do instrumento em 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre, objetivando testar a validade da ferramenta numa população brasileira. Nos resultados, observaram que apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, concluindo que é uma ferramenta útil e válida para estudos de qualidade de vida no Brasil.

Segundo o manual do instrumento (WHOQOL, 1998) todas as questões têm cinco opções de respostas do tipo Likert e são considerados os quinze dias anteriores para o preenchimento do instrumento. Todos os resultados vão ser obtidos em formato numérico de média. Quanto menor a média (mais próxima a 0) pior o indicador de qualidade de vida, quanto maior (mais próxima a 100) melhor será o desempenho do sujeito.

PROMIS – nível 1 (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System) (Anexo -2)

Esta ferramenta é uma iniciativa do *National Institutes of Health* (NIH) localizado nos Estados Unidos da América. Caracteriza-se por ser uma ferramenta que valoriza a perspectiva do próprio paciente, assim como medidas advindas dos seus relatos e observações a respeito de domínios de sua saúde. O PROMIS vem se mostrando uma ferramenta confiável e adequada na avaliação dos impactos que doenças crônicas podem acarretar na qualidade de vida dos indivíduos que a vivenciam. Representa um conjunto de medidas centradas na pessoa, com o objetivo de avaliar e monitorar a saúde nos âmbitos: físico, mental e social. Pode ser utilizado com adultos e crianças. Pode ainda ser aplicado com a população em geral e com indivíduos que vivem com condições crônicas (NIH, 2020).

O PRPOMIS se propõe a investigar a saúde global, que é subdividida nos seguintes subdomínios existentes na ferramenta: a) Saúde física (fadiga, dor intensa, interferência de dor, função física e distúrbios do sono); b) Saúde mental (ansiedade e depressão); c) Saúde social (habilidade para participação social, papéis e atividades. (NIH, 2020). O referido instrumento possui grande aplicabilidade a uma diversidade de doenças crônicas e é também preditivo de eventos futuros críticos, tais como a utilização dos serviços de assistência à saúde e também mortalidade (Zupano et al., 2017).

O estudo conduzido por Zupano et al. (2017), para a adaptação transcultural e validação da ferramenta para a população brasileira, ocorreu com a administração em 1.010 participantes brasileiros, falantes nativos de português. Os autores reportam nos resultados que os itens de Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa apresentaram equivalência em relação à versão original e propriedades psicométricas satisfatórias para a aplicação direcionada à população brasileira, tanto na prática clínica quanto em pesquisas.

O questionário de avaliação da qualidade de vida sexual denominado quociente sexual – versão masculina (QS-M) (anexo-3)

Trata-se de um questionário composto por dez questões, as quais o participante deve preencher numa escala de 0 (nunca) à 5 (sempre). A soma dos itens, variando de 0 à 50, deve então ser multiplicada por dois, resultando numa escala final de 0 a 100. Esta escala final é utilizada para obtenção do nível de desempenho sexual do homem, com o seguinte parâmetro: bom a excelente (>80 a 100), regular a bom (>60 a 80), desfavorável a regular (>40 a 60), ruim a desfavorável (> 20 a 40), nulo a ruim (20 a 0). (Abdo, 2006). O escore final informa o padrão de desempenho sexual que pode ser classificado em com disfunção sexual (< 60 pontos) e sem disfunção (≥60 pontos). Para obter esse escore, é preciso somar as numerações correspondentes a cada questão e, posteriormente, multiplicar por dois.

Uma vantagem adicional do questionário é o diagnóstico as áreas mais impactadas do desempenho sexual masculino indicando possíveis objetivos terapêuticos, a saber: desejo (questão 1) , autoconfiança (questão 2), qualidade de ereção (questões 5, 6 e 7), controle da ejaculação (questão 8) , capacidade de atingir o orgasmo (questão 9) e satisfação geral do indivíduo (questões 3, 4 e 10) e de sua parceira com as preliminares e o intercursos (questões 3 e 10) (Abdo, 2006). O instrumento já foi validado para a população brasileira com características psicométricas aceitáveis (Abdo, 2006).

Roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice -3)

Realizou-se uma entrevista semiestruturada, com o auxílio de um gravador de voz, para registrar o comportamento verbal dos participantes. Através dos resultados obtidos com este instrumento, foi possível verificar a frequência referida de comportamentos de cuidados à saúde aprendidos e em uso, assim como identificar possíveis contingências relacionadas a eles. Desta maneira, o roteiro de entrevista semiestruturada foi construído de

forma a garantir a coleta de três grupos de informações, sendo eles:

1. Informações gerais;
2. A classificação econômica – Condições gerais de saúde;
3. Comportamentos de autocuidado à saúde e contingências relacionadas.

Análise dos dados

Os resultados obtidos com o roteiro para consulta ao prontuário sobre as características sociodemográficas e a histórica clínica do tratamento médico foram apresentados em formato de tabela. A estatística descritiva destes dados é apresentada com a média, o desvio padrão, a frequência absoluta e relativa, todos calculados no software SPSS versão 14, disponível para o sistema operacional Windows. Por fim, estas medidas são analisadas de acordo com a literatura científica preexistente sobre o tema.

Os resultados obtidos com o WHOQOL-BREF, o PROMIS, e o QS-M são apresentados em forma de tabela e calculados, tabulados e interpretados de acordo com as instruções contidas na literatura e no manual específico de cada um. Empregou-se abordagem quantitativa para os dados numéricos oriundos destes instrumentos, tais dados foram organizados e analisados através do software SPSS versão 14, disponível para o sistema operacional Windows.

Neste software também foi obtida a análise estatística descritiva e inferencial. A respeito da análise estatística inferencial, ao nível de 95% de confiança e considerando um p valor igual ou menor que 0,05, há evidências para aceitar que as variáveis numéricas ordinais de interesse possuem distribuição normal, de acordo com o teste de normalidade de *Shapiro Wilk*. Respeitado este pressuposto, os testes de hipóteses que serão demonstradas a seguir, foram obtidos com técnicas estatísticas paramétricas.

Os resultados obtidos com o roteiro da entrevista semiestruturada são apresentados

em formato de tabela, fundamentado no referencial teórico da abordagem analítico comportamental. Este dado foi sintetizado como a classe de resposta operante *cuidar da própria saúde*, com a identificação de algumas contingências relacionadas.

Considerações éticas

Este projeto obedece a Resolução CNS N° 466/2012 e a Resolução CNS N° 510, de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais com seres humanos, assim como ao código de ética profissional do Psicólogo e foi submetido na Plataforma Brasil para que avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos. O comitê de ética do ICC também realizou a aprovação do estudo. A coleta de dados somente foi iniciada após este órgão liberar o parecer favorável, com o número de CAAE: 55199621.0.0000.5504

Resultados

Os resultados são apresentados em temáticas organizadas para favorecer a construção da tese deste trabalho, sendo elas: a) Características sociodemográficas e a história clínica do tratamento médico; b) Medidas de qualidade de vida, de satisfação sexual e de saúde global; c) Correlações entre variáveis de interesse e testes de hipóteses com a medida de qualidade de vida; d) Comportamentos de risco e de autocuidado; e. comportamento de autocuidado e contingências relacionadas; f) Identificação e caracterização de perfis de pacientes.

Características sociodemográficas

De acordo com a Tabela 11, a faixa etária que apresentou a maior frequência foi a de

58-68 com 60%, a idade mínima foi de 36 e a máxima de 68 anos; 86% dos pacientes tinha idade igual ou superior a 47 anos. A média de idade da amostra foi de 59,3 anos com desvio padrão de 7,1 anos, A cidade de origem de 62% deles foi a capital, Fortaleza. A respeito da etnia autorreferida 51% identificaram-se como pardos, 22% como negros e 27% como brancos.

O estado civil informado por 58% da amostra foi o de casado, 40% possuem dois filhos. A respeito da escolaridade 44% informaram ensino médio incompleto, 65% estão desempregados e 75% contam com renda mensal familiar igual ou inferior a dois salários mínimos. A religião católica foi a mais frequentemente declarada, correspondendo a 56% da população. A média da renda familiar mensal computada foi de R\$ 1.957,60, com desvio padrão no valor de R\$ 343,25. Quanto à classificação econômica considerando o potencial de consumo, nos termos previsto pelos indicadores da ABEP, podemos observar que 71% dos participantes são da Classe C, não tendo qualquer participante da amostra que atendam os critérios da Classe A.

Tabela 11. Características sociodemográficas da amostra.

Idade	N	%
36 - 46	12	14
47 - 57 anos	23	26
58 - 68 anos	52	60
Cidade de origem		
Capital - Fortaleza	54	62
Cidades do interior do estado do Ceará	33	38
Etnia autorreferida		
Branco	23	27
Negro	22	22
Pardo	42	51
Estado Civil		
Viúvo	4	4
Solteiro	8	9
Casado	50	58
União estável	19	22

Separado/divorciado	6	7
Número de filhos		
Nenhum	10	11
Apenas um	13	15
Dois	33	40
Três	22	24
Mais de 3	9	10
Escolaridade		
Fundamental incompleto	19	22
Fundamental completo	21	24
Médio incompleto	39	44
Médio completo	5	6
Superior incompleto	1	1
Superior completo	2	3
Ocupação profissional		
Empregado	23	26
Desempregado	56	65
Aposentado	8	9
Renda familiar mensal		
Menos que um salário mínimo	8	9
Até um salário mínimo	21	25
Até dois salários mínimos	48	55
Três ou mais salários mínimos	10	11
Classificação Econômica (ABEP 2019)		
B1	8	9
B2	21	19
C1	41	47
C2	17	24
Prática religiosa		
Católico	49	56
Evangélico	29	34
Sem prática religiosa	9	10

A Tabela 12 apresenta aspectos gerais do histórico clínico do paciente com relação ao tratamento em andamento. Quanto à localização primária do câncer, as três maiores frequências foram na próstata com 24%, no pulmão com 16% e no estômago com 13%, já o câncer de bexiga alcançou a menor frequência com 3%, à época da coleta de dados 44% já possuíam metástase diagnosticada. Sobre o tempo de transcorrido desde o diagnóstico 55% indicaram mais de um ano, sendo que a média geral foi de 18,3 meses (desvio padrão=5,9 meses). Observamos que 69% foram submetidos a tratamentos combinados com cirurgias.

Tabela 12. História clínica do tratamento médico.

Localização primária do câncer		
Próstata	21	24
Pulmão	14	16
Estômago	11	13
Pele	8	9
Reto	6	7
Boca	6	7
Rim	3	4
Bexiga	2	3
Ósseo	8	9
Sistema linfático	5	6
Traqueia	3	4
Tempo transcorrido desde o diagnóstico		
Até um ano	39	45
Mais que um ano	48	55
	M= 18,3 meses	Dp= 5,9 meses
Metástase diagnosticada		
Sim	36	44
Não	51	56
Tratamento realizado		
Quimioterapia	19	21
Radioterapia	8	10
Terapias combinadas com cirurgia	60	69

Como podemos examinar na Figura 6, ao agrupar a localização primária do câncer por sistema fisiológico, o sistema urinário foi o mais frequente com 30%, seguido pelo sistema digestivo e pelo respiratório, ambos com 20%, como observa-se na Figura 6.

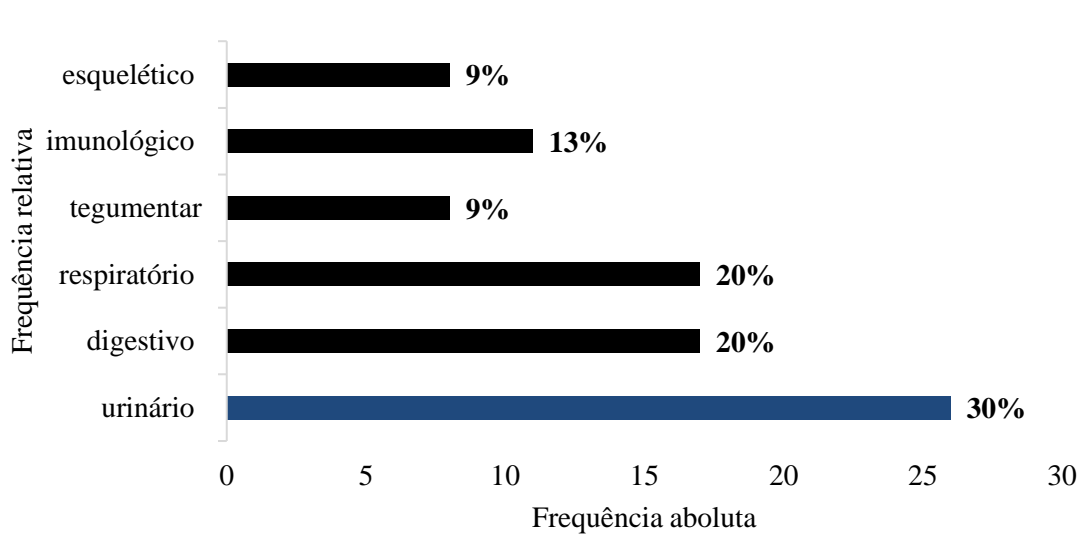


Figura 6. Localização primária do câncer agrupada por sistema fisiológico

Medidas de qualidade de vida, de satisfação sexual e de saúde global

Na Tabela 13 encontra-se a análise descritiva do escore geral e do escore alcançado em cada domínio do questionário de qualidade de vida. O escore geral da qualidade de vida na amostra foi baixo ($M=29,5$ e $Dp=3$). Os domínios da QV que se destacaram como os mais comprometidos foram respectivamente o domínio físico ($M=22,9$ e $Dp=9$) e o domínio psicológico ($M=27,1$ e $Dp=2,2$). Já os domínios das relações sociais ($M=31,7$ e $Dp=4,6$) e do meio ambiente ($M=34,3$ e $Dp=5,9$) predominaram como melhor avaliados, ambos com médias acima do escore geral. Destaca-se ainda, que a percepção da qualidade de vida ($M=19,8$ e $Dp=2,0$) e a percepção de satisfação com a saúde ($M=15,3$ e $Dp=1,2$) também foram avaliadas de forma ruim, pois obtiveram as menores médias de todo o instrumento.

Tabela 13. Resultado geral do WHOQOL-BREEF.

Domínio	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Físico	22,9	9
Psicológico	27,1	2,2
Relações sociais	31,7	4,6
Meio ambiente	34,3	5,9
Escore geral	29,5	3
Item 1 – Percepção da qualidade de vida	19,8	2,0

Item 2 – Percepção de satisfação com a saúde	15,3	1,2
--	------	-----

Na Tabela 14 foram apresentadas as facetas nas quais foram observadas as médias mais baixas, tomando como referência as médias de cada domínio, conforme expostas na Tabela 13. Tais facetas podem indicar quais os aspectos de vida, referentes aos diferentes domínios, que demonstram maior comprometimento pela avaliação dos participantes. No domínio físico, as facetas com as piores médias foram a 4 – dependência de medicação e tratamentos (M= 12 e Dp=2,9) e a 3 – dor e desconforto (M= 16,5 e Dp=4,7). No domínio psicológico observou-se a faceta 26 – sentimentos positivos (M= 13,4 e Dp= 6,3). Já no domínio das relações sociais, a faceta 21 – atividade sexual apresentou a menor média (M=19,2 e Dp= 3,2), por fim no domínio do meio ambiente a faceta com a pior avaliação foi a 23 – recursos financeiros (M= 18,7 e Dp=3,1).

Tabela 14. Facetas com menor pontuação em cada domínio do WHOQOL-BREEF.

Domínio	Média (M)	Desvio Padrão (Dp)
Físico		
4 – Dependência de medicação e tratamentos	12	2,9
3 – Dor e desconforto	16,5	4,7
Psicológico		
26 – Sentimentos negativos	13,4	6,3
Relações sociais		
21 – Atividade sexual	19,2	3,2
Meio Ambiente		
23 – Recursos financeiros	18,7	3,1

Concernente ao indicador de satisfação sexual, obtido com o QS-M, a Tabela 15 informa que o escore geral foi baixo (M= 31,5 < 60 pontos e Dp= 1,8), observamos que o em 65% dos participantes informam um desempenho desfavorável a nulo. Tomando como referência este resultado, compreende-se que a satisfação sexual da maior parte deles encontra-se severamente comprometida em seus aspectos psicológicos, sociais e físicos, o

que pode sugerir também a existência de disfunções sexuais.

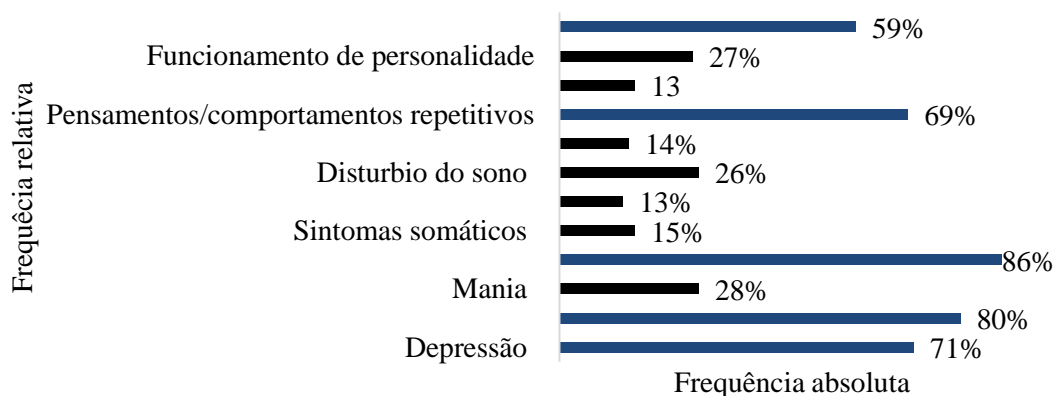
Tabela 15. Resultado geral do QS-M.

padrão de desempenho sexual	n	%
Bom a excelente	7	8
Regular a bom	10	11
Desfavorável a regular	14	16
Ruim a desfavorável	39	45
Nulo a ruim	17	20
Escore geral M= 31,5 e Dp= 1,8		

Desta forma, quando consideramos a autoavaliação de desempenho sexual observamos que 19% da amostra declaram o desempenho sexual como regular a excelente; 65% avaliam essa dimensão das suas vidas como inexistente (nula) a ruim.

A Figura 7 apresenta a porcentagem de participantes para o rastreamento de 13 categorias de sintomas em saúde mental, exceto psicose segundo avaliação conduzida com o PROMIS I. Cinco categorias foram observadas demandando avaliação adicional para cuidado em saúde mental em mais de 50% dos participantes, sendo eles: a ansiedade em 86%, a raiva em 80%, a depressão em 71%, os pensamentos/comportamentos repetitivos em 69%, e o uso de substâncias em 59% dos participantes. Podemos observar que cinco dos treze indicadores de cuidado em saúde mental foram detectados em 50% ou mais dos participantes, sendo eles: a ansiedade (86%), a raiva, (80%), a depressão (71%), pensamentos/comportamentos repetitivos (69%) e o uso de substâncias (59%). Os domínios que apresentaram a menor incidência foram a ideação suicida e a dissociação, ambos com 13% .

Figura 7. Participantes rastreados das diferentes categorias do PROMIS nível 1.



Os cinco sintomas com maior frequência rastreados na amostra foram: a depressão (71%), a ansiedade (86%), a raiva, (80%), pensamentos/comportamentos repetitivos (69%) e o uso de substâncias (59%). Os domínios que apresentaram a menor prevalência foram a ideação suicida e a dissociação, ambos com 13%. Os participantes P64 e P17 foram os que apresentaram a menor quantidade de domínios para avaliação adicional, sendo somente a ansiedade e a memória. Já os participantes P22, P59, P7 e P16 apresentaram a maior quantidade, ambos dez domínios, excluindo somente a dissociação e o distúrbio do sono.

Na Tabela 16 podemos observar que 59,3% dos participantes da amostra demonstraram escores de cuidado e necessidade de melhor avaliação em 6 ou mais das categorias avaliadas.

Tabela 16. Proporção de participantes por quantidade domínios com indicação de avaliação adicional

Domínios	N	%
0 – 5	35	40,2
6 – 13	52	59,8

Foram sistematizadas estratégias de cuidados gerais em saúde e seu resultado pode ser observado na Tabela 17. Vemos que todos os participantes relatam dispor de acompanhante para os momentos de internação, sendo que 56% são suas

esposas/companheiras; os demais 44% são acompanhados por outros familiares. Referente ao uso de plano de saúde ao longo da vida 73% informaram nunca ter tido acesso, 20% já o utilizaram em algum momento e 7% ainda o mantinham à época da coleta de dados.

No que diz respeito ao acesso a profissionais de saúde mental, 37% receberam acompanhamento psicológico em algum momento, 8% receberam o psiquiátrico e 55% nunca tiveram nenhum tipo de assistência à saúde mental.

O índice de massa corporal (I.M.C), medida importante para detecção de obesidade no indivíduo, aponta que 51% estavam abaixo do peso, 29% com o peso normal, 16% com excesso de peso e 4% já com obesidade.

Tabela 17. Informações gerais sobre saúde e cuidado em geral em saúde.

Informações gerais	n	%
Acompanhante durante as internações		
Esposa/companheira	49	56
Outro familiar	38	44
Possui plano de saúde		
Sim	6	7
Já utilizei no passado, mas hoje não tenho	18	20
Nunca utilizei	63	73
Recebeu assistência à saúde mental durante o tratamento		
Psicólogo	32	37
Psiquiatra	7	8
Não recebi	48	55
Índice de massa corporal		
Baixo peso	42	51
Peso normal	28	29
Excesso de peso	14	16
Obesidade	3	4

No tocante aos principais problemas de saúde autorreferidos, a Figura 8 destaca outras condições de saúde que demandam tratamento e cuidado para esses pacientes. As maiores frequências foram: hipertensão com 31%, ansiedade com 25%, depressão com 19%, diabetes com 18%, problemas pulmonares/respiratórios com 10%, sobrepeso com 8%,

doenças cardíacas com 5% e outros problemas de saúde com 2%

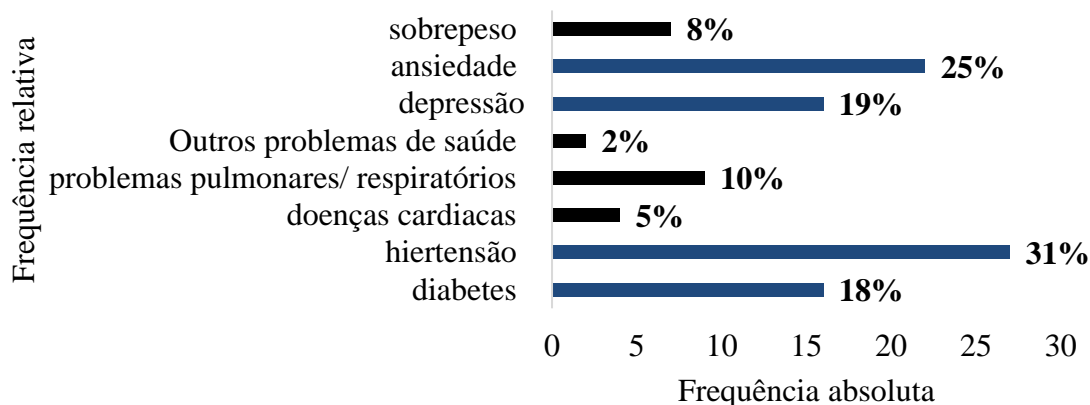


Figura 8. Principais problemas de saúde.

Correlações entre variáveis de interesse e teste de hipóteses com a medida de qualidade de vida

Para o teste de correlação com a medida de qualidade de vida foram escolhidas variáveis de interesse clinicamente relevantes. Tendo-se aceitado a hipótese alternativa de distribuição normal das variáveis numéricas, procedeu-se com o teste de coeficiente de correlação de Pearson e para as variáveis categóricas optou-se pelo coeficiente de correlação de Pearson biserial. Os resultados do nível de significância estão descritos na Tabela 18

Tabela 18. Indicador de significância entre variáveis de interesse e o WHOQOL-BREEF.

Variáveis de interesse	A	B	C	D	E
A Escore geral do WHOQOL-BREEF (A) ⁽¹⁾					
B Como você avalia sua qualidade de vida (B) ⁽¹⁾	0,05*				
C Quão satisfeito está com sua saúde (C) ⁽¹⁾	0,73	0,18			
D PROMIS (D) ⁽²⁾	0,00*	0,47	0,03		
E QS-M (E) ⁽¹⁾	0,00	0,04	0,00	0,39	

⁽¹⁾ coeficiente de correlação de Pearson. ⁽²⁾ coeficiente de correlação de Pearson biserial. * Valor $p < 0,05$

Excetuando-se a variável “quão satisfeito está com sua saúde” todas as demais

apresentaram correlação estatisticamente significativa com o escore geral de qualidade de vida, ao nível de 95% de confiança. As variáveis que se correlacionaram positivamente com a QV, ou seja, as pontuações de ambas crescem juntas, foram: “como você avalia sua qualidade de vida” ($\rho = .529$; $p = 0,05$), QS-M ($\rho = .420$; $p = 0,00$). Por sua vez, a variável que se correlacionou negativamente com a QV, ou seja, enquanto a pontuação de uma cresce a da outra diminui foi o PROMIS ($\rho = -.511$; $p = 0,00$) a intensidade destas correlações, positivas e negativas, foi de fraca a moderada.

Utilizando variáveis clínicas de interesse, procedeu-se também com a realização de teste de hipótese para verificar se há diferenças no escore geral do WHOQOL-BREF por grupos clinicamente relevantes, essas hipóteses foram testadas com o teste t de Student unilateral para amostras independentes e com a ANOVA unilateral para amostras independentes. Ressalta-se que, por serem opções unilaterais, reportam não somente a existência das diferenças, mas também a direção em que elas ocorrem entre grupos (Dancey et al., 2017).

Para a operacionalização dos testes de hipóteses considerou-se a formação de grupos em função de quatro naturezas de variáveis: Tipo 1. Variáveis subjetivas: autoavaliação da qualidade de vida e de satisfação com a saúde. Tipo 2. Variáveis de saúde global: PROMIS, QS-M e assistência psicológica ou psiquiátrica durante o tratamento. Tipo 3. Variáveis do tratamento oncológico: tempo de tratamento, tipo de tratamento realizado e existência de metástase. Tipo 4. Variáveis socioculturais: etnia e classificação econômica.

Como um dos pressupostos exigidos no teste t e na ANOVA, a variância das variáveis numéricas foi testada através do teste de Levine (estatística F) para homogeneidade de variâncias. Ao nível de 95% de confiança há evidências amostrais para aceitar a hipótese alternativa da diferença das variâncias, portanto a utilização do teste t de Student e da ANOVA foi realizado para amostras heterogêneas. Na Tabela 19, estão os resultados dos

referidos testes.

Tabela 19. Diferenças no escore geral do WHOQOL-BREEF por grupos clinicamente relevantes.

Grupo como você avalia sua qualidade de vida (a)	Muito ruim/ ruim/ nem ruim nem boa (n=67)	Boa/muito boa (n=20)	p	
Escore geral do WHOQOL			0,00*	
	<i>t=1,4</i>			
Grupo quão satisfeito está com sua saúde(a)	Muito insatisfeito/ insatisfeito/nem insatisfeito nem satisfeito (n=71)	Satisfeito/muito satisfeito (n=16)	p	
Escore geral do WHOQOL			0,00*	
	<i>t=1,19</i>			
Grupo PROMIS(a)	0 à 5 domínios (n=35)	6 à 13 domínios (n=52)	p	
Escore geral do WHOQOL			0,05*	
	<i>t=26,8</i>			
Grupo QS-M(a)	Bom a excelente/ regular a bom/ regular (n=31)	Ruim a desfavorável/nulo a ruim (n=56)	p	
Escore geral do WHOQOL			0,28	
	<i>t= 31,1</i>			
Grupo tempo de tratamento (a)	Até 12 meses (n=39)	Mais que 12 meses(n=48)	P	
Escore geral do WHOQOL			0,01*	
	<i>t= 19,3</i>			
Grupo tratamento realizado (a)	Sem combinação com cirurgia (n= 40)	Combinado com cirurgia n=47	p	
Escore geral WHOQOL			0,00*	
	<i>t = 11,9</i>			
Grupo existência de metástase (a)	Não (n=51)	Sim (n=36)	p	
Escore geral WHOQOL			0,52	
	<i>t = 25,8</i>			
Grupo etnia autorreferida (b)	Branco n=(23)	Pardo n=(42)	Negro n=(22)	p
Escore geral WHOQOL				0,00*
		<i>f=14,0</i>		

Grupo classificação econômica^(a)	C1 e C2 (n= 58)		B1 e B2 (n=29)	<i>p</i>
Escore geral WHOQOL		<i>t =27,1</i>		0,03
Grupo recebeu assistência psicológica/psiquiátrica (^a)	Sim (n= 39)		Não (n= 48)	<i>p</i>
Escore geral WHOQOL		<i>t=41,4</i>		0,27*

(^a) teste *t* de Student unilateral para amostras independentes com variâncias iguais. (^b) teste ANOVA unilateral para amostras independentes com variâncias iguais. * Valor $p < 0,05$

Para o escore geral de qualidade de vida, ao nível de 95% de confiança, há evidências de que não há diferenças estatisticamente significativas nas médias dos grupos das seguintes variáveis: QS-M ($t=31,1$; $p=0,28$), existência de metástase ($t=25,8$; $p=0,52$) e assistência psicológica/psiquiátrica ($t=41,4$; $p=0,22$). Para todas as demais variáveis de interesse a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa.

Constatou-se que o grupo que avaliou a qualidade de vida como muito ruim a nem ruim nem bom obteve escore geral de QV inferior ao grupo que a avaliou como boa e muito boa ($t=1,4$; $p=0,00$). No grupo que avaliou a própria satisfação com a saúde como muito insatisfeito a nem satisfeito nem insatisfeito o escore de QV também foi inferior ao grupo que a percebeu como satisfeito e muito satisfeito ($t=1,19$; $p=0,00$).

Referente a variável PROMIS, no grupo de participantes com mais de seis domínios rastreados para avaliação adicional, o escore de QV foi inferior ao grupo com até cinco domínios rastreados ($t=26,8$; $p=0,05$). A respeito do tempo de tratamento, no grupo com mais de um ano o escore de QV foi inferior ao grupo com menos de um ano ($t=19,3$; $p=0,01$). Quanto à variável tratamento realizado, no grupo submetido a intervenções combinadas com cirurgia, a QV foi inferior ao grupo exposto a tratamentos combinados sem cirurgia ($t=11,9$; $p=0,00$). Nos participantes agrupados na classe social C1 e C2 observou-se escore de Q.V inferior ao grupo B1 e B2 ($t=27,1$; $p=0,03$).

Por último, a ANOVA unilateral produziu evidências, ao nível de 95% de confiança, de que há diferenças no escore de Q.V entre grupos de etnia autorreferida ($f=14,0$; $p=0,00$). Sobre isso, seguiu-se a recomendação de Field (2009) sobre a necessidade de um teste *post-hocs* para identificar em qual grupo encontra-se a diferença, optando-se pelo teste de correção de Tukey. A principal característica do teste de Tukey é a força intermediária para detectar em qual grupo encontra-se a diferença, sendo menos conservador, por isso um dos testes mais recomendados para testar a detecção (Field, 2009).

Constatou-se, ao nível de 95% de confiança, que não há evidência de diferença estatisticamente significativa no escore geral de QV entre os grupos de participantes branco e pardo ($j=16,41$; $p=0,53$). Por outro lado, o teste de Tukey produziu evidência de que há diferença estatisticamente significativa no escore geral de QV entre os grupos branco e negro ($j=8,3$; $p=0,00$) e o grupo pardo e negro ($j=11,7$; $p=0,04$). Portanto, a diferença no escore geral de QV encontra-se no grupo étnico dos homens negros, sendo inferior aos demais.

Comportamentos de risco e de autocuidado

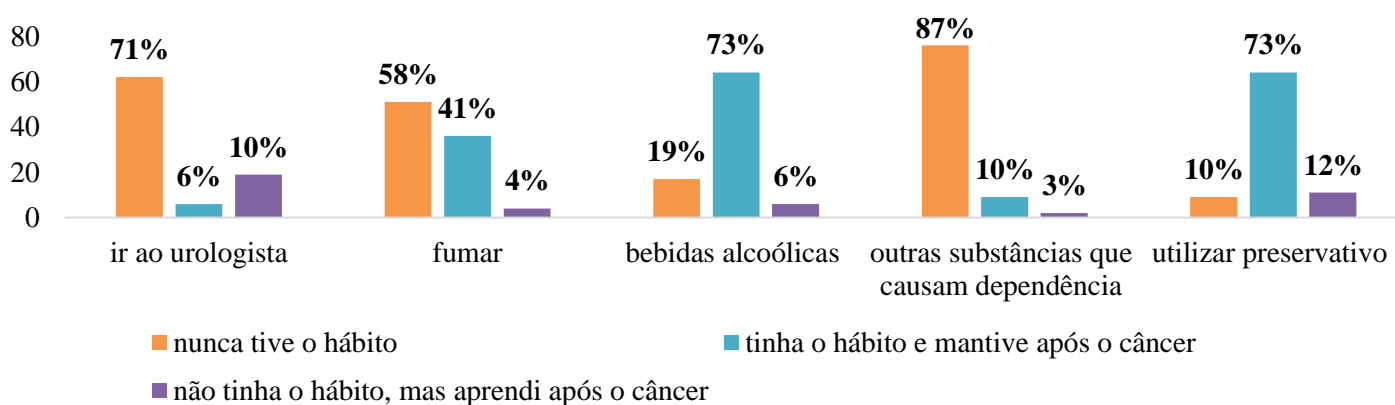
Vê-se na Figura 9 os dados relativos aos comportamentos de risco, antes e após o início do tratamento oncológico. Respectivo ao indicador “nunca tive o hábito”, 71% nunca foram em consultas com o médico urologista, 10% nunca tiveram o hábito de utilizar preservativos. No tocante ao indicador “tinha o hábito e manteve após o câncer”, 41% referiram fumar, 73% consumir bebidas alcoólicas e 10% outras substâncias que causam dependência. Já relacionado ao indicador “não tinha o hábito mas aprendi após o câncer”, 4% informaram fumar, 6% o consumo de alguma bebida alcoólica e 3% consumo de outras substâncias que causam dependência.

Os comportamentos de risco, enquanto classe funcional complexa, são compostos por déficits e excessos comportamentais. Os déficits comportamentais revelaram-se existentes anteriores ao diagnóstico oncológico (nunca tive o hábito): tais como ausentar-se das consultas com o médico urologista (71%) e utilizar preservativos (10%). Os excessos comportamentais também estavam em uso ao longo de toda a vida, antes e após o diagnóstico oncológico (tinha o hábito e manteve após o câncer): como fumar (41%), consumir bebidas alcoólicas (73%) e utilizar outras substâncias causadoras de dependência (10%). Entretanto, para alguns participantes, alguns comportamentos de risco foram aprendidos somente após o citado diagnóstico (não tinha o hábito mas aprendi após o

câncer), nesses casos representando um repertório recente, aprendido e fortalecido também na interação com as contingências inseridas com o início do tratamento, como: 4% informaram fumar, 6% o consumo de alguma bebida alcoólica e 3% consumo de outras substâncias que causam dependência.

Destaca-se ainda, que dos indicadores sobre os comportamentos de risco, as maiores frequências observadas foram nas respostas do indicador “nunca tive o hábito” (71% ausentar-se de consultas com o médico urologista – déficit) e no indicador “tinha o hábito e manteve após o câncer” (73% consumir bebidas alcoólicas – excesso). Já a menor frequência ocorreu no indicador “não tinha o hábito mas aprendi após o câncer” (3% consumo de outras substâncias que causam dependência - excesso). Destaca-se ainda, que embora no contexto do tratamento oncológico tenha-se observado aquisição de comportamentos de risco, a frequência relatada desta aprendizagem foi sensivelmente pequena, visto que a maior porcentagem de aprendizagem foi informada para o comportamento de consumir bebida alcoólica, com 6%.

Figura 9. Comportamentos de risco antes e após o início do tratamento oncológico.



A seguir, também são apresentados os comportamentos de proteção à saúde, utilizando o surgimento do câncer como fronteira temporal. Na Figura 10, visualiza-se que sobre o indicador “nunca fiz e não faço” 95% citaram qualidade do sono, 94% citaram o exercício físico, 90% evitar o estresse, 80% realizar atividade prazerosa, 19% alimentação saudável e 17% consumir bastante água. Já no indicador “fazia antes de adoecer e ainda faço” 37% informaram consumir bastante água, 21% informam alimentação saudável, 10% atividade prazerosa, 6% evitar o estresse, 3% exercício físico e 2% a qualidade do sono. Por fim, no indicador “comecei a fazer após adoecer” referiram 61% a alimentação saudável, 45% consumir bastante água, 8% atividade prazerosa, 4% evitar estresse, 3% qualidade do sono e 2% exercício físico.

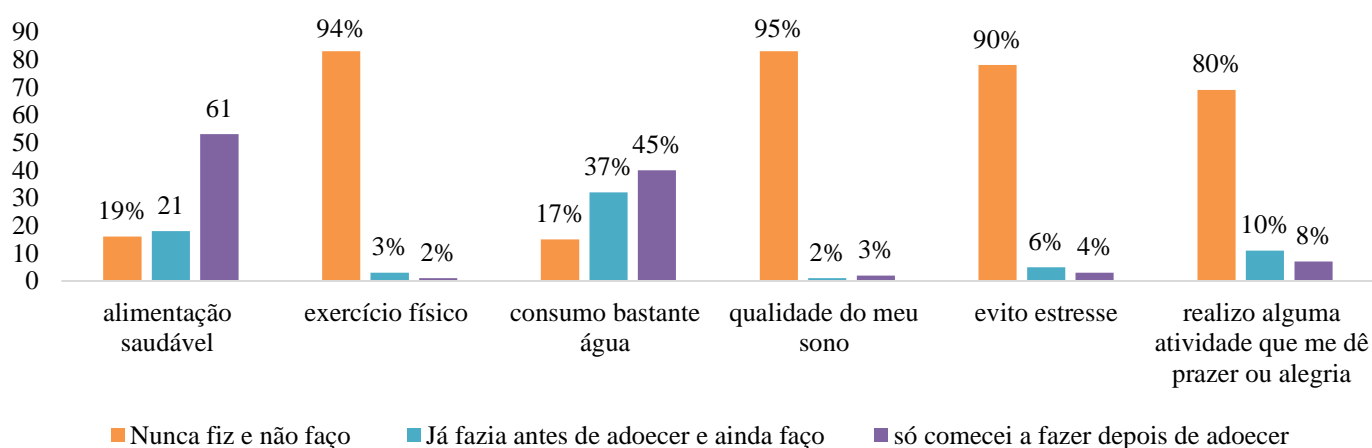
Considerando as altas porcentagens observadas no indicador “nunca fiz e não faço” (95% citaram qualidade do sono, 94% citaram o exercício físico, 90% evitar o estresse, 80% realizar atividade prazerosa) pode-se supor um considerável déficit de respostas de autocuidado em grande parte da amostra. Já levando em conta as porcentagens baixas do indicador “já fazia antes de adoecer e ainda faço” (37% consumir bastante água, 21% informam alimentação saudável, 10% atividade prazerosa e 6% evitar o estresse) infere-se que o repertório de autocuidado em uso é escasso. Vê-se também que houve aprendizagem de novas respostas de autocuidado para alguns deles, pois no indicador “comecei a fazer após adoecer” 61% informaram alimentação saudável e 45% consumir bastante água.

Dos seis comportamentos protetivos investigados, quatro deles alcançaram frequência acima de 90% quando avaliados como “não fiz e não faço” (exercício físico, qualidade do sono, evitar estresse e realizar atividades prazerosas). Enquanto isso, apenas dois comportamentos avaliados como “fazia e ainda faço” alcançaram frequência relevante (alimentação saudável 21% e consumir bastante água 37%), os demais atingiram frequência pouco relevante, \leq a 10% (exercício físico 3%, qualidade do sono 2%, evitar estresse 6% e

atividade prazerosa 10%). Depreende-se disto, que os referidos comportamentos de proteção à saúde são déficits comportamentais que se mantêm ao longo da vida dos participantes.

Os participantes também avaliaram que ocorreu o aprendizado de algumas respostas de proteção à saúde, após o início do tratamento oncológico. Entretanto, somente duas das respostas investigadas alcançaram frequência relevante (alimentação saudável e consumir bastante água), as demais alcançaram frequência \leq a 10% (exercício físico 2%, qualidade do sono 3%, evitar estresse 4% e realizar atividade prazerosa 8%). Portanto, a aquisição destas respostas, após o adoecimento por câncer, foi pouco significativa.

Figura 10. Comportamentos de autocuidado antes e após o início do tratamento oncológico.



Comportamento de autocuidado e contingências reforçadoras relacionadas

Ao fazermos essa análise, partimos da hipótese de algumas relações funcionais para o comportamento de “cuidar da própria saúde”, construídas a partir do relato verbal das histórias de vida dos participantes, coletadas durante a entrevista sobre o contexto no qual aprenderam a cuidar da própria saúde. Entretanto, reconhece-se limitações na suposição destas hipóteses funcionais, principalmente porque as contingências existentes não são as mesmas para todos os indivíduos. Desta forma, as relações funcionais que foram

identificadas no Quadro 1 buscam ilustrar as regularidades, que podem ser mais recorrentes, na interação dos participantes com seu ambiente social/cultural.

Tomando como referência o quadro 1, distingue-se diferentes variáveis de controle contextual. Nota-se a presença de regras, estabelecidas pelas mães/cuidadoras, verbalizadas por 70% dos entrevistados e por profissionais médicos durante consultas, informado por 41% deles. Tem-se também a observação de modelos masculinos, outros homens que foram observados emitindo os comportamentos protetivos e as consequências produzidas por eles (57%). Infere-se disto, que na história de aprendizagem desta classe funcional, sugere-se que na emissão de regras as mulheres foram mais participativas, enquanto os outros homens foram os modelos observados.

Quanto à identificação das consequências, elas podem ser distinguidas com base em seu efeito sobre o comportamento, as consequências reforçadoras são aquelas que aumentam a frequência ou mantêm o responder (Catania, 1999). No quadro 1, nota-se a existência de reforços positivos e negativos, a curto, médio e longo prazo. Estas consequências descrevem mudanças nos ambientes dos participantes, produzidas em decorrência da emissão da classe de resposta aqui discutida.

As consequências reforçadoras positivas foram referidas por 53% dos participantes, já as reforçadoras negativas foram por 81% deles. Quanto a sua natureza, tais consequências ainda podem ser divididas em eventos sociais e físicos. Os reforçadores sociais, ou arbitrários, são aqueles que a função sobre o comportamento decorre de seus aspectos sociais, culturais e arbitrários (Ferster et al.,1977), tais como: permanecer com a família, prover as necessidades da família, frequentar o trabalho, realizar objetivos pessoais, evitar gastar dinheiro, evitar passar vergonha, reduzir o deslocamento até o hospital, por exemplo. Este tipo de consequência foi citado por 91% dos participantes.

As consequências físicas são aquelas que a função sobre o comportamento decorre

estritamente de sua natureza física (Ferster et al., 1977), foram elas: pospor a vivência da dor e do mal-estar físico, dificultar que o câncer progrida, viver mais tempo, curar o câncer, diminuir a ingestão de medicamentos, evitar sequelas, evitar a própria morte por câncer, elas foram citadas por 84% dos participantes. Estes dados evidenciam que, embora contingências reforçadoras positivas e negativas, com propriedades sociais e físicas tenham sido relatadas, houve uma preponderância da seleção por reforçamento negativo, com propriedades sociais.

Quadro 1. Contingências reforçadoras relacionadas ao comportamento de autocuidado à saúde em uso.

Antecedentes	Resposta	Consequências	
<p>Regras: As orientações dadas pelas mães e cuidadoras, sobre como lidar com o corpo e com a saúde (alimentação e higiene) <i>“Essa comida é muito gordurosa...faz mal”</i> <i>“Quando chegar da rua tem que levar as mãos e os pés”</i></p> <p>As informações obtidas em consultas médicas sobre a prevenção, a etiologia e o tratamento de doenças. <i>“O médico explicou que o sal não podia mais”</i> <i>“Foi na consulta quando levei os exames que o médico falou que era diabetes e já falou da alimentação certa pra fazer em casa”</i></p> <p>Modelos: Observou outros homens se comportando <i>“No almoço do meu pai todo dia tinha que ter a verdura, era a alface e o tomate”</i> <i>“Ele (avô) viveu muito, mesmo novo nunca teve vício de beber, de fumar e de mulher”</i> <i>“No domingo, de noite, passava na televisão o médico orientando sobre a forma certa de viver com saúde”</i></p>	Cuidar da própria saúde	De curto prazo	R + Trabalhar; permanecer com a família; cuidar da família Ir para a igreja e outros locais que gosta
			R – Evitar sentir dor e mal-estar físico; Reduzir idas à médicos e hospitais; Diminuir a ingestão de medicamentos; Evitar que a família sofra; Evitar gastar dinheiro; Não passar vergonha Dificultar que o câncer cresça Evitar afastar-se de casa ou da cidade de origem
		De médio e longo prazo	R + Curar o câncer; Viver mais tempo; Acompanhar o crescimento dos netos e filhos; Realizar diversos objetivos e projetos de vida
			R- Dificultar que o câncer piore Afastar a ocorrência da morte; Evitar que a família tenha um futuro difícil (privações diversas); Reduzir a ocorrência de outras doenças graves; Reduzir a ocorrência de sequelas decorrentes do câncer; Evitar uma velhice com limitações físicas e com sofrimento

Identificação e caracterização de perfis de pacientes

Com a finalidade de identificar grupos de entrevistados com características homogêneas referente às variáveis sociodemográficas e clinicamente relevantes, procedeu-se com a análise de conglomerados ou de *Cluster*. Para tanto, optou-se pelo critério de aglomeração do tipo análise de *Cluster TwoStep*, a principal vantagem deste modelo consiste em formar automaticamente o número de *clusters* que melhor representa a amostra. A análise *Cluster TwoStep* suporta a inserção de variáveis categóricas e contínuas (SPSS Guide, 2003), por isso foram inseridas as seguintes variáveis categóricas: faixa etária; nível de escolaridade; etnia autorreferida; existência de metástase; tipo de tratamento realizado; quantidade de domínios do PROMIS para avaliação adicional; classificação do QS-M; quantidade de comportamentos de autocuidado em uso e quantidade de comportamentos de risco em uso.

Referente à inserção das variáveis numéricas contínuas, foram elas: escore geral do WHOQOL – BREF; escore geral - como você avaliaria sua qualidade de vida?; escore geral - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Como medida de distância escolhida para a formação dos *clusters*, optou-se pela distância *long-likelihood*, por considerar a distribuição de probabilidade entre as variáveis analisadas, com o número de *clusters* também já sendo definido automaticamente (SPSS Guide, 2003). A aglomeração final produziu dois *clusters*, conforme detalhado na Tabela 20, a classificação dos casos nos respectivos clusters gerou a variável *Cluster* no banco de dados do SPSS.

Tabela 20. Distribuição dos *clusters* identificados.

		n	%
<i>Cluster</i>	1	51	59%
	2	36	41%
Total		87	100

Abaixo são apresentadas as frequências de cada *cluster* nas variáveis categóricas e as notas médias e desvio-padrão para as variáveis contínuas. Analisando na Tabela 21 a frequência das faixas etárias em cada *cluster*, afirma-se que o *cluster* 1 é composto de forma preponderante por homens mais velhos com idade entre 47 até 68 anos alcançando até 73%, já o *cluster* 2 apresenta maior frequência de participantes jovens, com idade entre 36 até 46 anos, alcançando até 100%.

Tabela 21. Frequência dos *clusters* para faixa etária.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
36 - 46 anos	0	0	12	100	12	100
47 - 57 anos	17	73	6	17	23	100
58 - 68 anos	34	65	18	34	52	100

Quanto ao nível de escolaridade demonstrado na Tabela 22, no *cluster* 1 predominam homens com menor nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto, completo e médio incompleto, com maior frequência alcançada 85%. No *cluster* 2, percebe-se a incidência de respondentes com maior escolaridade: de médio completo até superior completo, alcançando até 100% de frequência.

Tabela 22 - Frequência dos *clusters* para nível de escolaridade.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Fundamental incompleto	16	85	3	15	19	100

Fundamental completo	16	76	5	24	21	100
Médio incompleto	19	48	20	52	39	100
Médio completo	0	0	5	100	5	100
Superior incompleto	0	0	1	100	1	100
Superior completo	0	0	2	100	2	100

A respeito da etnia autorreferida, visualiza-se na Tabela 23 que no *cluster* 1 há a predominância de negros e pardos, com até 86%. No *cluster* 2, os homens brancos demonstraram maior frequência, chegando à porcentagem de 93%

Tabela 23. Frequência dos *clusters* por etnia autorreferida.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Branco	2	7	21	93	23	100
Negro	19	86	3	13	22	100
Pardo	30	71	12	29	42	100

No que diz respeito a existência de metástase, a Tabela 24 informa que predominou no *cluster* 1 participantes com metástase diagnosticada alcançando 77%, ao tempo que no *cluster* 2 a predominância é de pacientes sem metástase obtendo 88%.

Tabela 24. Frequência dos *clusters* por existência de metástase.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Com metástase	28	77	8	23	36	100
Sem metástase	6	12	45	88	51	100

Na Tabela 25, inseriu-se o resultado da variável: tratamento realizado. Nota-se que no *cluster* 1, são predominantes os respondentes que se submeteram a tratamentos combinados incluindo cirurgia, com 40% de frequência. Por sua vez, no *cluster* 2 há maior

predominância de indivíduos submetidos à quimioterapia ou/e à radioterapia, alcançando até 87%.

Tabela 25. Frequência dos *clusters* por tratamento realizado.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Quimioterapia	3	15	16	85	19	100
Radioterapia	1	13	7	87	8	100
Terapia combinada com cirurgia	45	40	15	40	60	100

A seguir, na Tabela 26, descreve-se os agrupamentos formados com a variável domínios do PROMIS para avaliação adicional. Nota-se, que no *cluster* 1 prepondera respondentes que demandaram de 6 a 13 domínios de cuidado em saúde mental, com 61%. Para o *cluster* 2, o grupo de 0 a 5 domínios foi prevalente, com 45%.

Tabela 26. Frequência dos *clusters* por domínios do PROMIS para avaliação adicional.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
PROMIS – de 0 a 5 para avaliação adicional	19	54	16	45	35	100
PROMIS – de 6 a 13 para avaliação adicional	32	61	20	38	52	100

Quanto ao quociente de satisfação sexual masculino, a Tabela 27 reporta que tanto no *cluster* 1 quanto no *cluster* 2 a predominância foi de pacientes com resultados ruins no nível de satisfação sexual. Vê-se, entretanto, que para o *cluster* 1 a maior incidência foi da classificação nulo a ruim, com 88%, para o *cluster* 2 predominou a classificação ruim a

desfavorável, com 64%.

Tabela 27. Frequência dos *clusters* por classificação do QS-M.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Bom a excelente	5	71	2	29	7	100
Regular a bom	6	60	4	40	10	100
Desfavorável a regular	11	78	3	22	14	100
Ruim a desfavorável	14	36	25	64	39	100
Nulo a ruim	15	88	2	22	17	100

Sobre a quantidade de comportamentos de autocuidado em uso, numa semana típica, a Tabela 28 descreve o *cluster* 1 como caracterizado principalmente por respondentes que utilizam de 0 a 3, com até 67%. Já o *cluster* 2, é intensamente representado por respondentes que, também numa semana típica, utilizam de 4 a 6 comportamentos de autocuidado, com 55%.

Tabela 28. Frequência dos *clusters* por comportamento de autocuidado em uso.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
0 a 3 comportamentos	36	67	17	33	53	100
4 a 6 comportamentos	15	44	19	55	34	100

Referente aos comportamentos de risco em uso, a Tabela 29 demonstra que no *cluster* 1 prepondera participantes que se avaliam emitindo de 3 a 5 dos comportamentos questionados, com 70%. Para o *cluster* 2, nota-se que a maior preponderância é de participantes que se percebem emitindo de 0 a 2 destes comportamentos de risco, com 77%. Em seguida, são apresentadas as análises dos *clusters* com as médias e os desvios-padrão obtidos com as variáveis numéricas contínuas da pesquisa. Foram realizados testes *t*

de student, para obter o nível de significância para cada variável, com o objetivo de refutar a hipótese de que as médias em cada grupos são iguais. Com isso, espera-se produzir evidências de diferenças estatísticas entre os *clusters* e de similaridades interna dentro de cada um.

Tabela 29. Frequência dos *clusters* por comportamento de risco em uso.

	<i>Cluster</i>					
	1		2		Total	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
0 a 2 comportamentos	9	33	18	77	27	100
3 a 5 comportamentos	42	70	18	30	60	100

Para a variável score geral do WHOQOL – BREF, tanto o *cluster* 1 quanto o *cluster* 2 agruparam pacientes com avaliação ruim na QV (≤ 50). Entretanto, no *cluster* 1 foram agrupadas as médias mais baixas, próximas a 10. Já o *cluster* 2, agrupou participantes com avaliação levemente melhor no constructo, os quais a média está mais próxima do score geral alcançado por toda a amostra, como pode-se verificar na Tabela 30.

O valor de p foi significativo para a variável analisada, com nível de significância abaixo do convencionado 0,05, confirmando a diferença estatisticamente significativa entre os grupos identificados

Tabela 30. Centróide da variável score geral do WHOQOL – BREF.

	Média		Desvio-padrão			Teste t de student		
	<i>Cluster</i>						t	p
	1	2	Geral	1	2	Geral		
WHOQOL – BREF – Score geral	13,1	29,7	48,6	1,1	2,8	3,5	1,12	0,00*

* Valor $p < 0,05$

Os resultados dos itens 1 e 2 do instrumento, os quais avaliam a 1) Percepção

subjetiva a respeito da satisfação com a qualidade de vida e 2) Satisfação com a saúde estão expostos na Tabela 31. No *cluster* 1, as médias para os dois itens foram as mais baixas e os desvios-padrão maiores. No *cluster* 2, as médias dos referidos itens também foram baixas, contudo, foram mais significativas, estando ambas próximas do escore geral obtido por todos os participantes, no *cluster* 2 os desvios-padrão foram mais baixos.

O valor de p foi significativo para as variáveis analisadas, com nível de significância abaixo do convencionado 0,05, confirmando a diferença estatisticamente significativa entre os grupos identificados.

Tabela 31. Centróide das variáveis 1. percepção geral da qualidade de vida e de 2. satisfação com a saúde.

	Média		Desvio-padrão			Teste t de student		
	<i>Cluster</i>		Geral	1	2	Geral	t	p
	1	2						
1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	21,4	27,3	30,8	9,2	3,8	2,0	6,04	0,04*
2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	17,1	21,9	25,3	8,1	5,0	1,2	2,81	0,00*

* Valor $p < 0,05$

Tomando como referência os resultados de agrupamento de cada variável, torna-se viável identificar as principais características de cada *cluster*, pautando-se na predominância das variáveis identificadas nas tabelas anteriores. A Tabela 32 informa textualmente o detalhamento dessas características:

Tabela 32. Análise comparativa das características dos *clusters*.

Variáveis	<i>CLUSTER</i> 1 é predominante	<i>CLUSTER</i> 2 é
-----------	---------------------------------	--------------------

	caracterizado por:	predominante caracterizado por:
Faixa de idade	47 aos 68 anos	36 aos 46 anos
Escolaridade	Menor nível de escolaridade	Maior nível de escolaridade
Etnia autorreferida	Negros e pardos	Branços
Metástase	Com metástase	Sem metástase
Tratamento	Tratamentos combinados incluindo cirurgia	Quimioterapia e/ou radioterapia
PROMIS	6 a 13 domínios	0 a 5 domínios
QS-M	Satisfação sexual ruim	Satisfação sexual ruim
Comportamentos de autocuidado em uso	De 0 a 2 comportamentos	De 4 a 6 comportamentos
Comportamentos de risco em uso	De 3 a 5 comportamentos	De 0 a 2 comportamentos
Escore geral -WHOQOL BREF	–Desempenho ruim, com menor média	Desempenho ruim, com média levemente superior
Escore geral - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Percepção ruim da qualidade de vida	Percepção ruim de qualidade de vida, embora com média levemente superior
Escore geral - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Percepção ruim de satisfação com a saúde, embora com média levemente superior	Percepção ruim de satisfação com a saúde, embora com média levemente superior

O *cluster* 1 é composto predominantemente por um perfil de homens mais velhos, com menor nível de escolaridade, de etnia negra e parda, com presença de metástase, submetidos a tratamentos, invasivos e longos, combinados que incluem a cirurgia oncológica. Sobre a saúde mental, predomina de 6 a 13 domínios impactados, com nível de satisfação sexual ruim, emitindo de 0 a 2 comportamentos de autocuidado e de 3 a 5 comportamentos de risco. Neste grupo, a avaliação geral de qualidade de vida foi ruim com menor média, a percepção de qualidade de vida e de satisfação com a saúde também foram ruins. Considerando essas características, percebe-se que se trata de pacientes com vulnerabilidades sociais, submetidos a tratamentos mais longos e invasivos, com piores indicadores de saúde mental, repertório escasso de autocuidado e autopercepção sobre a própria saúde e a vida também significativamente comprometidas, ou seja, um paciente que pode ser classificado como “*highly critical*”.

O *cluster* 2 é composto predominantemente por um perfil de homens mais jovens,

com nível de escolaridade mais elevado, de etnia branca, sem metástase diagnosticada, submetidos a tratamentos oncológicos menos invasivos como a quimioterapia e/ou radioterapia. Sobre a saúde mental, predomina de 0 a 5 domínios impactados, com nível de satisfação sexual também ruim, emitindo de 4 a 6 comportamentos de autocuidado e de 0 a 2 comportamentos de risco. Neste grupo, a avaliação geral de qualidade de vida também foi ruim, mas com média superior à alcançada no *cluster* 1. A percepção de qualidade de vida e de satisfação com a saúde também foram ruins, entretanto, alcançaram médias superiores ao do primeiro *cluster*.

Tomando como referência estas características, conclui-se que se trata de pacientes com menos vulnerabilidades sociais, submetidos a tratamentos menos invasivos, com menos domínios de saúde mental impactados e frequência significativa de repertório de autocuidado. A auto percepção sobre a própria saúde e a vida, embora em nível baixo foram melhores, estando com médias mais próximas do desempenho geral da amostra, ou seja, um paciente que pode ser classificado como “*moderately critical*”.

Discussão

Características sociodemográficas e história clínica do tratamento

No âmbito mundial, o último levantamento publicado em 2020 pela The International Agency for Research on Cancer (IARC), estima que até 2040 uma em cada cinco pessoas desenvolverá câncer durante a vida, sobre os homens a proporção deverá ser um em cada oito. Os dados demonstram também que, mundialmente, os três tipos de câncer mais incidentes na população masculina deverão ser respectivamente o de pulmão (27,7%), o de próstata (25,9%) e o colorretal (20,5%).

No Brasil para cada ano do triênio 2023-2025 são estimados 704 mil novos casos de

câncer, com especial destaque para as regiões Sul e Sudeste que, juntas, agruparão cerca de 70% desses casos. Em homens, o câncer de próstata é predominante em todas as regiões, totalizando 72 mil casos novos estimados a cada ano do próximo triênio. Nas regiões de maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), os tumores malignos de cólon e reto ocupam a segunda ou a terceira posição, sendo que, nas de menor IDH, o câncer de estômago é o segundo ou o terceiro mais frequente entre a população masculina (Brasil, 2022).

Especificamente sobre a região Nordeste, os tipos de câncer mais incidentes na população masculina para o triênio considerado, excetuando-se o de pele não melanoma, são: próstata, 20.650 casos (38,1%), traqueia, brônquio e pulmão, 3.450 casos (6,4%), estômago 3.450 casos (6,4%) e o de cólon e reto, 3.100 casos (5,7%). Esta tendência nas principais neoplasias que acometem o homem também foi constatada na presente pesquisa.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2020) em decorrência da exposição prolongada aos fatores de risco que favorecem o surgimento das neoplasias, a incidência do câncer no homem aumenta drasticamente com a idade. A média de idade dos homens diagnosticados com câncer é imprecisa, entretanto, estudos como os de Levin-Dagan & Baum (2022), Quincey, Williamson & Wildbur (2021), Williamson et al. (2020) e Brodie, Esiaka & Nwakasi (2020) sugerem médias de idade mais elevadas, acima de cinquenta e cinco anos, padrão também observado neste estudo. Acrescente-se a isso, que para Czorny et al. (2017) a idade avançada é um dos principais fatores de risco para o câncer de próstata, neoplasia mais prevalente nesta amostra.

Outros fatores de risco recorrentes na literatura são a baixa escolaridade e as condições socioeconômicas precárias (Lee et al., 2018, Pauget, et al., 2021), ambas identificadas nesta amostra. Tais fatores podem reduzir a qualidade de vida geral, o acesso dos sujeitos às informações sobre prevenção e promoção de saúde, tornando-os mais susceptíveis à exposição aos fatores de risco para o câncer. Quando já diagnosticados,

retardam ou inviabilizam o acesso aos serviços de saúde para início do tratamento, sobretudo em decorrência de vulnerabilidade financeira presente (Caleyachetty, et al., 2015; Kelly, et al., 2023; Cruz-Reyes & Radisky, 2023; Davis, et al., 2021).

A vulnerabilidade socioeconômica é um fator fundamental para se compreender a incidência do câncer, pois pode dificultar o acesso do paciente aos serviços de saúde, retardando a prevenção e a detecção precoce das neoplasias, estratégias importantes para início precoce do tratamento e evitação de agravamento da doença. Considera-se que a ausência das medidas de prevenção e diagnóstico precoce eleva as taxas de morbimortalidade por câncer (Cruz & Irffi, 2016).

Concernente às intervenções médicas, diversos fatores devem ser considerados ao se estabelecer um plano terapêutico, por exemplo: o estadiamento atual do câncer, a localização do tumor, a existência de metástase, a idade e as condições de saúde gerais do paciente (Clark, Vesprmi & Narod, 2022). Equivalente ao que se verificou nesta pesquisa, estudos anteriores como os de Pimentel et al., (2023), Tolossa et al., (2022), Wang et al., (2022), Corpes et al., (2022) e Faria et al., (2022) reportaram a escolha de distintos tratamentos médicos, como a imunoterapia, a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia e as cirurgias, destaca-se ainda que frequentemente tais tratamentos são indicados de forma combinada. Pode-se afirmar, então, que os principais dados sobre o perfil sociodemográfico e o tratamento médico constatados nesta amostra encontram-se em concordância com a literatura.

Qualidade de vida, satisfação sexual e saúde global

A QV geral da amostra foi baixa. Este resultado é consistente com a tendência verificada em pesquisas anteriores que identificaram redução considerável na QV de pacientes em tratamento oncológico, tais como os trabalhos de Parker et al. (2016), Eyl et

al. (2018), Downing et al (2019), Gregor et al. (2016), Jeldres et al. (2015), Ernstmann et al. (2017), Stephen (2013), Vonk-Klaassen et al. (2016), Orom (2018) e Green et al. (2011).

Os tipos de tratamentos médicos realizados, as características bioquímicas do tumor, traços de personalidade, o nível de instrução do paciente, o tipo de configuração familiar, a presença de crenças religiosas, de estratégias de enfrentamento, o relacionamento com a equipe e a ocorrência dos impactos psicossociais são todas variáveis importantes: todas são afetadas e afetarão, em alguma extensão, a QV, de forma particular em cada caso (Barbosa et al., 2017; Ferradina et al., 2020; Fizazi et al., 2020; Reale & Maio, 2020).

Os domínios da QV que são mais comprometidos em decorrência do câncer são identificados de forma variada, não apresentando resultados que demonstram alguma tendência (Fizazi et al., 2020; Reale & Maio, 2020). No presente estudo, os quatro domínios mensurados pelo WHOQOL-BREF apresentaram pontuações baixas, contudo, o domínio físico obteve a pior avaliação. Através deste dado, supõem-se que o comprometimento na QV, causado pelo câncer, estende-se de forma ampla, implicando em limitações e prejuízos no âmbito social, psicológico e principalmente no físico. A extensão deste comprometimento alcança também a percepção de satisfação com a própria saúde e com a vida. Por isso, o câncer pode ser um evento ameaçador da existência, da funcionalidade, da saúde mental, da sociabilidade, do alcance de satisfação e de prazer na vida dos participantes.

A respeito disto, os estudos de Salami et al. (2016), Kimura et al. (2017), Silva et al. (2018), Cavka et al. (2021), Mauro et al. (2021) e Baguley et al. (2021) descrevem que os impactos mais severos decorrentes do tratamento oncológico, observados em homens, foram especialmente no âmbito físico, como a presença de dor, de limitações físicas, de locomoção e de autonomia, complicações urinárias, disfunções sexuais e mudanças na imagem corporal. Ainda sobre isso, Aslan et al. (2014) asseveram que cerca de 43% de pacientes em tratamento oncológico vivenciam algum tipo de dor, 90% fadiga, 95% fraqueza, 31% diarreia, 73%

vômito 31%, cólicas abdominais e 40 %, feridas na boca.

Este dado é coerente com o que foi observado na presente pesquisa, pois no domínio físico as facetas que obtiveram as piores avaliações foram a 4 – dependência de medicação e tratamentos, e a 3 – dor e desconforto. Concernente, a faceta 4 - dependência de medicação e tratamentos, o tratamento oncológico, geralmente, é de longa duração, impondo a permanência prolongada e frequente do paciente no hospital e ocasionando a interrupção do ciclo de vida que estava em curso, caracterizando a dependência da medicação e do tratamento. Como consequência deste processo, o sujeito vivencia diversas perdas, como as atividades profissionais, o convívio social amplo, a realização de atividades físicas e de lazer, o convívio familiar e a rotina de vida de forma geral (Dias & Leite, 2014).

No âmbito social, a dependência do tratamento oncológico, muitas vezes, culmina em separações familiares, induz o sofrimento conjugal e diminui a qualidade dos relacionamentos amorosos, provoca problemas de relacionamento e ajustamento social, isolamento ou diminuição gradativa de contatos sociais, as mudanças na função sexual também podem ser agrupadas nesta categoria (Costa et al. 2015; Wang & Feng 2022). Embora não esteja dentro do escopo desta tese, é fundamental pontuar que há também produção de impactos psicossociais relevantes para as famílias, os cuidadores e a equipe de assistência oncológica.

Quanto à faceta 3 – dor e desconforto, a dor é o sintoma físico mais comum durante o tratamento e em sobreviventes do câncer, neste contexto estima-se que 55% dos pacientes vivenciam dor de intensidade moderada à grave (Bennett, et al. 2019). A dor, quando intensa e duradoura, interfere consideravelmente na qualidade de vida dos indivíduos, pois reduz a capacidade funcional e produtiva (diminuição da capacidade de realizar atividades de vida diárias), gerando maiores níveis de dependência (Fonseca et al. 2013).

Pode produzir comorbidades como ansiedade, depressão, distúrbios do sono,

alteração de humor e apetite (Fonseca et al. 2013). A exposição à dor pode provocar também isolamento social, desmotivação, alterações nas relações do sujeito com suas crenças religiosas, princípios e valores de vida, questionamentos quanto a fé, o valor e o sentido da vida, sentimentos de desamparo e desesperança (Kanematsu, et al. 2022).

Na literatura há evidências de que a dor é um fator de risco para redução na qualidade de vida, agravamento do prognóstico, diminuição da autonomia e do bem-estar, ameaça de aumento do sofrimento físico e dos desafios à manutenção da dignidade do paciente oncológico. Outros efeitos deletérios podem ser também prejudicar as funções cognitivas, as atividades diárias, físicas e sociais, o apetite e o sono, que são prejudicados pela dor em pelo menos 58% destes pacientes (Graner et al. 2010).

As pesquisas de Izzo et al. (2019), Kanematsu et al. (2022), Fernandes et al. (2022), Barbosa et al. (2021) e Santos et al. (2014) demonstram que em pacientes oncológicos foi constatada a presença de dor em níveis variados. Observaram também associações estatisticamente significativas da intensidade da dor com comprometimentos nos domínios da qualidade de vida, na satisfação sexual, na existência de psicopatologia e em aspectos sociais como higiene pessoal e realização de atividades de lazer.

Infer-se também, que os prejuízos na satisfação sexual da amostra podem ser decorrentes do tratamento oncológico, como viu-se que a média geral no QS-M foi baixa, com maior proporção de participantes classificados com satisfação sexual de ruim à desfavorável. As pesquisas prévias como as de Krychman e Katz (2012), Tucker et al. (2016), Rouanne et al. (2012), Greimel et al. (2008), Raposo et al. (2017), Heyne et al. (2023), asseguram que um dos impactos mais recorrentes, a curto médio e longo prazo, do tratamento oncológico em diferentes populações é na atividade e na satisfação sexual, quando em homens comumente produz também disfunções.

A sexualidade é um dos elementos importantes da qualidade de vida, pois é

fundamental na manutenção de relacionamentos sociais adequados e no sentimento de pertencimento a um grupo (Zanni et al. 2003). A satisfação sexual pode relacionar-se com a autoestima e com melhores níveis de saúde mental (Doll et al. 2013). A vida sexual ativa e satisfatória é importante para contribuir com o bem-estar na vida adulta, em particular em adultos mais velhos, e a percepção subjetiva da satisfação sexual tem várias conexões com muitos domínios funcionais da qualidade de vida (Forbes, et al. 2017).

Indivíduos com tratamento oncológico em curso, ou sobreviventes de câncer, possuem maior probabilidade de experimentar insatisfação sexual que indivíduos sem histórico oncológico, na mesma faixa de idade (Raposo et al 2017; Heyne et al. 2023). Em pesquisa conduzida por Raposo et al. (2017) foi percebido também que, de forma oposta ao que ocorre com outros impactos decorrentes do câncer, a insatisfação sexual não melhorou com a passagem do tempo, considerando uma amostra de coorte de cinco a dez anos após o término do tratamento.

Quando comparados por sexo, os pacientes oncológicos homens possuem até 80% a mais de chance de experimentarem disfunções sexuais ou insatisfação com a própria sexualidade, sobretudo quando diagnosticado com algum câncer do trato urinário e submetidos à prostatectomia, radioterapia e terapia hormonal. Nestes homens, a queixa mais comum é a de disfunção erétil (Siegel, et al. 2012).

É fundamental destacar que indivíduos com câncer de próstata sofrem danos em regiões anatômicas diretamente associadas à disfunção sexual e a infertilidade (Heyne et al. 2023). Não manter relações sexuais, ter disfunção erétil, assim como dor na relação sexual e diminuição da libido são apenas alguns exemplos das consequências que o câncer traz para os indivíduos neste aspecto. Todas essas mudanças interferem diretamente na sexualidade dos sujeitos, no aspecto físico e emocional (Heyne et al. 2023; Valdieso, et al. 2012).

Ainda sobre este aspecto, indivíduos submetidos à intervenções oncológicas menos

mutilantes e invasivas, que produzam efeitos colaterais de intensidade menor e controláveis, com menos comprometimento físico e funcional e em melhores condições gerais de saúde física e mental tendem a apresentar maiores índices de satisfação sexual e, conseqüentemente, avaliação de satisfação e de qualidade de vida mais elevados (Heyne et al., 2023; Forbes et al., 2017; Doll et al., 2013; Tucker et al., 2016).

Através da observação destes dados, supõe-se que a necessidade de permanência prolongada no hospital, a dependência dos medicamentos e tratamentos, os impactos no aspecto físico e funcional provocados pelo tratamento e dificuldades de cunho sexual possam relacionar-se com a redução na qualidade de vida geral em todos os domínios avaliados pelo WHOQOL – BREF. Do ponto de vista analítico comportamental, o comprometimento no domínio físico pode ter reduzido a capacidade de interação funcional organismo/ambiente possível aos participantes, modificando de forma relevante a capacidade física de estabelecer interações com o meio sociocultural, antes típico de suas vidas (trabalho, família, lazer, atividades sexuais e etc).

Esta modificação na interação com o ambiente sociocultural altera também a cadeia de produção de conseqüências, reduzindo a produção de conseqüências reforçadoras ou mesmo impedindo o acesso a elas, caracterizando o processo da extinção operante. Considera-se também que, dada a existência da dor e do desconforto, algumas contingências com função aversiva provavelmente foram inseridas no ambiente dos participantes.

Quando se observa os impactos do câncer na qualidade de vida de pacientes homens, algumas especificidades devem ser adicionadas. Pode haver ainda, uma redução no senso de masculinidade destes homens, provocada principalmente pelo impedimento do seu desempenho sexual e da limitação para que realizem a função de provedores de suas famílias, comportamentos que ainda compõem fortemente modelos de masculinidade (Tsang, et al. 2019).

O modelo de masculinidade com estas características é chamado de hegemônica. Nesta performance, os homens são ensinados e reforçados a se comportarem de forma autoritária, racional, corajosa, líder, poderosa, forte, destemida, independente, emocionalmente desapegada, homofóbica, agressiva, inabalável, sexualmente viril, consumir álcool e objetificar a mulher (Connell, 1987, 2005; Windsor, 2015; Kimmel & Matthew, 2003). Determinados símbolos como armas, carros, esportes radicais e o espaço público da rua compõem o universo deste modelo (Souza, 2005).

Para Quincey, Williamson e Wildbur (2021) as regras impostas pelos modelos de masculinidade moldam a forma como tais homens vivem, percebem e se comportam em relação ao câncer e a si mesmos, os diversos impactos e prejuízos acarretados pelo tratamento oncológico alteram a maneira como se percebem, se valorizam e se descrevem como homens, nas diversas relações sociais. Tais mudanças, recorrentemente se dão por inseguranças e questionamentos a respeito de seu valor e importância, culminando em prejuízos psicossociais, ao bem-estar e a qualidade de vida.

Este processo é denominado por Wang e Feng (2022) como deterioração do autoconceito, recorrente em indivíduos com câncer. Segundo as autoras, o câncer não somente causa dor física, mas também mina o autoconceito dos pacientes: a autoestima, a imagem corporal e a autoavaliação. Aspectos típicos do tratamento como incertezas, danos físicos, perdas financeiras, materiais e sociais, acrescidas de dor e desconforto fazem com que tais pacientes estejam vulneráveis à mudança em sua autopercepção.

Quando a média geral de qualidade de vida foi desagregada em grupos formados por variáveis de interesse, observou-se diferenças estatisticamente significativas em alguns destes grupos, o que representa que a média da QV não se distribui de forma homogênea em toda a amostra. Houve diferença estatisticamente significativa, sendo pior avaliada em alguns grupos.

Concernente às duas variáveis percepção de satisfação com a própria QV e com a saúde, evidenciou-se que a o grupo com percepção negativa apresentou pior QV. A maneira com um paciente percebe sua saúde e sua própria qualidade de vida pode ser influenciada pela idade, sexo, nível educacional, estilo de vida, fatores culturais, biológicos, psicológicos e sociais e pelo local de residência, estilos de vida e condições gerais de saúde física e mental. As referidas percepções são importantes preditoras de adesão e enfrentamento ao tratamento de diversas doenças crônicas, incluindo o câncer (Sayón-Orea et al., 2018).

O indicador de qualidade de vida tende a ser melhor quando a autopercepção do sujeito sobre a própria vida e a QV são satisfatórios. Esta autopercepção satisfatória pode tornar mais provável que o sujeito se engaje em cuidados com a própria saúde de forma ampla, tornando-o ativo, funcional, sociável, reforçando um conjunto de crenças como ser aceito, produtivo, aumentando o senso de resolução de problemas e da existência da rede de apoio (Barbosa & Sousa, 2021; Guimarães et al., 2019; Kaleta et al., 2009; Shoostari, 2001; Kretschmer & Loch, 2022). Acrescente-se a isto, que no teste de correlação de variáveis apresentadas, a auto percepção sobre a própria saúde e qualidade de vida relacionaram-se de forma positiva e moderada com a QV, ou seja, os valores altos das duas variáveis correspondem aos valores altos da QV.

Sobre a variável do PROMIS, viu-se que no grupo com 6-13 domínios comprometidos, a avaliação da QV foi pior. Considera-se que o impacto de problemas de saúde mental na qualidade de vida da população oncológica ainda é um assunto pouco investigado, pois muitas vezes é priorizada a abordagem de aspectos físicos e funcionais (Domantay, 2014). Os problemas psicológicos impactam significativamente na funcionalidade, aumentando o nível de dependência, no estabelecimento de relações sociais, na realização das principais atividades diárias e conseqüentemente na qualidade de vida, reduzindo autoestima e senso de autoeficácia. Pessoas que apresentam doenças mentais

graves possuem qualidade de vida inferior à da população em geral (Defar et al., 2023; Berghöfer et al., 2020).

Como exemplo disto, as pesquisas realizadas por Sánchez et al. (2016) e Kravetz, Faust & Davi (2000) demonstraram que variáveis como sofrimento psicológico, disfunção cognitiva e transtornos mentais graves foram preditores de piores índices de qualidade de vida em populações diversas. Especialmente sobre pacientes em tratamento para doenças crônicas evidenciam, a partir disto, que tratamentos baseados em evidências devem englobar também questões psicossociais, além da reabilitação física dos participantes, como estratégia essencial para manutenção da qualidade de vida.

Fortalecendo esta perspectiva, na amostra deste estudo, o teste de correlação revelou que o PROMIS I correlaciona-se de forma negativa e fraca com a média geral da QV, ou seja, os valores altos em um correspondem aos valores baixos do outro.

A respeito das duas variáveis tempo de tratamento e tratamentos combinados com cirurgia, retoma-se que as cirurgias oncológicas frequentemente são mutilantes e invasivas, acarretando alteração na imagem corporal, na mobilidade, na sexualidade, na capacidade funcional e na autonomia do paciente, em muitos casos, de forma irreversível. Como exemplos desse processo temos: as cirurgias de mastectomia que são frequentemente relacionadas ao aumento da insatisfação com a aparência física, especialmente entre as mulheres (Prates et al., 2017); a cirurgia de penectomia, parcial e total, usualmente correlacionada a redução da qualidade de vida do homem, perda de confiança, ansiedade, depressão e disfunção erétil (Stecca et al., 2021); e as cirurgias de amputação de membros que ainda são típicas no tratamento do osteossarcoma de pacientes do sexo masculino, usualmente de idade mais avançada e com nível socioeconômico vulnerável (Evans et al., 2020).

Muitas vezes, o câncer apresenta progressão lenta e demanda tratamento médico

demorado e invasivo, processo típico de muitas doenças crônicas. Por esta razão, é um evento potencialmente ameaçador da qualidade de vida (Megari, 2013). Quanto mais demorado e invasivo o tratamento oncológico, com cirurgias por exemplo, há a identificação de piora no indicador de qualidade de vida dos indivíduos, visto que os impactos gerados pelo tratamento tendem a ser mais extensos e duradouros (Lewandowska et al., 2020). Ressalta-se que tais impactos não se restringem aos aspectos físicos, mas são também psicológicos, sociais e econômicas (Kimberly et al., 2022).

As pesquisas de Eunfunkoya et al. (2015), Singer et al. (2012), Palitzika et al. (2022), Rautalin et al. (2021), Archer et al. (2019) e Ronning et al. (2019) com pacientes em tratamento oncológico ativo, evidenciaram que os participantes expostos a tratamentos com cirurgias apresentaram piora na qualidade de vida, quando comparados ao grupo que não realizou cirurgia ou realizou cirurgias menos invasivas, com uso de robótica por exemplo, e com processo de recuperação rápido. Evidenciam também, que a piora na qualidade de vida tende a se manter enquanto o tratamento estiver em curso.

Adicionalmente, Eunfunkoya et al. (2015), Ronning et al. (2019) e Archer et al. (2019) evidenciam também que a qualidade de vida dos participantes melhorou com o passar do tempo, entre seis e doze meses após a realização da cirurgia. Descrevem que quando o tratamento proporciona benefícios como a melhora da aparência, da autonomia, de realização de algum tipo de lazer e redução de dor, pode ser determinante para melhoria da qualidade de vida a médio prazo.

Sobre as variáveis etnia e classificação econômica, predominou pior qualidade de vida no grupo dos homens negros e classificados economicamente como C1 e C2. Ao se discutir saúde e qualidade de vida de homens, é indispensável que se considerem marcadores sociais, tais como etnia, sexualidade, classe social e crenças religiosas, por exemplo. A não consideração de tais marcadores produz um saber genérico, unilateral, focado em um tipo de

homem - o de etnia branca, heterossexual oriundo de classe média - e que mascara as iniquidades existentes no acesso à saúde e às condições necessárias para a manutenção da qualidade de vida de minorias sociais (Hammack et al., 218; Drummond, 2019).

Estes marcadores, ou determinantes sociais, são em grande parte os definidores dos recursos que os indivíduos possuem, em decorrência de sua posição social, para prevenirem-se contra o câncer, detectarem-no precocemente, iniciar e manter tratamento de qualidade, reduzir a mortalidade e mobilizar os recursos financeiros e sociais que possam garantir alguma qualidade de vida no câncer. A maior vulnerabilidade que alguns indivíduos mantêm neste contexto, são decorrentes de desigualdades socioeconômicas. Somente identificando as disparidades existentes entre grupos sociais, relacionados ao câncer, será possível reduzir as iniquidades (Hirko et al. 2022).

Na perspectiva de Green et al. (2014) as minorias sociais possuem pior acesso aos serviços de saúde que lhes possibilitem exames de detecção do câncer. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento também costuma ser longo, visto que muitas vezes não possuem plano de saúde, ou quando o possuem a cobertura pode ser bastante limitada. A não detecção precoce aumenta a possibilidade de diagnóstico do câncer já em estágio avançado, quando o tratamento possível é invasivo e lento. Este cenário aumenta a incidência de morbimortalidade, a intensidade dos efeitos colaterais e a redução da qualidade de vida.

As pesquisas de Matthews et al. (2013), Dimarco e Mili (2022), Zavala et al. (2020), Hirko et al. (2022), Dickey e Gunsanya (2018) e Lubeck et al. (2021) produziram evidências que a etnia é variável a ser considerada no câncer. Tais estudos sustentam que os homens negros adoecem mais jovens de câncer, apresentam pior qualidade de vida e maior mortalidade, quando comparados à outros grupos étnicos. Ainda de acordo com Matthews et al. (2013), as políticas públicas de prevenção, tratamento e reabilitação para o câncer devem considerar esta realidade sociocultural.

Em referência às discussões construídas nesta seção, considera-se que as hipóteses A) Pacientes homens vivenciam impactos nos principais indicadores de qualidade de vida e a C) A satisfação sexual autorreferida pela amostra é ruim/desfavorável, foram confirmadas. Já a hipótese D)O nível de satisfação sexual e de saúde mental apresentam correlação positiva e forte com o indicador de qualidade de vida, não foi confirmada, haja vista que apenas o nível de satisfação sexual correlacionou-se positivamente com a QV. No quadro 2, há uma síntese dos principais resultados alcançados sobre a QV dos participantes.

Quadro 2. Síntese dos principais resultados alcançados sobre a QV

Medidas de qualidade de vida	
Qualidade de vida geral	Baixa
Percepção de satisfação com a saúde e com a qualidade de vida	Baixas
Domínio da qualidade de vida com o pior comprometimento	Domínio físico
Facetas do domínio físico com o pior comprometimento	-Dependência de medicação e tratamentos; -Dor e desconforto
Quociente sexual masculino – QS-M	
Nível de satisfação sexual auto referida	Ruim a desfavorável
Correlação de variáveis com a QV	
Correlação positiva de intensidade moderada	- QSM; - Como você avalia sua qualidade de vida
Correlação negativa de intensidade fraca	- PROMIS
Teste de hipóteses – Diferenças na QV por grupos clinicamente relevantes	
Grupos que apresentaram evidências de diferença estatisticamente significativa, com QV pior	Variáveis do tipo 1 - subjetivas: - Grupo que avaliou a qualidade de vida como muito ruim a nem ruim nem bom; - Grupo que avaliou a própria satisfação com a saúde como muito insatisfeito a nem satisfeito nem insatisfeito; Variáveis do tipo 2 – saúde global: - Grupo com mais de 6 domínios rastreados para avaliação adicional no PROMIS;

	<p>Variáveis do tipo 3 – tratamento oncológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo com mais de um ano de tratamento; - Grupo submetido a intervenções combinadas com cirurgia; <p>Variáveis do tipo 4 – socioeconômica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo étnico de homens negros; - Grupo com a menor classificação sócioeconômica: C1 e C2
--	--

Indicadores de saúde, comportamentos de risco e de autocuidado

A saúde é um constructo importante que se ampliou, comportando uma abordagem abrangente e complexa. Anteriormente, foi considerada somente ausência de doenças, enfatizando uma compreensão biomédica e física, até que em 1947 a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças (OMS, 2012). Embora esta definição tenha sido considerada avançada para a época, hoje é percebida como irreal, idealizada e inalcançável, por propor uma perfeição inatingível (Segre & Ferraz, 1997).

Entretanto, reconhece-se que a vida da maioria das pessoas é caracterizada por um ritmo e cultura urbanos, pelo consumo, pela exposição prolongada a diferentes fatores de risco e pela centralidade que o trabalho e o capital assumiram, demandando a consolidação de um conceito ampliado de saúde: expandido além do campo biológico e sustentado em outras perspectivas que não somente o das doenças em si (Rabelo, 2010).

Tentativas permanecem ativas, buscando contruir um conceito dinâmico que trate a saúde não como imagem complementar da doença, mas como construção permanente de cada indivíduo, da coletividade e do poder público, expressando-se pela ampliação do uso de potencialidades de cada sujeito e da sociedade, refletindo as possibilidades de defesa da vida (OMS, 2012).

O termo saúde do homem é devidamente empregado para referir-se aos problemas de saúde física e mental que preocupam os homens, também se refere às diferenças nas necessidades de saúde e cuidados demandados por jovens e adultos do gênero masculino, que vão muito além das questões reprodutivas. Compreende-se que fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuem para as diferenças de gênero na saúde (Braahler & Maier, 2015). Este campo de conhecimento busca compreender os problemas de saúde masculinos que surgem de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, comportamentais e ambientais, impactando especificamente em meninos e em homens, para os quais intervenções específicas são necessárias, a fim de alcançar melhorias na saúde, qualidade de vida e bem-estar, individualmente e coletivamente. (White & Cash 2011).

Concernente à saúde da amostra desta pesquisa, observou-se que, acrescido do câncer, alguns problemas de saúde física e mental foram referidos. No âmbito físico, 51% está abaixo do peso ideal, 31% hipertensos, 18% diabéticos, problemas pulmonares/respiratórios e doenças cardíacas correspondem a 15%. Já a respeito da saúde mental, 19% referiram depressão e 25% referiram ansiedade, como viu-se na imagem 4. A amostra caracteriza-se também por 59% apresentarem de seis a treze domínios de avaliação e cuidado adicional em saúde mental. Os domínios comprometidos em mais de 50% destes homens foram cinco: a ansiedade (86%), a raiva, (80%), a depressão (71%), pensamentos/comportamentos repetitivos (69%) e o uso de substâncias (59%).

As principais doenças físicas referidas pela amostra são denominadas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Representam a maioria das causas de morte e redução de qualidade de vida em muitos países, embora acometa sujeitos de diferentes classificações socioeconômicas, considera-se que é mais frequente em sujeitos em vulnerabilidades sociais, ainda que residentes em países em desenvolvimento, perfil bastante consistente com o da presente amostra. A resposta à crise de DCNT tem como estratégia essencial o foco na

prevenção primária, única abordagem capaz de garantir que as gerações futuras não corram o risco de morrer de forma prematura por causa dessas doenças. O controle do tabagismo e a redução do sal constituem as prioridades máximas (Goulart, 2011).

No país, as DCNT representam um problema de alta magnitude e representam cerca de 70% das causas de morte, incidindo fortemente em camadas pobres da população e em grupos com outras vulnerabilidades sociais, como a população de baixa escolaridade, características também presentes na amostra desta pesquisa. Os principais determinantes das DCNT são as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens, aos serviços, às informações e também os fatores modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física, alimentação inadequada, tornando possível a prevenção (Brasil, 2011).

Recorrentemente, as DCNT apresentam progressão lenta com fases de exarcação e remissão, para algumas a cura é inexistente. As DCNT possuem grande potencial de comprometer a saúde global (física e emocional) dos indivíduos, culminando na redução da qualidade de vida. As principais doenças deste grupo responsáveis pelos óbitos de homens no Brasil são as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes (Malta et al. 2019).

As pesquisas de Pasquetti et al. (2021), Malta et al. (2017), Figueiredo et al. (2021) e Ayalew (2021) são consistentes ao observar os impactos negativos das DCNT na qualidade de vida de diferentes populações, com ênfase no comprometimento físico, tal como evidenciado na amostra da presente pesquisa. Descrevem que estes impactos são condicionados por variáveis como idade, sexo, escolaridade, área de residência e tempo de duração da doença. Estes pacientes tendem a consumir mais serviços de saúde por apresentar um número maior de intercorrências graves.

Considera-se que um dos principais fatores de risco para o surgimento das DCNT

são o estilo de vida e os hábitos das pessoas, quando há comportamentos de risco como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade, mais chances os indivíduos possuem de desenvolvê-las, portanto elas são preveníveis e evitáveis (Monteiro et al. 2023). Intervenções para reduzir a exposição aos fatores de risco para as DCNTs poderiam reduzir entre 30% e 40% as mortes prematuras, prologando os anos de vida das pessoas com índices de saúde mais satisfatórios (Vineis et al., 2021).

No que tange aos indicadores de saúde mental, pacientes com câncer possuem risco significativamente aumentado de desenvolver doença mental e sofrimento emocional, as taxas de sobrevida de pacientes com câncer quando vivenciam doença mental tendem a diminuir (Kim et al., 2022). A ocorrência de problemas psiquiátricos concomitante ao câncer poderia reduzir suas taxas de sobrevivência, aumentando risco de suicídio, diminuindo adesão ao tratamento, a qualidade de vida, o apoio de familiares e de relações sociais protetivas da saúde mental (Metha & Roth, 2015).

Os problemas de saúde mental descritos na literatura em pessoas que enfrentam o câncer são bastante diversos, não sendo possível estabelecer alguma regularidade neste aspecto. O câncer pode induzir sofrimento psicológico grave e emoções como choque, negação, depressão, culpa, ansiedade e raiva (Watson, 2000; Sutherland, 2005). A depressão, a ansiedade, a raiva e o medo em intensidades de moderada a grave, são consistentemente descritos na literatura, sobretudo em indivíduos com idade mais avançada (Vucic et al. 2021; Daré et al., 2019; Golbourn et al. 2023; Kim et al., 2022; Teston et. al. 2018; Niedzwiedz, et. al. 2019). Os indicadores de saúde mental da amostra da pesquisa em tela apresentam concordância com esta tendência.

O uso abusivo de substâncias ao longo do tratamento para o câncer, como o álcool e outras drogas, é um problema já identificado em pesquisas anteriores, como vê-se em

McNally e Sica (2021), Webber et al. (2020), Yusufov et al. (2019), Passink e Theobald (2000), Moryl e Malhotra (2021). Acredita-se que os pacientes possam fazer o uso abusivo destas substâncias como uma das formas de compensar as perdas e o sofrimento psicossocial acarretado pelo tratamento oncológico. Quando a prática já existia anterior ao diagnóstico, pode intensificar-se após. A identificação precoce da adicção é condição fundamental para o seu adequado manejo (McNally & Sica, 2021).

Para Yusufov et al. (2019), o uso de substâncias como opioides, álcool, maconha, metanfetamina e até mesmo cocaína não são incomuns. Nos casos em que os pacientes injetam drogas, pode haver ainda infecções como hepatite viral e o HIV, culminando no atraso do tratamento devido à não adesão, acelerando intercorrências, sintomas, progressão do câncer e o desfecho da morte.

Além das complicações descritas, o uso abusivo de substâncias pode também diminuir a função imunológica, obstruir o controle da dor e de outros sintomas físicos, impactando negativamente a qualidade de vida, eventos críticos para pacientes oncológicos (Yusufov et al., 2019). Assim, a existência da adicção coloca-se como um fator decisivo, que pode condicionar a qualidade de vida, o sucesso do tratamento, o aumento de intercorrências e mesmo a reabilitação quando são produzidas sequelas.

Apesar disso, Passink e Theobald (2000) alertam que o manejo do uso abusivo de substâncias em pacientes oncológicos é demorado e difícil, sobretudo em pacientes críticos em fim de vida. Tanto para as famílias quanto para os profissionais da oncologia, manejar este comportamento pode muitas vezes ter o significado de privar o paciente de uma fonte de prazer, em um momento de vida de perdas e dor. De toda forma, argumentam que o gerenciamento do vício é um aspecto indispensável em pacientes oncológicos, contudo, não na perspectiva moralista da abstinência.

Concernente aos comportamentos de risco em uso na amostra informados na imagem

5, evidenciou-se que esta classe operante é composta por déficits e excessos comportamentais, este repertório esteve em uso ao longo de toda a vida dos participantes e mesmo após o recebimento do diagnóstico oncológico observou-se a aprendizagem de mais comportamentos de risco, especialmente o uso prolongado de substâncias como o álcool e o cigarro.

Pesquisas como as de Pinkhasov et al. (2010), Frye et al. (2006), Hamilton et al. (2009), Wei et al. (2022), Ware et al. (2022), Ferrin (2022), Arruda e Marcon (2018) e Korslund et al. (2023) realizadas com homens pertencentes a diferentes modelos de masculinidade, observaram que estes sujeitos permanecem engajando-se em comportamentos de risco diversos. Os comportamentos de risco mais reportados foram evitar utilização de serviços de saúde, atividade sexual sem proteção, o uso abusivo de substâncias e a violência. Esta tendência também foi observada nos participantes da pesquisa atual, fomentando a associação entre masculinidade e comportamento de risco.

O uso abusivo de álcool e outras drogas é considerado um problema mundial que requer o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a subjetividade de pessoas que usam tais substâncias e a função que assumem em suas vidas. O álcool e o cigarro são, respectivamente, o segundo e terceiro fator de risco mais importante para a carga de doenças globais na atualidade. No Brasil, cerca de 18% de todos os problemas de saúde que acometem os homens estão associadas às referidas substâncias (WHO, 2020; Lopez et al. 2006).

O câncer produz sofrimento emocional considerável, nestas circunstâncias pode-se tornar frequente um variado repertório de fuga/esquiva. Pela mera observação dos dados, supõe-se que alguns comportamentos de risco atuais, como o uso abusivo de substâncias, possam ter assumido função de fuga/esquiva mantidos por reforçamento negativo. O uso dessas substâncias pode provocar a redução de sensações, emoções e lembranças

desagradáveis, frequentes durante o tratamento oncológico, este processo em sujeitos enfrentando doenças já havia sido observado por Ruiz e Reis (2018) e Ruiz, (2020).

Já no que se refere aos comportamentos de proteção à saúde, viu-se que dos seis comportamentos questionados, quatro deles alcançaram frequência acima de 90% quando avaliados como nunca fiz e atualmente não faço, sendo eles: exercício físico, qualidade do sono, evitar estresse e realizar atividades prazerosas. Avaliados como frequentes ao longo da vida, somente os comportamentos de alimentação saudável com 21% e consumir bastante água com 37% alcançaram frequência relevante. Este dado sinaliza que há déficits de comportamento de autocuidado atuais na amostra

Os participantes também avaliaram que ocorreu o aprendizado de algumas respostas de proteção à saúde, após o início do tratamento oncológico. Entretanto, somente duas das respostas investigadas alcançou frequência relevante (alimentação saudável e consumir bastante água), as demais alcançaram frequência \leq a 10% (exercício físico 2%, qualidade do sono 3%, evitar estresse 4%, realizar atividade prazerosa 8%). Portanto, a aquisição desta classe funcional, após o adoecimento por câncer, foi pouco significativa. Desta maneira, considera-se que a hipótese E) A amostra possui déficits comportamentais de autocuidado foi confirmada.

O autocuidado ainda não é uma prática culturalmente atribuída ao sexo masculino, por isso, criar estratégias que possam tornar mais provável os cuidados em saúde nesta população ainda mostra-se como um desafio. Historicamente, os homens são avessos à prevenção e ao autocuidado, dentre muitos motivos, por percebê-los como indiferentes ao seu bem-estar. A cultura estimula comportamentos como trabalhar, prover financeiramente a família e a evitar, quando possível, o contato com questões de saúde (Lemos, et al. 2017).

Uma consequência deste processo é o aumento das DCNT nesta população com as altas taxas de internação hospitalar, contribuindo para a permanência de uma tendência já

descrita substancialmente na literatura, que é o distanciamento masculino dos serviços de atenção básica, os impedindo de acessar os serviços de prevenção de doenças que possam auxiliar-se na manutenção do autocuidado e da prevenção de agravos, direcionando-os para os serviços terciários quando os agravos à saúde já são extensos (Silva et al., 2018; Moreira et al., 2014).

A maior exposição aos comportamentos de risco e a dificuldade em cuidar da própria saúde com adesão aos comportamentos de proteção, são importantes para compreender o perfil de morbimorbidade atual do homem brasileiro. Segundo Pinheiro (2002) os indicadores de morbimortalidade do nosso país têm mostrado um perfil que se mantém há anos, no qual as mulheres são mais acometidas por problemas de saúde, buscam mais consultas médicas, consomem mais medicamentos e se submetem a mais exames que os homens. Entretanto, há um maior número de homens internados em situações graves, como também a procura por serviços de emergência e a taxa de mortalidade por causas patológicas graves também é maior entre os homens.

No Brasil, atualmente, a saúde do homem é um assunto prioritário para o Sistema Único de Saúde (SUS). A publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) consolida o reconhecimento de que os agravos à saúde de homens colocam-se como um inegável problema de saúde pública neste país, compondo de forma permanente a agenda deste setor. Um dos principais desafios desta política é justamente promover a mobilização da população masculina na luta e garantia do seu direito à saúde, tornando-os protagonistas deste processo.

A PNAISH é instituída no âmbito nacional através do SUS, com a publicação da portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, concentrando seu foco de ação em homens com idade entre 20 e 59 anos e estabelecendo a atenção primária em saúde, com as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças enquanto nível estratégico de operacionalização

desta política, sendo função da atenção básica ordenar toda a rede de cuidados à saúde do homem (Brasil, 2009).

Na referida portaria, há referência à prevenção em três momentos: Art. 2º, IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. Art. 4º, II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; e Art. 4º, X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV. Desta forma, as estratégias de prevenção à saúde do homem são organizadas em três eixos: informativo, interventivo e de controle de ISTs.

A respeito disto, de acordo com Schwarz (2012), a PNAISH se volta à qualificar a atenção à saúde da população masculina em todo o território nacional na perspectiva de linhas de cuidado, resguardando a integralidade da atenção, com respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde. Por isso, ressalta-se que as estratégias de prevenção, tal como estão descritas na portaria, apresentam-se como pouco propositivas, superficiais e insuficientes para orientar as políticas públicas, os gestores, os trabalhadores do setor de saúde e a própria sociedade rumo ao alcance dos objetivos da portaria.

Comportamento de autocuidado e contingências relacionadas

O relato verbal permite coletar dados sobre a história de aprendizagem do indivíduo e de múltiplos comportamentos, permitindo levantar hipóteses que consideram, mais amplamente, os níveis de seleção propostos por Skinner (Skinner, 1981). Busca-se, com isso, formular hipóteses sobre as variáveis das quais o comportamento é função (Sturmey, 1996). As informações coletadas a partir dos relatos e da observação do comportamento, permitem

inferir com razoável confiabilidade algumas hipóteses sobre a seleção comportamental (Carrara, 2008).

O modelo de causalidade utilizado pela análise do comportamento chama-se seleção pelas consequências (Skinner, 1981), este modelo sofre influências da biologia especificamente das proposições de Darwin. Neste modelo, variações na emissão de comportamentos operantes geram consequências diferentes, que os selecionam ou não. Para Skinner (1981), a adoção deste modelo é especialmente útil por também substituir explicações teleológicas sobre o comportamento, que se baseiam em propósitos ou intenções, além de diferenciar-se de perspectivas mecanicistas anteriores. O referido modelo é fundamentado numa relação probabilista entre eventos, explicando a origem e a evolução do comportamento (Leão & Neto, 2017).

Tem-se em Skinner (1981) que este modelo explica a aquisição, a manutenção e a modificação do comportamento ao longo de toda a vida de um indivíduo, bem como as mudanças das práticas culturais. Afinal, o comportamento não é estático, mas é um processo mutável e fluído (Skinner, 2003). De acordo com Silva e Laurenti (2016), os níveis de seleção constituem, respectivamente, a dimensão orgânica na filogênese (o organismo), pessoal na ontogênese (a pessoa) e reflexiva aprendida nas práticas culturais (*self*).

Referente aos antecedentes, observou-se a existência de regras estabelecidas pelas mães/cuidadoras e por profissionais de saúde durante consultas. As regras são estímulos antecedentes verbais que especificam contingências: orientações, instruções, sugestões, normas, conselhos, avisos e até mesmo ordens, são entendidos como regras em Análise do Comportamento (Skinner1984). As regras são importantes, pois descrevem um comportamento que deve ser emitido diante de uma determinada contingência e suas consequências. (Skinner,1984).

Segundo Guedes (1997), por intermédio da utilização de regras é que os

conhecimentos são transmitidos de um indivíduo ao outro, sendo fundamental instrumento de transmissão de cultura entre gerações. A cultura seria produzida, principalmente, por comportamentos governados por regras. Esta característica levanta a suposição de que, no caso das regras sobre autocuidado estabelecidas pelas mães/cuidadoras, elas foram elaboradas a partir das próprias experiências e conhecimentos que possuíam sobre saúde.

Para Skinner (2003), as regras são vantajosas diante de contingências complexas: rápida aprendizagem, possibilidade de aproveitar a semelhança entre contingências, diminuição da probabilidade de cometer erros e entrar em contato com consequências aversivas. Sugere-se que em decorrência da complexidade da resposta de cuidar da própria saúde, as regras em forma de orientações técnicas, transmitidas pelos profissionais de saúde, possam ter sido vantajosas.

Quanto a observação de outros homens se comportando, sugere-se a aprendizagem por modelação, ou vicariante. Para Bandurra, o precursor deste tipo de aprendizagem, as pessoas podem aprender comportamentos observando o comportamento de outros indivíduos, o modelo, e o reforçamento diferencial que tais modelos recebem, este reforço indireto explicaria grande parte da aprendizagem humana. O comportamento aprendido de forma vicariante é denominado de imitação (Bandura, 1977).

Um pressuposto importante deste tipo de aprendizagem é o de que as consequências do comportamento a ser modelado podem ter um efeito no observador. Quanto maior o valor reforçador assumido para as consequências do comportamento do modelo, maior a probabilidade de ocorrer a aprendizagem. Além disso, a aprendizagem pode ser facilitada quando o observador vê um modelo recebendo punição severa; por exemplo, ver outra pessoa receber um choque forte ao tocar em um fio elétrico ensina ao observador uma lição valiosa, não tocar o fio (Bandura, 1986).

Neste sentido, alguns comportamentos de autocuidado à saúde da amostra podem ter

sido aprendidos pela imitação de modelos (pais, avós e profissionais da saúde do sexo masculino). Quanto mais semelhantes ao observador forem os modelos, maior é a possibilidade de se aprender por modelação, possivelmente consequências do comportamento destes modelos assumiram função reforçadora para os participantes da amostra.

Os eventos consequentes identificados sugerem seleção desta classe operante predominantemente por reforçamento negativo, caracterizando um tipo de controle aversivo. Uma das principais características da seleção por reforçamento negativo é a de que o comportamento é fortalecido, com alta probabilidade de emissão futura, pela remissão de um estímulo com função aversiva (Catania, 1999).

Tomando como referência os relatos das entrevistas, nota-se que as consequências que podem ter assumido função aversiva para os participantes, tais como a dor, a morte, as dificuldades financeiras, a distância de casa, a família vivenciando dificuldades, a progressão do câncer e etc., ao serem evitadas ou reduzidas com o comportamento de autocuidado, podem fortalecer a emissão desta resposta.

A identificação destas contingências sustenta a compreensão do operante de cuidar da própria saúde como um comportamento social, pois mantém função com variáveis antecedentes e consequentes do ambiente social e cultural, ao longo da história de vida destes homens. A especificidade de um comportamento social só pode ser compreendida a partir da relação resposta/consequência e estas consequências são geralmente condicionadas e generalizadas (Sampaio & Andery, 2010).

Para Skinner (1953), o comportamento social é definido como aquele de duas ou mais pessoas, em relação a uma outra, ou mesmo em conjunto em referência a um ambiente comum. Segue descrevendo que neste tipo de operante, o reforço social é um tipo específico de consequência que requer necessariamente a presença de outras pessoas. Na análise do

comportamento, a nomenclatura comportamento social é recorrentemente aplicada sempre que uma resposta envolve mediação de outra pessoa ou grupo.

Qualidade de vida e saúde em pessoas que enfrentam o tratamento oncológico: considerações finais

Os resultados alcançados com esta pesquisa evidenciam que durante o tratamento oncológico, os participantes apresentaram agravos na qualidade de vida: na saúde mental e física, com destaque para a dor e para a dependência do tratamento e da hospitalização, que provavelmente comprometeram o nível de satisfação sexual, a QV geral e a autopercepção de saúde de que QV. O câncer se mostrou um evento potencialmente ameaçador da qualidade de vida, comprometendo as relações sociais, a autonomia, a satisfação sexual e o alcance de uma vida prazerosa. Esta relação entre o câncer e o comprometido na qualidade de vida já foi extensamente descrito na literatura.

O objetivo de qualquer abordagem terapêutica em saúde deveria ser comprometer-se não somente com a ausência de doença e alívio de sintomas, mas também em melhorar a qualidade de vida; acompanhar a concepção de qualidade de vida de um paciente pode ser determinante para alcançar a eficácia da abordagem terapêutica (Ban et al., 2021; Cai et al., 2021). Na oncologia, a QV tem sido aceita como um importante preditor para o monitoramento do processo de tratamento do câncer e para o prognóstico ou efeito da reabilitação ao longo dos anos (Ban et al., 2021; Schmidt et al., 2018).

No cotidiano do tratamento de doenças crônicas, a avaliação da QV pode servir para monitorar a evolução do diagnóstico e os efeitos amplos do tratamento ao longo do tempo e das sequelas das terapias, apontando para a adequação dos tratamentos, ao passo que também informa ao paciente como os aspectos físicos, sociais e psicológicos de sua saúde podem

modificar-se em função do curso do tratamento e da doença (Costa & Araújo, 2003).

Um aspecto que tem sido considerado é o uso da noção da QV no julgamento clínico. Espera-se que a avaliação da QV de enfermos, que considere as múltiplas dimensões da vida de cada paciente, possam sugerir mudanças nos procedimentos das equipes de saúde e nas possibilidades de reabilitação dos respectivos enfermos. Alterações na assistência que considerem índices de QV, podem aumentar a funcionalidade nas diversas dimensões da vida do paciente.

Avaliar a qualidade de vida de pacientes com diferentes tipos de câncer, utilizando suas características clínicas, individuais e sociais pode ajudar a identificar aqueles que estão mais vulneráveis aos impactos e sequelas típicos deste momento. Esta conduta preserva a saúde, a dignidade de cada sujeito e impede a deterioração da vida. Além disso, fornecerá informações amplas para apoiar as decisões dos profissionais de saúde que lidam com pessoas tratando de neoplasias. Desta forma, os tratamentos em saúde devem objetivar não somente a cura e a sobrevivência, mas principalmente uma vida com qualidade, digna e funcional (Moreira et al., 2021).

Especialmente sobre a amostra deste estudo, a análise em *clusters* evidenciou que os dois grupos formados, *highly critical e moderately critical*, possuem características que demandam cuidados em saúde e em qualidade de vida de forma ampliada, acrescidos aos cuidados biomédicos com o câncer. Como viu-se na literatura descrita acima, a consideração destes indicadores pode redirecionar as decisões do tratamento, tornando-as individualizadas, considerando as múltiplas dimensões de vida que compõem estes sujeitos, preservando a dignidade e auxiliando-os a desenvolver um projeto de continuidade de vida, apesar das limitações impostas pelo câncer.

Apesar disso, o grupo *highly critical* caracterizou-se predominantemente como composto pelos indivíduos com os indicadores de saúde e qualidade de vida mais críticos da

amostra. Decorrente disto, sugere-se que estes indivíduos possam estar mais suscetíveis aos impactos psicossociais decorrentes do tratamento oncológico e, por isso, possam ser priorizados pela equipe assistencial. Para eles, a impecável identificação, avaliação e manejo dos indicadores de saúde e qualidade de vida mostra-se urgente.

Aspectos sociodemográficos e clínicos devem ser considerados ao se avaliar a saúde e a qualidade de vida destes pacientes, pois como visto, estes indicadores não se distribuíram de forma igual ao serem desagregados por grupos nesta amostra. De acordo com Freire et al. (2018), fatores como o estilo de vida, o acesso a recursos financeiros e a informação, a escolaridade e a etnia são fatores que exercem influência na capacidade de enfrentamento ao câncer e na manutenção da saúde e da qualidade de vida.

No grupo *highly critical* observou-se que estes aspectos sociodemográficos e clínicos foram predominantemente piores, com mais vulnerabilidades sociodemográficas e expostos a tratamentos mais invasivos, demorados e debilitantes. Este dado sugere que a avaliação e identificação precoce destes aspectos é uma etapa fundamental na identificação de pacientes que potencialmente irão vivenciar impactos a saúde e redução de qualidade de vida consideráveis.

Além disso, o conceito atual de saúde para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946) preconiza que é um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social. Produzir saúde não é somente eliminar doenças, tão pouco se restringe ao campo biológico, mas implica em cuidar dos diversos aspectos que promovem qualidade de vida para as pessoas. A saúde, vista desta forma ampliada, deve também reorientar as práticas assistenciais, valorizando a prevenção, a promoção de saúde e dos seus determinantes sociais (Bezerra & Sorpreso, 2016).

Neste processo de cuidado às necessidades integrais destes pacientes oncológicos, a psicologia pode contribuir na preservação da saúde e da qualidade de vida. Pode levantar

indicadores de reações subjetivas à estas vivências, através da experiência direta da pessoa que está com riscos a sua qualidade de vida, identificando como esta percebe sua vida, saúde e satisfação. Contudo, não deve limitar-se a compreender a saúde e a qualidade de vida somente como um aspecto subjetivo, individual e intrapsíquico, mas considerar todo o contexto ambiental em que se insere (Pereira et al., 2012).

A Psicologia da saúde aplicada ao hospital é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos que emergem em decorrência do tratamento e adoecimento, principalmente os sentidos, percepções, dificuldades, sentimentos, lembranças, o estilo de adoecer e morrer de cada indivíduo. Estes aspectos psicológicos podem estar presentes em todo o curso da doença, compondo as causas, atuando como agravante e como consequências (Simonetti, 2004).

Outras premissas da psicologia no hospital é que deve promover a saúde: preocupar-se com questões sobre como levar as pessoas realizarem comportamentos que promovam a saúde (praticar exercícios regularmente, comer alimentos nutritivos, aderir a tratamentos médicos, desenvolver estratégias de *coping* etc). Prevenir e tratar doenças: projeta programas para ajudar as pessoas a pararem de fumar, perderem peso, administrarem o estresse e minimizarem outros fatores de risco de uma saúde fraca. Intervém também com aquelas que já estão doentes, em seus esforços para adaptarem-se a suas doenças ou aderirem rotinas de tratamento difíceis (Straub, 2005).

Então, pode-se sugerir que há potencialidade na participação de psicólogos na identificação, avaliação e manejo de aspectos da saúde e da qualidade de vida de pessoas hospitalizadas, tanto com a expertise no trabalho com os aspectos subjetivos do adoecimento que também estão presentes na qualidade de vida, quanto com o manejo de aspectos comportamentais e hábitos de vida que previnem doenças e promovem saúde.

Saúde do homem: considerações finais

Um dos principais desafios em saúde do homem é a efetivação da atenção primária como porta de entrada desta população no SUS. O uso da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro avançou consideravelmente desde a efetivação da Estratégia Saúde da Família (ESF), seja ampliando o acesso da população aos serviços, seja disponibilizando mais ações de promoção, prevenção e tratamento. Entretanto, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para que se alcance mais resolubilidade, equidade e melhores resultados em saúde (Brasil, 2011).

A atenção básica a saúde (ABS) é composta por um conjunto de ações de saúde, tanto voltadas para o indivíduo quanto para as coletividades, focadas na proteção da saúde e na prevenção de doenças. O diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde são outras ações esperadas da ABS para garantir a atenção integral à saúde das pessoas e as suas individualidades. Tais atividades devem ocorrer descentralizadas e capitalizadas, ou seja, o mais próximo possível da vida das pessoas (Brasil, 2012).

A atenção básica, por meio da estratégia de saúde da família, é o nível de assistência organizadora de toda a rede de saúde do SUS. Contribui para elevar os níveis de saúde da população, reduzindo a carga de adoecimento e intervindo também nos determinantes sociais em saúde. Referente ao câncer, as estratégias de prevenção primária das neoplasias, diagnóstico precoce e de apoio terapêutico as diferentes etapas do tratamento são prioridade na ABS (Simino et al., 2010).

Descreve-se consistentemente na literatura que os homens são avessos ao uso da ABS (Silva et al., 2018; Campanucci & Lanza, 2011; Moura et al., 2014; Couto et al., 2010), a assistência desta população ainda se coloca como um desafio no nível primário. As justificativas comuns para a ausência dos homens nas unidades básicas de saúde são: a desvalorização do autocuidado, pouca preocupação com a saúde, priorizam utilizar outros

serviços como farmácias e pronto-socorro - onde poderiam expor seus problemas mais rapidamente, podem considerar este espaço como feminilizado, tais situações poderiam provocar a sensação nos homens de não pertencimento aquele espaço (Figueiredo, 2005).

A PNAISH tensiona organizar a atenção à saúde do homem em linhas de cuidado pautadas na integralidade da atenção. Muitas vezes, a população masculina acessa os serviços de saúde através do nível terciário. Ofertar estratégias de qualificação e fortalecimento da atenção básica, não permitindo a visibilidade do homem apenas na recuperação, mas também na promoção da saúde e prevenção de agravos, é indispensável para alterar este cenário

Algumas estratégias podem ser decisivas para reverter este cenário e reaproximar a população masculina da atenção básica. A formação dos profissionais de saúde para trabalhar com saúde do homem, deve contemplar amplamente questões como gênero, comportamento, cultura, violência, evitando centrar-se na atenção às doenças, numa perspectiva excessivamente biomédica, problematizando o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde predominantemente pautadas numa concepção ampliada de saúde (Araújo, et al., 2014).

O desenvolvimento de instrumentos metodológicos (grupos, rodas de conversa, cartilhas, palestras) coerentes com os objetivos da ABS e voltados para o processo de educação em saúde dos homens, poderá facilitar a ação dos profissionais. Acredita-se que informações em linguagem adequada possam ser úteis para auxiliar esta população a desenvolver mais comportamentos de proteção e evitar os riscos e agravos à saúde (Leal et al., 2014).

A presença dos profissionais de saúde da ABS na comunidade, mapeando os equipamentos existentes, dialogando com as lideranças da comunidade, conhecendo o dia-a-dia e a cultura local destes homens e suas famílias, adquirindo conhecimento das

singularidades pertencentes ao contexto social. A partir destas informações, o acolhimento aos homens da comunidade e a proposta de intervenções à saúde será fortalecida e contextualizada, aumentando a probabilidade de que tenham alguma adesão (Duarte et al., 2012).

Outras estratégias como adequação da estrutura, flexibilização de horários de atendimento conciliáveis com a rotina de trabalho, desenvolvimento de ações de promoção e prevenção contra os agravos mais frequentes nesta população - como a violência, de modo a corresponsabilizar o homem pela própria saúde, para que progressivamente se implique como um sujeito de cuidados e de direito à saúde (Moura et al., 2014).

A respeito disto, Figueiredo (2005) assevera que o serviço de atenção primária à saúde deve tensionar práticas de prevenção e promoção de saúde na população masculina. Para isto, o desenvolvimento de um cardápio de serviços aderentes às necessidades destes sujeitos é fundamental, considerando suas particularidades, os vínculos entre o homem e o serviço de APS e vice-versa. Complementa propondo que a compreensão do papel de gênero masculino e dos determinantes sociais em saúde são aspectos que devem orientar a organização da assistência à saúde destes sujeitos.

Ao propor ações na APS em saúde do homem, Santos (2014) descreve que: a) Divulgação de informações sobre saúde ao público masculino, com maior aproximação com o serviço da instituição; b) Mudança nos conceitos de saúde masculina; c) Identificação de homens em situação de risco, ou acompanhamento inadequado na comunidade; e d) Mudança no processo de trabalho da equipe com melhor acolhimento do público masculino, compõem um plano de ação potente para modificar os problemas de saúde deles.

Referente aos aspectos psicológicos desta questão, a teoria da aprendizagem social refere que comportamentos, crenças e atitudes culturalmente chamados de gênero são aprendidos em ambientes sociais por meio de processos básicos de reforço, punição,

modelagem e aquisição de repertórios complexos que caracterizam os gêneros em cada cultura, incluindo eventos privados como crenças e regras (Eckes & Trautner, 2000; Fagot et al., 2000).

Nesta direção, as intervenções possíveis incluem auxiliar meninos e homens a reduzir os impactos nocivos da socialização tradicional que geralmente recebem. Quando em psicoterapia individual devem ser auxiliados a desenvolver insights sobre as formas pelas quais a adesão as normas específicas de masculinidade (como emitir comportamentos de risco ou desvalorizar as próprias emoções) relacionam-se com depressão, ansiedade, abuso de substâncias, dificuldades em relacionamentos e outras questões de saúde. Desta forma, poderão responder de maneira alternativa (saudável) às emoções e ao relacionamento com os outros, estando sob menos controle das contingências da cultura tradicional sobre ser homem (Brooks, 1998; Levant, 2001).

Como o reforçamento diferencial sobre a masculinidade começa a se desenvolver na primeira infância, fortalecendo-se na adolescência, intervenções preventivas nas escolas podem ser importantes. Crianças do sexo masculino podem se beneficiar de psicoeducação preventiva sobre a aceitabilidade da expressão emocional e do comportamento de procura de ajuda, bem como de questionar a normatividade do sofrimento emocional (Addis & Mahalik, 2003).

Programas psicoeducacionais preventivos poderiam ser usados para educar também pais e professores sobre os potenciais efeitos nocivos para os meninos da adoção de ideologias específicas de masculinidade. Auxiliando-os a interagir, enquanto ambiente social e cultural selecionador, de forma diferente com estas crianças (Addis & Cohane, 2005). Nesta nova interação, o estabelecimento de regras alternativas, modelos sociais a serem copiados e o reforço diferencial de comportamentos poderia objetivar a modelagem de um repertório de masculinidade que contribua para o alcance de uma vida mais saudável.

Considerações finais

Como principais resultados desta tese, ressalta-se a produção de evidências de que os homens participantes do estudo, no decorrer do tratamento oncológico, apresentaram redução considerável na qualidade de vida geral e nos quatro domínios que a compõem, sendo o domínio físico e o psicológico os mais comprometidos, a percepção da qualidade de vida e de satisfação com a saúde também apresentaram pontuações baixas. A satisfação sexual e saúde global (física e mental) também foram avaliadas como ruins.

O repertório de autocuidado à saúde foi quantificado como escasso, enquanto o repertório de risco é mais frequente. Na análise de contingências do comportamento de cuidar da própria saúde, observou-se a importância dos modelos masculinos e das cuidadoras estabelecendo regras, enquanto principais antecedentes. Nos eventos consequentes preponderou-se o controle aversivo com propriedades sociais.

Portanto, sustenta-se que a vivência do tratamento oncológico é um evento ameaçador da qualidade de vida e saúde destes homens. Sobretudo por não possuírem repertório de autocuidado que possa favorecer um enfrentamento do câncer mais efetivo. Sugere-se que contingências culturais dificultem a aprendizagem desta resposta, tornando-os mais susceptíveis a problemas de saúde e, quando diagnosticados com câncer, mais susceptíveis aos impactos psicossociais decorrentes do tratamento, então a redução da qualidade de vida coloca-se como frequente.

Desta forma, acredita-se que os objetivos da tese foram alcançados, na medida em que as variáveis de interesse (qualidade de vida, satisfação sexual, saúde global, respostas de autocuidado e de risco em saúde e contingências relacionadas) foram identificadas e descritas. Por isso, acredita-se também que se alcançou o objetivo maior de descrever a saúde do homem em tratamento oncológico, considerando a complexidade do constructo saúde.

Como possibilidades de desdobramentos futuros deste estudo, algumas questões se abrem demandando outras pesquisas, sendo elas: Como planejar e implementar programas de qualidade de vida para estes pacientes? De que forma a psicologia pode contribuir com este programa?

Os resultados alcançados com este estudo são importantes para profissionais de saúde atuantes na oncologia, sobretudo os psicólogos. Podem contribuir para o planejamento da assistência a saúde destes homens auxiliando na construção de um processo de cuidado que considere as especificidades da relação das masculinidades com a saúde, ampliando a compreensão dos profissionais do que é a saúde do homem, rompendo com uma perspectiva biologizante e centrada no adoecimento físico e no tratamento biomédico e, finalmente, na inserção da avaliação, acompanhamento e gestão da qualidade de vida destes sujeitos durante o tratamento oncológico.

Enquanto limitações do estudo informamos que o tamanho do n amostral pode não ter sido suficiente para produzir evidências estatisticamente significativas nos testes que foram apresentados. Acreditamos também que o baixo nível de escolaridade e socioeconômico da maioria da amostra pode ter contribuído fortemente para o alcance de alguns resultados desfavoráveis nas variáveis investigadas, representando um possível viés amostral.

Referências

- Abbas, Z., & Rehman, S. (2018). An overview of cancer treatment modalities. *Neoplasms*, *1*, 139-157.
- Abdo, C. H. N. (2006). Elaboração e validação do quociente sexual-versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. *Revista Brasileira de Medicina*, *63*(1/2), 42-46.
- Addis, M. E., & Cohane, G. H. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *Journal of clinical psychology*, *61*(6), 633-647.
- Addis, M.E., & Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking.

- American Psychologist*, 58, 5–14.
- Adler, N.E. (2008). *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington (DC): National Academies Press (US); The Psychosocial Needs of Cancer Patients.
- Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183-202.
- APA Task Force on Health Research. (1976). Contributions of psychology to health research: Patterns, problems, and potentials. *American Psychologist*, 31(4), 263–274.
- Araújo, L. A., & Teixeira, L. A. (2017). De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 12, 173-188.
- Araújo, M. G. D., Lima, G. A. F. D., Holanda, C. S. M. D., Carvalho, J. B. L. D., & Sales, L. K. O. (2014). Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Escola Anna Nery*, 18, 682-689.
- Archer, S., Pinto, A., Vuik, S., Bicknell, C., Faiz, O., Byrne, B., ... & Darzi, A. (2019). Surgery, complications, and quality of life: a longitudinal cohort study exploring the role of psychosocial factors. *Annals of Surgery*, 270(1), 95-101.
- Arruda, G.O & Marcon, S.S., (2018). Comportamiento de los riesgos para la salud de los hombres del sur de brasil. *Texto Contexto Enferm*. 27(2). 1-12.
- Ashing-Giwa, K. T., Tejero, J. S., Kim, J., Padilla, G. V., & Hellemann, G. (2007). Examining predictive models of HRQOL in a population-based, multiethnic sample of women with breast carcinoma. *Quality of life Research*, 16(3), 413-428.
- Ashraf, K., Ng, C. J., & Goh, K. L. (2021). Theories, models and frameworks in men's health studies: A scoping review. *Journal of Mens Health*, 17(2), 15-24.
- Aslam, M.S., Naveed, S., Ahmed, A., Abbas, Z., Gull, I. and Athar, M.A. (2014) Side Effects

- of Chemotherapy in Cancer Patients and Evaluation of Patients Opinion about Starvation Based Differential Chemotherapy. *Journal of Cancer Therapy*, 5, 817-822.
- Ayalew, M., Deribe, B., Hussen, S., Defar, S., & Gedefaw, A. (2022). Quality of life among patients with chronic non-communicable diseases during COVID-19 pandemic in Southern Ethiopia: A cross-sectional analytical study. *Frontiers in Psychiatry*, 13,1-9.
- Baguley, B.J., Skinner, T.L., Jenkins, D.G., & Wright, O.R.L. (2021). Mediterranean-style dietary pattern improves cancer-related fatigue and quality of life in men with prostate cancer treated with androgen deprivation therapy: A pilot randomised control trial. *Clin Nutr*.40(1):245-254.
- Baker, P. (2018). Men's health: time for a new approach. *Physical Therapy Reviews*, 23(2),144-150.
- Ban, Y., Li, M., Yu, M., & Wu, H. (2021). The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-9.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barazzuol, L., Coppes, R. P., & van Luijk, P. (2020). Prevention and treatment of radiotherapy-induced side effects. *Molecular oncology*, 14(7), 1538-1554.
- Barbosa, J. C. C., Sales, A. E., Forones, N. M., & De Domenico, E. B. L. (2021). Qualidade de vida de pacientes ambulatoriais com dor crônica e cancer gastrointestinal. *Revista Contexto & Saúde*, 21(44), 299-309.
- Barbosa, P. A., Cesca, R. G., Pacífico, T. E. D., & Leite, I. C. G. (2017). Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17(2), 385-399.

- Barbosa, R. D. C., & Sousa, A. L. L. (2022). Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24 (4). 1-12.
- Barnett, E., Casper, M. L., Halverson, J., Elmes, G. A., Braham, V. E., Majeed, Z. A., ... & Stanley, S. (2001) *Men and Heart Disease: An Atlas of Racial and Ethnic Disparities in Mortality*. Morgantown, WV: West Virginia University.
- Bartlett, P. C., & Judge, L. J. (1997). The role of epidemiology in public health. *Revue scientifique et technique-Office international des epizooties*, 16, 331-336.
- Batista, L. E. (2005). Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 71-80.
- Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in older adults: Effect of an education intervention on attitudes and beliefs of residential aged care staff. *Educational Gerontology*, 39(2), 82-91.
- Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., ... & Muntner, P. (2018). Heart disease and stroke statistics—2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), 67-492.
- Bennett, M. I., Eisenberg, E., Ahmedzai, S. H., Bhaskar, A., O'Brien, T., Mercadante, S., ... & Morlion, B. (2019). Standards for the management of cancer-related pain across Europe—A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *European journal of pain*, 23(4), 660-668.
- Bennett, M. I., Eisenberg, E., Ahmedzai, S. H., Bhaskar, A., O'Brien, T., Mercadante, S., ... & Morlion, B. (2019). Standards for the management of cancer-related pain across Europe—A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *European journal of pain*, 23(4), 660-668.
- Berghöfer, A., Martin, L., Hense, S., Weinmann, S., & Roll, S. (2020). Quality of life in patients with severe mental illness: A cross-sectional survey in an integrated outpatient health

- care model. *Quality of Life Research*, 29, 2073-2087.
- Bettis, P.J. & Ferry, N.C. (2016) Gender Identities and Socialization. In: Naples, N., Hoogland, R., Wickramasinghe, C., Maithree, W., & Angela, W. C. (Org). The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies, 5 Volume Set.
- Bjørnerud Korslund, S., Hansen, B. H., & Bjørkkjær, T. (2023). Association between sociodemographic determinants and health behaviors, and clustering of health risk behaviors among 28,047 adults: a cross-sectional study among adults from the general Norwegian population. *BMC Public Health*. 23, 1-8.
- Boscher, C., Joly, F., Clarisse, B., Humbert, X., Grellard, J. M., Binarelli, G., ... & Lange, M. (2020). Perceived cognitive impairment in breast cancer survivors and its relationships with psychological factors. *Cancers*, 12(10), 1-13.
- Bowen, D. J., Alfano, C. M., McGregor, B. A., Kuniyuki, A., Bernstein, L., Meeske, K., ... & Barbash, R. B. (2007). Possible socioeconomic and ethnic disparities in quality of life in a cohort of breast cancer survivors. *Breast cancer research and treatment*, 106, 85-95.
- Boysen, G. A., Vogel, D. L., Madon, S., & Wester, S. R. (2006). Mental health stereotypes about gay men. *Sex Roles*, 54(1-2), 69-82.
- Braahler, E., & Maier, H. (2015). Men's Health. In: Smelser, N.J., Baltes, P.B. *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*. 2º Ed. Editora Elsevier.
- Brasil (2011). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde 2011. Brasília: CONASS.
- Brasil (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Ministério da Saúde. Brasília. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.
- Brasil. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família*

- (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.944, de 27 agosto de 2009. *Institui a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH)*. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 28 de agosto de 2009.
- Brasil. (2018). *Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020). *Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Ministério da Saúde.
- Brasil. Instituto Nacional do Câncer – INCA. *Sobrevida, estadiamento relação incidência/mortalidade*.
- Brasil. Instituto Nacional do Câncer. (2019). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.944, de 27 agosto de 2009. *Institui a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH)*. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 28 de agosto de 2009.
- Brasil. PNAB (2012) – Política Nacional da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394-424.
- Brodie, K., Esiaka, D., & Nwakasi, C. (2020). Predictors of Cancer Detection Behaviors Among Older Nigerian Men. *Innovation in Aging*, 4(Suppl 1), 330-331.
- Brooks, G. (1998). *A new psychotherapy for traditional men*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York:

Routledge.

- Caetano, D. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. In *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Editora Artes Medicas Sul.
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going?. *Uro*, *1*(1), 14-22.
- Caleyachetty, R., Tehranifar, P., Genkinger, J. M., Echouffo-Tcheugui, J. B., & Muennig, P. (2015). Cumulative social risk exposure and risk of cancer mortality in adulthood. *BMC cancer*, *15*, 1-8.
- Campanucci, F.S., & Lanza, L.M.B. (2011). *Atenção primária a saúde do homem*. Anais do II simpósio Gênero e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Londrina.
- Carrara, K. (2008). Bases conceituais revisitadas, implicações éticas permanentes e estratégias recentes em análise aplicada do comportamento. In: M. R. Cavalcante (Org.), *Avaliação e intervenção em análise do comportamento: Aspectos de procedimentos* (pp. 1-14). São Paulo: Roca.
- Carvalho Neto, M. B. (2002). Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*, *6*(1),13-18.
- Castro, E. K. D., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, *24*, 48-57.
- Catania, A.C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. 4 ed. Porto Alegre. Artmed.
- Cavka, L., Pohar, P. M., Zakotnik, B., Rotovnik, K. N., & Seruga, B., (2022). Nutritional Status and Health-Related Quality of Life in Men with Advanced Castrate-Resistant Prostate

- Cancer. *Nutr Cancer*. 74(2):472-481.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... & Bonomi, P. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11(3), 570-579.
- Center for American Progress - CDN. (2020). *Health Disparities by Race and Ethnicity*.
- Center for Disease Control and Prevention - CDC. *Prostate cancer*. United States Cancer Statistics: Data Visualizations.
- Cesaro, B. C. D., Santos, H. B. D., & Silva, F. N. M. D. (2019). Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-5.
- Chammas, R., Folgueira, M.P., & Villa, L. L. *Oncologia: da molécula à clínica*. 1. Ed. São Paulo. Editora dos editores.
- Choi, B. C. (2012). The past, present, and future of public health surveillance. *Scientifica*, 2012. 1-26.
- Chowdhury, A. S., & Tamanna, S. (2020). Radiation-induced side effects in breast cancer patients and factors affecting them. *Asian Journal of Medical and Biological Research*, 6(2), 138-148.
- Cinausero, M., Aprile, G., Ermacora, P., Basile, D., Vitale, M. G., Fanotto, V., ... & Sonis, S. T. (2017). New frontiers in the pathobiology and treatment of cancer regimen-related mucosal injury. *Frontiers in pharmacology*, 8, 1-16.
- Clark, R., Vesprini, D., & Narod, S. A. (2022). The effect of age on prostate cancer survival. *Cancers*, 14(17), 1-12.
- Cochran, S. D. (2001). Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? *American Psychologist*, 56(11), 931-947
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Stanford

University Press.

Connell, R. W. (2009). *Gender: In World Perspective*. Cambridge: Polity.

Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & society, 19*(6), 829-859.

Corpes, E.F, Gonçalves, G. A., Oliveira, A. C., Pacífico, V. S., Castro, R. C. M., Barbosa, A., Paulo, C., & Barbosa, I. M. (2022). Repercussões da braquiterapia na qualidade de vida e funcionalidade no tratamento do câncer de colo uterino. *Cogitare Enfermagem, 27*, 1-11.

Costa, D. S., Mercieca-Bebber, R., Rutherford, C., Gabb, L., & King, M. T. (2016). The impact of cancer on psychological and social outcomes. *Australian Psychologist, 51*(2), 89-99.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine, 50*(10), 1385-1401.

Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Valença, O., Machin, R., Silva, G.S.N., & Gomes, R. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu), 14*(33), 257-270.

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Sage Publications.

Cruz, M.S., & Irfi, G. (2016) A relação entre diagnóstico de câncer e aspectos socioeconômicos, ambientais e de estilo de vida no Brasil. *V Encontro Pernambuco de Economia: transformações da estrutura produtiva de Pernambuco*.

Cruz-Reyes, N., & Radisky, D. C. (2023). Inflammation, Infiltration, and Evasion—Tumor Promotion in the Aging Breast. *Cancers, 15*(6), 1-16.

Czorny, R.C., Pinto, M.H., Pompeo, D. A., Bereta, D., Cardoso, L.V., & Silva, D. M. (2017). Prostate cancer risk factors: population from a basic health unit. *Cogitare Enferm. 22*(4), 30-39.

- Dancey, C. P., Reidy, J. G., & Rowe, R. (2017). *Estatística sem matemática para ciências da saúde*. Porto Alegre. Artmed.
- Daré, L. O., Bruand, P. E., Gérard, D., Marin, B., Lameyre, V., Boumédiène, F., & Preux, P. M. (2019). Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC public health*, *19*, 1-12.
- Davis, R. E., Trickey, A. W., Abrahamse, P., Kato, I., Ward, K., & Morris, A. M. (2021). Association of cumulative social risk and social support with receipt of chemotherapy among patients with advanced colorectal cancer. *JAMA network open*, *4*(6), 1-14.
- Debiasi, M., Fay, A. P., Viola, L. S., & Sostruznik, M. H. (2010). Perfil epidemiológico e análise de sobrevida de pacientes com câncer de pulmão a partir da primeira consulta em um centro terciário de oncologia/SUS. *Revista Brasileira de OncologiaClínica*, *7*(22), 86-91.
- Defar, S., Abraham, Y., Reta, Y., Deribe, B., Jisso, M., Yeheyis, T., Kebede, K.M., Beyene, B., & Ayalew, M., (2023). Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability. *Front Public Health*. *16*(11). 1-9.
- Derosa, L., Melenotte, C., Griscelli, F., Gachot, B., Marabelle, A., Kroemer, G., & Zitvogel, L. (2020). The immuno-oncological challenge of COVID-19. *Nature Cancer*, *1*(10),946-964
- Dias, T. L. & Leite, L. L. G. Rede de apoio social e afetivo e estratégias de enfrentamento na doença falciforme: um olhar sobre pessoa e família. *Psicologia em Revista*, *20* (2). 353 – 373.
- Dickey, S. L., & Ogunsanya, M. E. (2018). Quality of life among black prostate cancer survivors: an integrative review. *American journal of men's health*, *12*(5), 1648-1664.
- Dilalla, V., Chaput, G., Williams, T., & Sultanem, K. (2020). Radiotherapy side effects:

- integrating a survivorship clinical lens to better serve patients. *Current Oncology*, 27(2), 107-112.
- DiMarco, R., & Milli, L. (2022). Race, Social Determinants of Health, and Cancer: How Can APs Address and Improve Patient Outcomes?. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 13(3), 221-225.
- Doll, G. M. (2013). Sexuality in nursing homes: Practice and policy. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(7), 30-37.
- Domantay, J. A. A. (2014). Health-related quality of life of future physicians at a medical school in the Philippines: a cross-sectional study. *SAGE Open*. 4(3):1-9.
- Downing, A., Wright, P., Hounsome, L., Selby, P., Wilding, S., Watson, E., ... & Glaser, A. W. (2019). Quality of life in men living with advanced and localised prostate cancer in the UK: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 20(3), 436-447.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *Bmj*, 323(7320), 1061-1063.
- Drummond, M. (2016). Masculinities. In: Naples, A. A. et al. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. (5^o volume Set). Wiley.
- Drummond, M. Masculinities. In: Naples, A.A et al. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. 5^o Volume Set. Wiley. 2016.
- Duarte, S. J. H., de Oliveira, J. R., & de Souza, R. R. (2012). A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. *Revista Gestão & Saúde*, 3(1), 308-317.
- Duvivier, R. J., & Wiley, E. (2019). WHO's slow progress on transgender and gender diverse health. *The Lancet*, 394(10212), 1901.
- Eckes, T., & Trautner, H.M. (2000). *The developmental social psychology of gender*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Efunkoya, A.A., Adebola, R.A., Omeje, K.U., Amole, I.O., Akhiwu, B.I., & Osunde, D.O.

- (2015). Quality of life following surgical treatment of oral cancers. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, 41(1):19-25.
- Ernstmann, N., Weissbach, L., Herden, J., Winter, N., & Ansmann, L. (2017). Patient–physician communication and health-related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy—a longitudinal multilevel analysis. *BJU international*, 119(3), 396-405.
- Evans, D. R., Lazarides, A. L., Visgauss, J. D., Somarelli, J. A., Blazer, D. G., Brigman, B.E., & Eward, W. C. (2020). Limb salvage versus amputation in patients with osteosarcoma of the extremities: an update in the modern era using the National Cancer Database. *BMC cancer*, 20(1), 1-11.
- Evans, D. R., Lazarides, A. L., Visgauss, J. D., Somarelli, J. A., Blazer, D. G., Brigman, B. E., & Eward, W. C. (2020). Limb salvage versus amputation in patients with osteosarcoma of the extremities: an update in the modern era using the National Cancer Database. *BMC cancer*, 20(1), 1-11.
- Eyl, R. E., Xie, K., Koch-Gallenkamp, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2018). Quality of life and physical activity in long-term (≥ 5 years post-diagnosis) colorectal cancer survivors—systematic review. *Health and quality of life outcomes*, 16, 1-13.
- Fagot, B.I., Rodgers, C.S., & Leinbach, M.D. (2000). Theories of gender socialization. In T. Eckes & H.M. Trautner (Eds.), *The developmental social psychology of gender* (pp. 65–90). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Faria, F. H., Lage, A. P. D., Rodrigues, A. N., & Wainstein, A. J. A. (2022). Impact of proper surgical treatment on the survival of patients with epithelial ovary cancer. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 49(3), 1-9.
- Fernandes, A.G., Chiacchiaretta, J.M. Scarpel, R., (2022). Impacto Da Dor Orofacial Na Qualidade De Vida De Portadores De Câncer De Boca E Orofaringe. *Audiology -*

Communication Research, 27, 1-6.

Ferrandina, G., Corrado, G., & Scambia, G. (2020). Minimally invasive surgery and quality of life in cervical cancer. *The Lancet Oncology*, 21(6), 746-748.

Ferreira, D.F., Gonçalves, T.R., Celeste, R.K., Olinto, M.T., Pattussi, M.P., (2020). Psychosocial aspects and the impact of oral health on quality of life of Brazilian adults. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, 1-13.

Ferreira, M. C. (2013). Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 04 (01), 1555-569.

Ferrín, M. (2022). Reassessing Gender Differences in COVID-19 Risk Perception and Behavior. *Social Science Quarterly*, 103(1), 31-41.

Ferster, C. B; Culbertson, S.; Perrot-boren, M. C. (1977). *Princípios do comportamento*. São Paulo: HUCITEC/EDUSP. (Originalmente publicado em 1968).

Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. 3 ed. Thousand Oaks. California. SAGE.

Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F., & Figueiredo, J. H. C. (2021). Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependent elderly people. *Ciência & saúde coletiva*, 26, 77-88.

Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):105-109.

Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (1):105-109.

Fisher, E. B., Fitzgibbon, M. L., Glasgow, R. E., Haire-Joshu, D., Hayman, L. L., Kaplan, R. M., ... & Ockene, J. K. (2011). Behavior matters. *American journal of preventive medicine*, 40 (5), 15-30.

Fizazi, K., Kramer, G., Eymard, J. C., Sternberg, C. N., De Bono, J., Castellano, D., ... & de

- Wit, R. (2020). Quality of life in patients with metastatic prostate cancer following treatment with cabazitaxel versus abiraterone or enzalutamide (CARD): an analysis of a randomised, multicentre, open-label, phase 4 study. *The Lancet Oncology*, *21*(11), 1513-1525.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida " WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, *34*, 178-183.
- Fonseca, J. C., Lopes, M. J., & Ramos, A. F. (2013). Pessoas com dor e necessidades de intervenção: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *66*, 771-778.
- Forbes, M. K., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2017). Sexual quality of life and aging: A prospective study of a nationally representative sample. *The Journal of Sex Research*, *54*(2), 137-148.
- Ford, C. L., Griffith, D. M., Bruce, M. A., & Gilbert, K. L. (2019). Introduction. In: Ford, C. L., Griffith, D. M., Bruce, M. A., & Gilbert, K. L. (Eds.), *Racism: Science & tools for the publichealth professional*. APHA Press.
- Freire, M. E. M., Costa, S. F. G. D., Lima, R. A. G. D., & Sawada, N. O. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos1. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *27* (2), 1-13.
- Freire, M. E. M., Costa, S. F. G. D., Lima, R. A. G. D., & Sawada, N. O. (2018). Health-related quality of life of patients with cancer in palliative care. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *27*, 1-13.
- Frumovitz, M., Obermair, A., Coleman, R. L., Pareja, R., Lopez, A., Ribero, R., ... & Ramirez, P. T. (2020). Quality of life in patients with cervical cancer after open versus minimally invasive radical hysterectomy (LACC): a secondary outcome of a multicentre,

- randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial. *The Lancet Oncology*, 21(6), 851-860.
- Frye, V., Latka, M. H., Koblin, B., Halkitis, P. N., Putnam, S., Galea, S., & Vlahov, D. (2006). The urban environment and sexual risk behavior among men who have sex with men. *Journal of Urban Health*, 83, 308-324.
- Garfield, C. F., Isacco, A., & Rogers, T. E. (2008). A review of men's health and masculinity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2 (6), 474-487.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.
- Glaz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, research and practice*. (5° edition). Wiley.
- Gochman, D. S. (1982). Labels, systems, and motives: Some perspectives on future research. *Health Education Quarterly*, 9, 167–174.
- Gochman, D. S. (1997). Health behavior research: Definitions and diversity. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research: vol 1. Personal and social determinants*. New York: Plenum Press.
- Golbourn, L. M., Colman, R., Uneno, Y., & Kotera, Y. (2023). A Need for Grounded Mental Health Interventions to Reduce Cancer Stigma. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 5(1), 1-4.
- Gomes R. (2011) Apresentação. In: R. Gomes, (org.). *A saúde do homem em debate*. (pp.14). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gomes, C. S., Marques, J., Pinto, M. L., Castro, E. A., Gomes, P. S., Gomes, G., & Belbute, J. (2008). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida. *Sociedade e Território*, 42, 135-144.

- Gomes, R., & Nascimento, E. F. D. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de saúde pública*, 22, 901-911.
- Gottvall, M., Fagerkvist, K., Lampic, C., & Wettergren, L. (2022). Including a discussion forum in a web-based intervention on fertility and sexuality following cancer—Usage and content. *Internet interventions*, 29, 5-13.
- Goulart, F. A. (2011). *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Organização Mundial da Saúde - OMS.
- Graner, K. M., Junior, A. L. C., & Rolim, G. S. (2010). Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 18(2), 345-355.
- Green, B.L., Davis, J.L., Rivers, D., Buchanan, K., & Rivers, M. (2014). In: D. Alberts, L.M. Hess (eds.), *Fundamentals of Cancer Prevention*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Green, C. R., Hart-Johnson, T., & Loeffler, D. R. (2011). Cancer-related chronic pain: examining quality of life in diverse cancer survivors. *Cancer*, 117(9), 1994-2003.
- Gregor, H.I., Matthias, U., Sonja, K., Kerstin, A., Kessel, G., Hatiboglu, B., Hadaschik, L. E., Diana, T., Malte, E., Thomas, H., Maja, B., Wolf, H., Schlemmer, J. D., & Klaus, H. (2016). Acute Toxicity and Quality of Life in Patients with Prostate Cancer Treated With Protons or Carbon Ions in a Prospective Randomized Phase II Study—The IPI Trial, *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 95 (1). 435-443.
- Griffith, D. M. (2020). Promoting Men's Health Equity. *American Journal of Men's Health*, 14(6) 1-7.
- Griffith, D. M., Bruce, M. A., & Thorpe, R. J, J. (2019b). *Men's health equity: A handbook*: Routledge.

- Griffith, D. M., Bruce, M. A., & Thorpe, R. J. J. Introduction. (2019a) In: Griffith, D. M., Bruce, M. A., & Thorpe, R. J. J. (Eds.), *Men's health equity: A handbook* (pp. 3–9). Routledge/Taylor & Francis.
- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 9(1), 1-26.
- Guimarães, C.H., Maia, L.C., Caldeira, A.P., Santos, M.F., & Pinho, L. (2019). Positive self-perception of health among non-long-lived and long-lived older adults and associated factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3):5157-5170.
- HAIR, J. *Análise Multivariada de Dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005
- Hamilton, C. J., & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 132–141.
- Hammack, P. L., Frost, D. M., Meyer, I. H., & Pletta, D. R. (2018). Gay men's health and identity: Social change and the life course. *Archives of sexual behavior*, 47(1), 59- 74.
- Hawkes, S., & Buse, K. (2013). Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet*, 381(9879), 1783-1787.
- Held, P. A. (1985). *Validação da versão brasileira do Functional Assessment of Cancer Therapy-General em homens com câncer de próstata não metastático*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.
- Hemmi, A. P. A., Baptista, T. W. D. F., & Rezende, M. D. (2020). O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(3), 1-28.
- Heyne, S., Taubenheim, S., Dietz, A., Lordick, F., Götze, H., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2023). Physical and psychosocial factors associated with sexual satisfaction in long-term cancer

- survivors 5 and 10 years after diagnosis. *Scientific Reports*, 13(1), 1-11.
- Hickey, C. (2016). *Hypermasculinity*. In: Naples, A.A et al. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. (5° volume Set). Wiley.
- Hirko, K. A., Rocque, G., Reasor, E., Taye, A., Daly, A., Cutress, R. I., ... & Park, Y. H. (2022). The impact of race and ethnicity in breast cancer—disparities and implications for precision oncology. *BMC medicine*, 20(1), 1-12.
- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. (2019). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua - PNAD Contínua*.
- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. (2020). *Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos*. Agência de notícia.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA. (2020). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 6. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer.
- Instituto Nacional de Câncer. (2022) *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil* / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA.
- International Agency for Research on Cancer. (2018). A Tool That Predicts the Future Cancer Incidence and Mortality Burden Worldwide from the Current Estimates in 2018 Up Until 2040. *International Agency for Research on Cancer (IARC)*.
- Isaaco, A. Yallum, N.K., & Chromik, L.D. (2012). A Review of Gay Men’s Health: Challenges, Strengths, and Interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 6 (1), 45-62.
- Izzo, J.M., Cunha, A.M., Cesario, C.B., & Martins, M.R., (2019). O impacto da dor crônica na qualidade de vida e na capacidade funcional de pacientes oncológicos e de eus cuidadores. *BrJP*. 2(4), 336-341
- Jeldres, C., Cullen, J., Hurwitz, L.M., Wolff, E.M., Levie, K.E., Odem-Davis, K., Johnston, R.B., Pham, K.N., Rosner, I.L., Brand, T.C., L’Esperance, J.O., Sterbis, J.R., Etzioni, R. & Porter, C.R. (2015), Prospective quality-of-life outcomes for low-risk prostate cancer:

- Active surveillance versus radical prostatectomy. *Cancer*, *121*, 2465-2473.
- Kaleta, D., Polanska, K., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., & Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Central European journal of public health*, *17*(3), 122-127.
- Kanematsu, J. S., Atanazio, B., Cunha, B. F., Caetano, L. P., & Arada, D. M. Y. (2022). Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Revista De Medicina*, *101*(3), 1-8 .
- Kanta, A.K., Graubard, B.I., & Kumanyika, S.K. (2017). Trends in black-white differentials in dietary intake of U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *32* (4), 264–272.
- Karakiewicz, P. I., Bhojani, N., Neugut, A., Shariat, S. F., Jeldres, C., Graefen, M., ... & Kattan, M. W. (2008). The effect of comorbidity and socioeconomic status on sexual and urinary function and on general health-related quality of life in men treated with radical prostatectomy for localized prostate cancer. *The journal of sexual medicine*, *5*(4), 919-927.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966a) Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, *12* (2), 246–266.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966b). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior: II. Sick-role behavior. *Archives of Environmental Health*, *12* (4), 531–541.
- Kelly, C., White, L. L., Scott, S. G., Feigelson, H. S., & Burnett-Hartman, A. N. (2023). Social risk factors among individuals with a history of cancer during the COVID-19 pandemic. *Journal of Cancer Survivorship*, *17*(2), 309-317.
- Kim, H., Kim, K., & Kim, Y. H. (2022). Associations between mental illness and cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, *26*(14), 4997-5007.
- Kimmel, M. S., & Mahler, M. (2012). Adolescent masculinity, homophobia, and violence:

- Random school shootings 1982–2001. In *Off White* (pp. 114-127). Routledge.
- Kimura, C. A., Guilhem, D. B., Kamada, I., Abreu, B. S. D., & Fortes, R. C. (2017). Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as an important dimension in quality of life. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, *37*, 199-204.
- King, M. T., Link, E. K., Whelan, T. J., Olivotto, I. A., Kunkler, I., Westenberg, A. H., ... & Lavery, B. (2020). Quality of life after breast-conserving therapy and adjuvant radiotherapy for non-low-risk ductal carcinoma in situ (BIG 3-07/TROG 07.01): 2- year results of a randomised, controlled, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*, *21*(5), 685-698.
- King, T., Hewitt, B., Crammond, B., Sutherland, G., Maheen, H., & Kavanagh, A. (2020). Reordering gender systems: can COVID-19 lead to improved gender equality and health?. *The Lancet*, *396*(10244), 80-81.
- Kravetz, S., Faust, M., & David, M. (2000). Accepting the mental illness label, perceived control over the illness, and quality of life. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *23*(4), 323–332.
- Kretschmer, A. C., & Loch, M. R. (2023). Self-perceived health in older adults with low education: demographic, social and health-related behavior factors. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *25*(1), 1-11.
- Lardone, A., Sorrentino, P., Giancamilli, F., Palombi, T., Simper, T., Mandolesi, L., ... & Galli, F. (2020). Psychosocial variables and quality of life during the COVID-19 lockdown: a correlational study on a convenience sample of young Italians. *PeerJ*, *8*, 1106 – 1128.
- Laurenti, R. & et al. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10* (1), 35-46.
- Leal, A. F., Figueiredo, W. D. S., & Nogueira-da-Silva, G. S. (2012). O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*, 2607-2616.

- Leão, M. D. F. F. C., & Neto, M. B. C. (2017). Afinal, o que é Seleção por Consequências?. *Interação em Psicologia, 20*(3), 286-294.
- Lee, H., Yoon, Y., & Choi, Y. (2018). Important contribution of health care accessibility in colorectal cancer screening awareness and literacy. *Innovation in Aging, 2*(Suppl 1), 701-701.
- Lemos, A. P. F., Ribeiro, C., Fernandes, J., Bernardes, K., & Fernandes, R. T. (2017). Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line, 11*(11), 4645-4652.
- Levant, R.F. (2001). Desperately seeking language: Understanding, assessing, and treating normative male alexithymia. In G.R. Brooks & G.E. Glenn (Eds.), *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches. Vol 1.* (pp. 424– 443). San Francisco: Jossey-Bass.
- Levin-Dagan, N., & Baum, N. (2022). A scar for life: Male breast cancer and the experience of the post-surgical body. *Psychology of Men & Masculinities, 23*(1), 35-46.
- Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., Murray, D.J.L. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. New York and Washington: Oxford University Press and The World Bank.
- Lopez, S. B., & Moreira, M. C. N. (2013). Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*, 743-752.
- Lotta, G., Fernandez, M., Pimenta, D., & Wenham, C. (2021). Gender, race, and health workers in the COVID-19 pandemic. *The Lancet, 397*(10281), 1264.
- Lubeck, D. P., Howard, K., Gary, G., Ray, P., Penson, D. F., Scott, S. C., Flanders, P. R., (2001). Health related quality of life differences between black and white men with prostate cancer: data from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor. *The*

- Journal of Urology*. 166 (6), 2281-2285.
- Lueddeke, G. (2015). *Global population health and well-being in the 21st century*. New York: Springer.
- Malott, R. W. (1996). A behavior-analytic view of sexuality, transsexuality, homosexuality, and heterosexuality. *Behavior and Social Issues*, 6(2), 127-140.
- Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C. D., Silva, M. M. A. D., Freitas, M. I. D. F., & Barros, M. B. D. A. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1). 1-10.
- Mansano-Schlosser, T. C., & Ceolim, M. F. (2012). Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21 (3), 600- 607.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3 (11), 2011–2030.
- Matthews, A. K., Tejada, S., Johnson, T. P., Berbaum, M. L., & Manfredi, C. (2012). Correlates of quality of life among African American and white cancer survivors. *Cancer nursing*, 35(5), 355-364.
- Matud, M.P. (2017). Gender and Health. In: A. Alvinus, *Gender, Differences in Different Contexts*. IntechOpen.
- Mauro, G. P., da Conceição Vasconcelos, K. G. M., & Carvalho, H. D. A. (2021). Quality of life and sexual function of men who have sex with men treated for anal cancer: A prospective trial of a neglected population. *The journal of sexual medicine*, 18(8), 1461-1466.
- Mauvais-Jarvis, F. et al. (2021). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396 (10250), 565-582.
- Mccabe, M. P. Ricciardelli, L. Mussap, A. J. (2015). Ecological Model of Australian Indigenous

- Men's Health. *American Journal of Men's Health*, 10(6), 63-70.
- McNally, G. A., & Sica, A. (2021). Addiction in patients with cancer: Challenges and opportunities. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 12(7), 740-746.
- Medrado., B., Lyra., J. & Azevedo, O., M. (2011). Eu Não Sou Só Próstata, Eu Sou um Homem!' Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: GOMES, R. (Org). *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health psychology research*, 1(3),1-14
- Mehta, R. D., & Roth, A. J. (2015). Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(4), 299-314.
- Miller, C.F. (2016). Gender Development, Theories of. In: A. A. Naples, et al. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. (5° volume Set). Wiley.
- Miller, K. D., Nogueira, L., Devasia, T., Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Jemal, A., ... & Siegel, R. L. (2022). Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. *CA: a cancer journal for clinicians*, 72(5), 409-436.
- Millett, G. A., Peterson, J. L., Flores, S. A., Hart, T. A., Jeffries, W. L., Wilson, P. A., ... & Remis, R. S. (2012). Comparisons of disparities and risks of HIV infection in black and other men who have sex with men in Canada, UK, and USA: a meta-analysis. *The Lancet*, 380(9839), 341-348.
- Mizael, T. M. (2018). Perspectivas Analítico-Comportamentais sobre a homossexualidade: Análise da produção científica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 9 (1), 15–28.
- Monteiro, L. Z., Varela, A. R., Spinola, M. D. S., Carneiro, M. D. L. A., Oliveira, D. M. S. D., & Toledo, J. O. D. (2023). High prevalence of risk factors for non-communicable diseases in university students of a nursing course. *Cadernos Saúde Coletiva*, 31,1-11.

- Moore, J. (2018). Seleção comportamental por consequências. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 13(2), 48-56.
- Moreira, D. P., Simino, G. P. R., Reis, I. A., Santos, M. A. D. C., & Cherchiglia, M. L. (2021). Quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy in hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: does individual characteristics matter?. *Cadernos de Saúde Pública*, 37,1-15.
- Moreira, R.L.S.F., Fontes, W.D., Barboza, T.M. (2014). Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 18 (4), 615-621.
- Moreira, S. D. N. T., Sa, J. C. F. D., Costa, E. C., & Azevedo, G. D. D. (2013). Quality of life and psychosocial aspects of polycystic ovary syndrome: a quali-quantitative approach. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35, 503-510.
- Moryl, N., & Malhotra, V. T. (2021). A case for palliative care and addiction specialists collaboration and joint research. *JAMA Network Open*, 4(12), 1-15
- Moura, E. C. D., Santos, W. D., Neves, A. C. M. D., Gomes, R., & Schwarz, E. (2014). Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 429-438.
- Murphy, S.L., Xu, J., Kochanek, K. D., Curtin, S.C., & Arias, E. (2017). Deaths: final data for 2015. *Natl Vital Stat Rep*, 66 (6), 1–75.
- Namiki, S., Ishidoya, S., Kawamura, S., Tochigi, T., & Arai, Y. (2010). Quality of life among elderly men treated for prostate cancer with either radical prostatectomy or external beam radiation therapy. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 136, 379-386.
- Nassaji, H. (2015). Qualitative and descriptive research: Data type versus data analysis. *Language Teaching Research*, 19(2), 129-132.
- National Institutes of Health - NIH. (2020). Intro to PROMIS. Northwestern University.
- Naureci, M., di Marco, O. L., (2014). Psychosocial Dimensions of Quality of Life among Elders:

- A Research of the Italian and Spanish Elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 1651 -1655.
- Naylor, C., Das, P., Ross, S., Honeyman, M., Thompson, J., & Gilbert, H. (2016). Bringing together physical and mental health. *King's Fund*, 109(10), 364-366.
- Nazar, I., Kamran, F., & Masood, A. (2021). Psychosocial predictors of quality of life in patients with Vitiligo. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 36(1), 19-36.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5(2), 151-165.
- Nicolussi, A. C., Sawada, N. O., Cardozo, F. M. C., Andrade, V., & de Paula, J. M. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. *Rev Rene*, 15(1), 132-140.
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC cancer*, 19(1), 1-8.
- Nurgali, K., Jagoe, R. T., & Abalo, R. (2018). Adverse effects of cancer chemotherapy: Anything new to improve tolerance and reduce sequelae?. *Frontiers in pharmacology*, 9, 1-3.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. *Câncer: o que causa o câncer e fatores de risco*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>.
- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. (2020). *Câncer*.
- Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. (2020). Folha informativa: *O câncer*.
- Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. (2021). *Gender Inequalities in Health in the Americas*.
- Orom, H., Biddle, C., Underwood, W., Homish, G.G., Olsson, C.A. (2018). Racial or Ethnic

- and Socioeconomic Disparities in Prostate Cancer Survivors' Prostate-specific Quality of Life. *Urology*. 112:132-137.
- Pagano, M., & Kimberlle, G. (2003). *Princípios de bioestatística*. São Paulo. Editora Thompson.
- Palitzika, D., Tilaveridis, I., Lavdaniti, M., Vahtsevanos, K., Kosintzi, A., & Antoniadis, K. (2022). Quality of Life in Patients With Tongue Cancer After Surgical Treatment: A 12-Month Prospective Study. *Cureus*, 14(2), 1-9.
- Parker, C., Castro, E., Fizazi, K., Heidenreich, A., Ost, P., Procopio, G., ... & Gillessen, S. (2020). Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 31(9), 1119-1134.
- Parker, P. A., Davis, J. W., Latini, D. M., Baum, G., Wang, X., Ward, J. F., ... & Kim, J. (2016). Relationship between illness uncertainty, anxiety, fear of progression and quality of life in men with favourable-risk prostate cancer undergoing active surveillance. *BJU international*, 117(3), 469-477.
- Parkerson, G., Connis, R. T., Broadhead, W. E., Patrick, D. L., Taylor, T. R., & Tse, C. K. (1993). Diseasespecific versus generic measurement of health-related quality of life in insulin dependent diabetic patients. *Medical Care*, 31 (7), 629-637.
- Pasquetti, P. N., Kolankiewicz, A. C. B., Flôres, G. C., Winter, V. D. B., Trindade, L. F., Bandeira, L. R., & Loro, M. M. (2021). Quality of life of users with chronic noncommunicable diseases assisted in primary health care. *Cogitare Enfermagem*, 26, e75515.
- Passik, S. D., & Theobald, D. E. (2000). Managing addiction in advanced cancer patients: why bother?. *Journal of pain and symptom management*, 19(3), 229-234.
- Pauge, S., Surmann, B., Mehlis, K., Zueger, A., Richter, L., Menold, N., ... & Winkler, E. C. (2021). Patient-reported financial distress in cancer: a systematic review of risk factors in universal healthcare systems. *Cancers*, 13(19), 1-19.

- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. D. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista brasileira de educação física e esporte*, 26 (2), 241- 250.
- Pereira, L. P., & Nery, A. A. (2014). Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Escola Anna Nery*, 18, 635-643.
- Pimentel, N. B. L., Modesto, F. C., Lima, V. C. G. S., Oliveira, A. M. D., Andrade, K. B. S. D., Fuly, P. D. S. C., & Santos, M. S. C. D. (2023) Psychosocial repercussions of radiotherapy
- Pinheiro Bezerra, I. M., & Esposito Sorpreso, I. C. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 26(1), 11-20.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. D. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4), 687-707.
- Pinkhasov, R. M., Wong, J., Kashanian, J., Lee, M., Samadi, D. B., Pinkhasov, M. M., & Shabsigh, R. (2010). Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. *Journal of Clinical Practice*, 64 (4), 475-487.
- Polato, C. P. B., Bonfante, G. M. D. S., Andrade, E. I. G., Acurcio, F. D. A., Machado, C. J., & Cherchiglia, M. L. (2013). Análise de sobrevida em pacientes com câncer de pulmão tratados no Sistema Único de Saúde no Brasil entre 2002 e 2003. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21, 173-181.
- Prates, A. C. L., Freitas-Junior, R., Prates, M. F. O., Veloso, M. D. F., & Barros, N. D. M. (2017). Influence of body image in women undergoing treatment for breast cancer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39 (4), 175-183.
- Prates, A. C. L., Freitas-Junior, R., Prates, M. F. O., Veloso, M. D. F., & Barros, N. D. M. (2017). Influence of body image in women undergoing treatment for breast cancer.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 39 (4), 175-183.

- Quincey, K., Williamson, I., & Wildbur, D. (2021). Men with breast cancer and their encounters with masculinity: An interpretative phenomenological analysis using photography. *Psychology of Men & Masculinities*, 22(4), 690-703.
- Rabelo, LS., (2010) *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 228p
- Rautalin, M., Jahkola, T., & Roine, R. P. (2021). Surgery and health-related quality of life—A prospective follow up study on breast cancer patients in Finland. *European Journal of Surgical Oncology*, 47(7), 1581-1587.
- Reale, M. L., & Di Maio, M. (2020). Quality of life in patients with lung cancer: the way forward. *The Lancet Oncology*, 21(5), 617-619.
- Richardson, N., & Smith, J. A. (2011). National men's health policies in Ireland and Australia: What are the challenges associated with transitioning from development to implementation? *Public Health*, 125 (7), 424-432.
- Romero, M., Vivas-Consuelo, D., & Alvis-Guzman, N. (2013). Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation?. *SpringerPlus*, 2(1), 1-7.
- Rønning, B., Wyller, T. B., Nesbakken, A., Skovlund, E., Jordhøy, M. S., Bakka, A., & Rostoft, S. (2016). Quality of life in older and frail patients after surgery for colorectal cancer— a follow-up study. *Journal of geriatric oncology*, 7(3), 195-200.
- Rouanne, M., Massard, C., Hollebecque, A., Rousseau, V., Varga, A., Gazzah, A., ... & Soria, J. (2012). Evaluation of sexuality, quality-of-life and depression in advanced cancer patients treated in a drug development unit. *Annals of Oncology*, 23, ix474.
- Ruiz, L. P., & dos Reis, M. D. J. D. (2018). Sofrimento à flor da pele: Depressão e autoestima em portadoras de vitiligo. *Interação em Psicologia*, 22(1), 65-76.
- Ruiz, L.P. (2020). Maquiagem corretivo terapêutica: elaboração e aplicação de um protocolo

- para saúde mental. Tese de doutorado em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil.
- Salvetti, M. D. G., Machado, C. S. P., Donato, S. C. T., & Silva, A. M. D. (2020). Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(2), 1-7.
- Sampaio, A. A. S., & Andery, M. A. P. A. (2010). Comportamento social, produção agregada e prática cultural: uma análise comportamental de fenômenos sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 183-192.
- Sánchez, J., Rosenthal, D. A., Tansey, T. N., Frain, M. P., & Bezyak, J. L. (2016). Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Rehabilitation Psychology*, 61(1), 19-31.
- Santos, G.L.A. (2014). Saúde do homem na atenção primária. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Montes Claros. Minas Gerais.
- Santos, L. J. F., GARCIA, J. B. D. S., Pacheco, J. S., VIEIRA, É. B. D. M., & SANTOS, A. M. D. (2014). Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 27, 96-100.
- Sauaia, B. A., Matos, A. S. A., & Dutra, R. L. (2010). Estudo Comparativo da Ocorrência de Câncer de Pênis. *Rev Bras Oncologia Clínica, Belo Horizonte*, 7(20), 15-9.
- Saxton, P. (2020). National trends in sexual health indicators among gay and bisexual men disaggregated by ethnicity: repeated cross-sectional behavioural surveillance in New Zealand. *BMJ Open*, 10(11), 1-9.
- Sayón-Orea, C., Santiago, S., Bes-Rastrollo, M., Martínez-González, M. A., Pastor, M. R.,

- Moreno-Aliaga, M. J., ... & Martínez, J. A. (2018). Determinants of self-rated health perception in a sample of a physically active population: PLENUFAR VI study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(10), 1-10.
- Schmidt, M. E., Wiskemann, J., & Steindorf, K. (2018). Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Quality of Life Research*, *27*(8), 2077-2086.
- Schwarz, E., Gomes, R., Couto, M. T., Moura, E. C. D., Carvalho, S. D. A., & Silva, S. F. C. D. (2012). Política de saúde do homem. *Revista de Saúde Pública*, *46*, 108-116.
- Secretária de atenção primária a saúde – SAPS. (2021). *O que é a atenção primária?* Ministério da Saúde.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*, *31*, 538-542.
- Separavich, M. A., & Canesqui, A. M. (2013). Men's health and masculinities in the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men: a bibliographical review. *Saúde e Sociedade*, *22* (2), 415-428.
- Shejila, C. H., Pai, M. S., Fernandes, D. J., Mathew, S., Chakrabarty, J., Devi, E. S., & George, A. (2017). Psychological impact of cancer diagnosis in newly diagnosed breast cancer patients. *Indian Journal of Public Health*, *8*(3), 91-96.
- Shikany, J. M., Schoenberger, Y. M. M., Konety, B. R., & Vickers, S. M. (2018). African American Men's Health: research, practice, and policy. *American journal of preventive medicine*, *55*(5), S1-S4.
- Shooshtari, S. (2001). Determinants of selfperceived health. *Health Reports*, *13*(1), 35-52.
- Siegel, D. A., O'Neil, M. E., Richards, T. B., Dowling, N. F., & Weir, H. K. (2020). Prostate cancer incidence and survival, by stage and race/ethnicity—United States, 2001– 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*(41), 1473.

- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2015). Cancer statistics, 2015. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(1), 5-29.
- Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T., ... & Ward, E. (2012). Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(4), 220-241.
- Silva, A. N., Silva, S. A. D., Silva, A. R. V. D., Araújo, T. M. E. D., Rebouças, C. B. A., & Nogueira, L. T. (2018). Primary care assessment from a male population perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 236-243.
- Silva, E. C., & Laurenti, C. (2016). BF Skinner e Simone de Beauvoir: “a mulher” à luz do modelo de seleção pelas consequências. *Perspectiva em análise do comportamento*, 7(2), 197-211.
- Simino, G. P. R., Santos, C. B. D., & Mishima, S. M. (2010). Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 856-863.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simonetti, A. (2011). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. 6. Ed. São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Singer, S., Ziegler, C., Schwalenberg, T., Hinz, A., Götze, H., & Schulte, T., (2013). Quality of life in patients with muscle invasive and non-muscle invasive bladder cancer. *Support Care Cancer*. 21:1383–1393.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. NY: Macmillan Inc.
- Skinner, B. F. (1975). *Contingências de reforço: uma análise teórica*. Coleção Os Pensadores, volume 51.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 231, 501-504.
- Skinner, B. F. (1984). Uma análise operante da resolução de problemas. In: Moreno, R.

- Contingências de reforço*. São Paulo: Abril Cultural.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (vol. 10). São Paulo: Martins Fontes.
- Smith, J. A., & Robertson, S. (2008). Men's health promotion: a new frontier in Australia and the UK?. *Health Promotion International*, 23(3), 283-289.
- Smith, J.A., & Drummond, M. J. N. (2019). Understanding Inequities in Men's Health in Australia. In: Griffith, D. M., Bruce, M. A., & Thorpe Jr, R. J. (Eds.) *Men's Health Equity: A Handbook*. (1st edition). New York. Routledge.
- Sodré, A. (1904). A frequência do câncer no Brasil. *Brasil Médico*, 18 (23), 229-232.
- Somech, A., & Drach-Zahavy, A. (2016). Gender Role Ideology. In: NAPLES, A.A et al. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. (5° volume Set). Wiley.
- Sousa. A. S. (2018). *Depressão, desesperança e o processo de enfrentamento em Homens com Câncer de Pênis*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.
- Souza, E. R. D. (2005). Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 10, 59-70.
- Stecca, C. E., Alt, M., Jiang, D. M., Chung, P., Crook, J. M., Kulkarni, G. S., & Sridhar, S. S. (2021). Recent Advances in the Management of Penile Cancer: A Contemporary Review of the Literature. *Oncology and Therapy*, 9, 1-19.
- Stephen, A., Brassell, S. I., Elsamanoudi, J. C., Molly, E., & Williams, D. G. M. (2013). Health-related quality of life for men with prostate cancer—an evaluation of outcomes 12–24 months after treatment. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 31(8), 1504-1510.
- Stone, P. C., Murphy, R. F., Matar, H. E., & Almerie, M. Q. (2008). Measuring the individual quality of life of patients with prostate cancer. *Prostate cancer and prostatic diseases*, 11(4), 390-396.

- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Sturmev, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Sturmev, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. England: John Wiley e Sons.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, *71*(3), 209-249.
- Sutherland, A. M. (1956). Psychological impact of cancer and its therapy. *Medical Clinics of North America*, *40*(3), 705-720.
- Swiaczny, F. (2015). Demographic and Health Development in the Long Run. In. Glatzer, W., Camfield, L., Møller, V., Rojas, M. *Global Handbook of Quality of Life: Exploration of Well-Being of Nations and Continents*. New York. Springer.
- Teixeira, L.A. (2010). O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, *17* (1), 13-31.
- Teixeira, L.A., & Fonseca, C.O. (2007). *De doença desconhecida a problema de saúde pública: O inca e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde.
- Teo, C. H., Ng, C. J., Ho, C. C. K., & Tan, H. M. (2015). A consensus on men's health status and policy in Asia: A Delphi survey. *Public Health*, *129*(1), 60-67.
- Teston, E.F., Fukumori, E.F.C., Benedetti, G.M.S., Spigolon, D.N., Costa, M.A.R., & Marcon, S.S, (2018). Feelings and difficulties experienced by cancer patients. *Escola Anna Nery* *22*(4), 1-8.
- Todorov, J. C., & Hanna, E. S. (2010). Análise do comportamento no Brasil. *Psicologia: teoria e pesquisa*, *26*, 143-153.
- Tolosa, Juan., Zahariev, Alexander., Morandi, Santiago., Ferrando, Manuel., & Bonilla,

- Fernando. (2022). Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto y ano en el Hospital Español. *Anales de la Facultad de Medicina*, 9(2), e201.
- Tong, R. (2012). Gender Roles. In: R. Chadwick, *Encyclopedia of Applied Ethics*. 2º edition.
- Toscano, M. P., Macchione, A. C., & Leonardi, J. L. (2019). O uso da análise funcional na literatura brasileira de terapia comportamental: uma revisão teórico-conceitual. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(1), 098-113.
- Tsang, V. W. L., Skead, C., Wassersug, R. J., & Palmer-Hague, J. L. (2019). Impact of prostate cancer treatments on men's understanding of their masculinity. *Psychology of Men & Masculinities*, 20(2), 214–225.
- Tucker, P. E., Saunders, C., Bulsara, M. K., Tan, J. J. S., Salfinger, S. G., Green, H., & Cohen, P. A. (2016). Sexuality and quality of life in women with a prior diagnosis of breast cancer after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *The Breast*, 30, 26-31.
- Valdivieso, M., Kujawa, A. M., Jones, T., & Baker, L. H. (2012). Cancer survivors in the United States: a review of the literature and a call to action. *International journal of medical sciences*, 9(2), 163-173.
- Vasconcelos-Raposo, J., Moreira, T. L., Arbinaga, F., & Teixeira, C. M. (2017). Sexual satisfaction in patients with cancer. Satisfação sexual em pacientes com câncer. *Acta Colombiana de Psicología*. 20(2), 106-115.
- Veenhoven, R. (2015). The overall satisfaction with life: Subjective approaches (1). *Global handbook of quality of life: Exploration of well-being of nations and continents*, 207-238.
- Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, 1-13.
- Vineis, P., Beagley, J., Bisceglia, L., Carra, L., Cingolani, R., Forastiere, F., ... & Saracci, R.

- (2021). Strategy for primary prevention of non-communicable diseases (NCD) and mitigation of climate change in Italy. *J Epidemiol Community Health*, 75(9), 917-924.
- Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of life research*, 25, 125-133.
- Vucic, V., Radovanovic, S., Radevic, S., Savkovic, Z., Mihailovic, N., Mihaljevic, O., ... & Matic, T. B. (2021). Mental health assessment of cancer patients: prevalence and predictive factors of depression and anxiety. *Iranian Journal of Public Health*, 50(10), 2017-2027.
- Wang, G., Li, G., Wu, J., & Song, P. (2022). Analysis of prognostic factors for Tis-2N0M0 early glottic cancer with different treatment methods. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 88, 375-380.
- Wang, Y., & Feng, W. (2022). Cancer-related psychosocial challenges. *General Psychiatry* 35 (108), 1-6.
- Ware, S., Erausquin, J. T., Tanner, A. E., & Dyson, Y. D. (2022). Black heterosexual college men's masculinity dimensions, protective behavioral intentions, and sexual risk behaviors. *Journal of American College Health*, 1-8.
- Watson, M. (2000). Is 'bedside medicine' returning to oncology?. *Acta Oncologica*, 39(1), 1-3.
- Webber, K., Davies, A., Leach, D., & Bradley, A., (2020). Alcohol and drug use disorders in patients with cancer and caregivers: effects on caregiver burden. Royal Surrey County Hospital, Guildford, Surrey.
- Webster, K., Cella, D., & Yost, K. (2003). The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 1-7.
- Wei, L., Tian, J., Guo, M., Zhu, B., Jiang, Q., Yu, B., & Yan, H., (2022) Trajectories of Sexual

- Risk Behaviors and the Associated Factors Among Young Men Who Have Sex With Men in China. *Front. Public Health*. 10, 1-9.
- White, A. (2011). The State of Men's Health in Europe: Extended Report. European Union.
- White, A., & Cash, K. (2004). The state of men's health in Western Europe. *The Journal of Men's Health and Gender*, 1 (1), 60-66.
- White, A., & Cash, K. (2004). The state of men's health in Western Europe. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(1), 60-66.
- WHOQoL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: *Quality of Life Assessment: International Perspectives: Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSEN in Paris, July 2–3, 1993* (pp. 41-57). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Wilkins, D., & Savoye, E. (2009). Men's health Around the world: a review of policy and progress across 11 countries. The European Men's Health Forum. Sping.
- Williamson, T. J., Ostroff, J. S., Haque, N., Martin, C. M., Hamann, H. A., Banerjee, S. C., & Shen, M. J. (2020). Dispositional shame and guilt as predictors of depressive symptoms and anxiety among adults with lung cancer: The mediational role of internalized stigma. *Stigma and Health*, 5(4), 425–433.
- Windsor, E. J. (2016). Femininities. In: Wright, J. D. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2^o edition. Elsevier.
- World Health Organization – WHO (2018). *Cancer: overview*.
- World Health Organization – WHO. (2021). *Gender and Health*.
- World Health Organization – WHO. Global Status Report on Alcohol and Health 2020. Geneva:

- World Health Organization 2020.
- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research (AIRC). (2018). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington: AIRC.
- World health Organization – WHO (2020). *International Agency for Research on Cancer – IARC*.
- World Health Organization – WHO. (2021). *The Global Cancer Observatory*.
- World Health Organization. OMS. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- Xantos, C., Holden, K., & Treadwell, H. (2010). Social determinants of health among African–American men. *International Journal of Men s Health*, 7(1), 11-19.
- Yusufov, M., Braun, I. M., & Pirl, W. F. (2019). A systematic review of substance use and substance use disorders in patients with cancer. *General Hospital Psychiatry*, 60, 128-136.
- Zanni, G. R., Wick, J. Y., & Walker, B. L. (2003). Sexual health and the elderly. *Consult. Pharm.* 18, 310–322.
- Zanuso, V., Fregoni, V., & Gervaso, L. (2020). Side effects of adjuvant chemotherapy and their impact on outcome in elderly breast cancer patients: a cohort study. *Future Science OA*, 6(9), 1-10.
- Zavala, V. A., Bracci, P. M., Carethers, J. M., Carvajal-Carmona, L., Coggins, N. B., Cruz-Correa, M. R., ... & Fejerman, L. (2021). Cancer health disparities in racial/ethnic minorities in the United States. *British journal of cancer*, 124(2), 315-332.
- Zeltzer, L. K., Lu, Q., Leisenring, W., Tsao, J. C., Recklitis, C., Armstrong, G., ... & Ness, K.

- K. (2008). Psychosocial outcomes and health-related quality of life in adult childhood cancer survivors: a report from the childhood cancer survivor study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, *17*(2), 435-446.
- Zhu, J., Cao, L., Wen, H., Bi, R., Wu, X., & Ke, G. (2020). The clinical and prognostic implication of deep stromal invasion in cervical cancer patients undergoing radical hysterectomy. *Journal of Cancer*, *11*(24), 7368-7377.
- Zumpano, C. E., Mendonça, T. M. D. S., Silva, C. H. M. D., Correia, H., Arnold, B., & Pinto, R. D. M. C. (2017). Adaptação transcultural e validação da escala de Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa. *Cadernos de Saúde Pública*, *33*(1), 1-14.

Apêndices

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resolução 466/2012 do CNS)****QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E O AUTOCUIDADO EM HOMENS COM CÂNCER**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E O AUTOCUIDADO EM HOMENS COM CÂNCER”.

O objetivo deste estudo é descrever como se encontra a qualidade de vida, os indicadores de saúde global e a frequência de comportamentos de autocuidado em homens que realizam tratamento para o câncer. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 18 anos, por ser do sexo masculino e por, no momento, encontrar-se em tratamento remissivo para algum tipo de câncer. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados com o senhor será composta por quatro instrumentos. Iniciaremos perguntando informações sobre sua saúde, sua qualidade de vida, sua satisfação sexual e a forma como costuma cuidar de sua saúde. Para o último instrumento, que é uma entrevista, iremos também utilizar um gravador, com a finalidade de conseguir realmente compreender como o senhor percebe seus cuidados com a saúde. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente uma hora.

Informamos que gostaríamos também de consultar o seu prontuário, para conhecer informações sobre suas características sócio-demográficas, o diagnóstico que recebeu e o tratamento que vem realizando neste hospital. Apenas o pesquisador principal terá acesso ao prontuário.

Rúbrica do pesquisador: _____

Rúbrica do participante: _____

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes instrumentos não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis, vergonhosas ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Caso o senhor sinta-se emocionalmente prejudicado em decorrência da participação na coleta de dados, o Psicólogo Alex da Silva Sousa (responsável pela pesquisa, ver o telefone de contato ao final deste documento) compromete-se a realizar o suporte psicológico imediato e gratuito na modalidade de psicoterapia breve, na mesma sala da coleta de dados com vistas a restabelecer seu bem estar emocional. Para ter acesso a referida assistência basta

entrar contato para agendamento do dia e horário. Compromete-se também a utilizar máscara e a disponibilizar álcool em gel na sala, além de dispor os móveis (mesas e cadeiras) de forma a respeitar o distanciamento exigido pelas agências sanitárias, como protocolo de prevenção ao Covid-19.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participando estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Também o (a) senhor (a) não terá nenhum benefício direto durante ou após o encerramento. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre como profissionais de saúde, e especialmente psicólogos, podem contribuir com o aumento da saúde e da satisfação de vida de homens em tratamento contra o câncer.

Rúbrica do pesquisador: _____

Rúbrica do participante: _____

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Alex da Silva Sousa

Orientadora: Maria de Jesus Dutra dos Reis

Vínculos ao grupo de pesquisa: LACS – Laboratórios de Análise do Comportamento e Saúde – Departamento de Psicologia UFSCAR.

Endereço: Rua F, número 9, Bairro Eldorado, Cidade de Caucaia, Estado do Ceará Contato telefônico: 98 -9 -81390376 E-mail: alex.psyco.2009@gmail.com

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Apêndice 2 – Roteiro para consulta ao prontuário sobre as características sociodemográficas e a história clínica do tratamento médico

- Identificação (gerar um código numérico)
- Idade: _____
- Cidade de origem: _____
- Etnia auto referida: _____
- Orientação sexual: _____
- Diagnóstico: _____

Data do diagnóstico ____ / ____ / ____

- Há metástase:

Sim, onde: _____ não:

- Tratamento realizado:

quimioterapia radioterapia cirurgia outro

- Cidade de Residência: _____

- Qual o estado civil:

viúvo solteiro casado união estável separado/divorciado

- Número de Filhos

nenhum apenas um dois três mais de três filhos

- Escolaridade

analfabeto fundamental incompleto fundamental completo médio incompleto
médio completo superior incompleto superior completo pós graduado

- Ocupação Profissional:

Sim, qual: _____ desempregado aposentado

- Renda Mensal

Menos que um salário mínimo Até um salário mínimo Até dois salários mínimos
três ou mais salários mínimos

- Possui alguma prática religiosa

católico evangélico espírita sem prática religiosa outra: _____

Apêndice 3 – Roteiro de entrevista semi estruturada sobre o autocuidado em saúde

1. informações gerais

- Qual sua cidade de origem: _____
- Durante as internações quem normalmente acompanha você?
esposa outro familiar, quem: _____ um
cuidador
- Possui plano de Saúde:
sim já utilizei no passado, mas não tenho hoje nunca utilizei
- Recebeu assistência de profissionais de saúde mental durante o
Tratamento? psicólogo psiquiatra não recebi

2. classificação econômica (ABEP, 2019)

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secador de roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe da família

Grau de instrução do chefe da família	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior Completo	7

Serviços públicos

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

3. Investigação sobre as condições gerais de saúde

<ul style="list-style-type: none"> • Você tem outros problemas de saúde, como: Diabetes Hipertensão doenças cardíacas problemas pulmonares outros: _____ • Você possui algum transtorno mental? Sim, qual: _____ Não • Costuma procurar atendimento em posto de saúde? Sim, normalmente procuro atendimento no posto Sim, mas raramente procuro atendimento no posto Sim, mas só quando me sinto muito doente e debilitado Não procuro atendimento no posto • Quando sentia algum sintoma físico costumava procurar ajuda médica rapidamente? Sim, costumo procurar o médico rapidamente Não, demoro, pois espero o problema melhorar; Não, demoro, pois é difícil encontrar tempo para cuidar da saúde; Não, demoro, pois sinto vergonha de fazer isso; Não, demoro por outro motivo, que é: _____

- Sobre a utilização de preservativos durante relações

sexuais:

sim, sempre utilizo as vezes nunca utilizo

- Qual seu peso corporal: _____ e altura: _____

- Realizou cirurgias?

Sim, qual: _____ Não

- Sobre o hábito de ir ao urologista:

nunca fui ao urologista

tinha o hábito de ir ao urologista antes de adoecer e mantenho
antes de ficar doente não frequentava, mas agora frequento

- Sobre o hábito de fumar:

Nunca fumei

Fumava antes de adoecer e ainda fumo hoje

Fumei antes de adoecer, mas já parei.

- Sobre o hábito de consumir bebidas alcoólicas

Nunca consumi.

Consumia antes de adoecer e ainda consumo

Consumia antes de adoecer, mas já parei

- Sobre o uso de substâncias que causam dependência

Nunca consumi

Consumia antes de adoecer e ainda consumo, qual:

Consumia antes de adoecer, mas já parei, qual:

Sobre faltar às consultas com o oncologista:

Nunca faltei

Raramente falto

Frequentemente falto

4. Comportamentos de autocuidado à saúde e contingências relacionadas

Agora pense em uma semana de sua vida:

O que você faz para cuidar da sua saúde?	Já fazia antes de adoecer e ainda faço	Só comecei a fazer depois de adoecer	Qual a frequência que faz isso?	Como aprendeu a se cuidar dessa forma?
1. Mantenho uma alimentação saudável <input type="checkbox"/>			diariamente pelo menos 3 dias da semana dois ou menos dias na semana	ensinado pela mãe/cuidadora desde cedo orientação médica estudou ou leu sobre o assunto observou outras pessoas fazendo isso outros: _____
2. Consigo realizar algum exercício físico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diariamente pelo menos 3 dias da semana dois ou menos dias na semana	<input type="checkbox"/> ensinado pela mãe/cuidadora desde cedo orientação médica estudou ou leu sobre o assunto observou outras pessoas fazendo isso outros: _____
3. Consumo bastante água <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diariamente pelo menos 3 dias da semana dois ou menos dias na semana	<input type="checkbox"/> ensinado pela mãe/cuidadora desde cedo orientação médica estudou ou leu sobre o assunto outros: _____
4. Procuo manter a qualidade do meu sono <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diariamente pelo menos 3 dias da semana dois ou menos dias na semana	<input type="checkbox"/> ensinado pela mãe/cuidadora desde cedo orientação médica estudou ou leu sobre o assunto outros: _____
5. Evito o estresse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diariamente pelo menos 3 dias da semana dois ou menos dias na semana	<input type="checkbox"/> ensinado pela mãe/cuidadora desde cedo orientação médica estudou ou leu sobre o assunto outros: _____
6. Busco realizar alguma atividade que me dê prazer ou alegria <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> diariamente pelo menos 3 dias da semana dois ou menos dias na semana	<input type="checkbox"/> ensinado pela mãe/cuidadora desde cedo orientação médica estudou ou leu sobre o assunto outros: _____

Anexo 1 - Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL – BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
-20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as	1	2	3	4	5

	condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2 - Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto

Nome: _____ Data: ____/____/____

Sexo: () Masc. () Fem.

Se a escala está sendo preenchida por um informante, **qual é a sua relação com o indivíduo?** _____Em uma semana típica, aproximadamente quanto tempo você passa com o indivíduo?
_____ Horas/semana.**INSTRUÇÕES**

As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS (2) ÚLTIMAS SEMANAS**.

	Durante as últimas DUAS (2) SEMANAS , o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos seguintes problemas?	Nada (de modo algum)	Muito leve (Raramente, menos de um ou dois dias)	Leve (Vários dias)	Moderado (Mais da metade dos dias)	Grave (Quase todos os dias)	+
1	Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3	4	
2	Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?	0	1	2	3	4	
3	Sentiu-se mais irritado, mal-humorado, ou zangado do que o usual?	0	1	2	3	4	
4	Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?	0	1	2	3	4	
5	Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4	
6	Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?	0	1	2	3	4	
7	Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?	0	1	2	3	4	
8	Evitou situações que o deixam ansioso?	0	1	2	3	4	
9	Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex., cabeça, costas, articulações, abdômen, pernas)?	0	1	2	3	4	
10	Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?	0	1	2	3	4	
11	Pensamento de ferir a si mesmo?	0	1	2	3	4	
12	Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?	0	1	2	3	4	
13	Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4	
14	Problemas com sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?	0	1	2	3	4	
15	Problemas com a memória (p.ex., aprender informações novas) ou com localização (p. ex.,	0	1	2	3	4	

	encontrar o caminho para casa)?						
16	Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?	0	1	2	3	4	
17	Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?	0	1	2	3	4	
18	Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?	0	1	2	3	4	
19	Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?	0	1	2	3	4	
20	Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?	0	1	2	3	4	
21	Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?	0	1	2	3	4	
22	Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?	0	1	2	3	4	
23	Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito? (p.ex., analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam], ou drogas como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solvente [como cola ou metanfetamina [ou outros estimulantes]])?	0	1	2	3	4	

Anexo 3 - Quociente Sexual - Versão Masculina (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação: 0 = nunca 3 = aproximadamente 50% das vezes 1 = raramente 4 = a maioria das vezes 2 = às vezes 5 = sempre

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?

0 1 2 3 4 5

2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?

0 1 2 3 4 5

3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira(o)?

0 1 2 3 4 5

4. Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?

0 1 2 3 4 5

5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?

0 1 2 3 4 5

6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?

0 1 2 3 4 5

7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?

0 1 2 3 4 5

8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?

0 1 2 3 4 5

9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?

0 1 2 3 4 5

10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?

0 1 2 3 4 5