



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS – UNISANTOS

Mestrado em Saúde Coletiva

MARIA DO SOCORRO BEZERRA QUEIROZ DE ARAÚJO

REPERCUSSÕES DO CÂNCER DE PELE NO HOMEM DO SERTÃO PARAIBANO.

SANTOS, SP

2020

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS – UNISANTOS

MARIA DO SOCORRO BEZERRA QUEIROZ DE ARAÚJO

REPERCUSSÕES DO CÂNCER DE PELE NO HOMEM DO SERTÃO PARAIBANO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

ORIENTADORA: DRA. SILVIA REGINA VIODRES INOUE

SANTOS, SP

2020

Ficha Catalográfica
Universidade Católica de Santos – Biblioteca Central

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

A658r Araujo, Maria do Socorro Bezerra Queiroz de
Repercussões do câncer de pele no homem do Sertão
Paraibano / Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araujo ;
orientadora Silvia Regina Viodres Inoue. -- 2020.
90 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
Saúde Coletiva, 2020

1. Saúde pública - Dissertações. 2. Câncer - Pacientes.
3. Câncer - impacto psicossocial. I. Inoue, Silvia Regina
Viodres - orientadora. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

MARIA DO SOCORRO BEZERRA QUEIROZ DE ARAÚJO

REPERCUSSÕES DO CÂNCER DE PELE NO HOMEM DO SERTÃO PARAIBANO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Silvia Regina Viodres Inoue – Universidade Católica de Santos

Prof.^a Dr.^a Carolina Luiza Alves Barbieri – Universidade Católica de Santos

Prof.^a Dr.^a Maria Izabel Calil Stamato – Universidade Católica de Santos

DATA DA APROVAÇÃO: ____/____/____.

**Santos-SP
2020**

A todos os presentes neste estudo...

Agradecimentos

Meu maior agradecimento sempre será ao meu Pai, meu Companheiro, meu Amigo, meu Confidente, meu DEUS. E não quero, caros leitores, que vocês pensem que agradecer a Deus em primeiro lugar é algo clichê. Agradeço primeiramente a Ele porque Ele é minha maior prioridade.

Chegar até aqui não foi tão fácil como muitos pensam... Não! Eu lutei por isso e tive pessoas que foram essenciais para que esse sonho fosse realizado. Então devo meu agradecimento eterno à minha família, em especial à minha filha, Iana Araújo. Eu não conseguiria sem o apoio de vocês. Obrigado pelo amor, carinho e proteção.

Quero agradecer com todo meu carinho e admiração a minha orientadora Silvia Regina Viodres Inoue. Obrigada por acreditar em mim, no meu potencial. Agradeço por ser esta profissional que inspira excelência. Obrigado por ter me estendido a mão em todos os momentos em que precisei. Sou imensamente grata por todo seu empenho para construir esta dissertação. Pra mim foi uma honra ter sido sua orientanda!

Estendo meus agradecimentos, também, à Carolina Luiza Alves Barbieri e Maria Izabel Calil Stamato por contribuírem com esta dissertação aceitando o convite para participação da banca examinadora. Certamente, as contribuições desta banca possibilitarão o aperfeiçoamento desta pesquisa. Grata por compartilharem seus conhecimentos.

Ainda, agradeço todo o apoio ofertado por Thais Laudares, que também esteve presente nesta pesquisa. Suas palavras e produções acadêmicas serviram de base para que esta dissertação fosse construída.

A todos que contribuíram direta e indiretamente com minha formação, meu muito obrigado!

RESUMO

Introdução: O câncer de pele é a forma mais comum de câncer em humanos e divide-se em duas categorias principais: melanoma e não melanoma. Os homens são os mais acometidos por câncer de pele em decorrência de exposição aos fatores causais da doença, como também por haver, culturalmente, um déficit de autocuidado em relação à saúde por esta população.

Objetivo: Este estudo objetivou compreender as repercussões do câncer de pele para homens diagnosticados no Sertão Paraibano. Além disso, objetiva, ainda, analisar o conhecimento sobre o câncer de pele, bem como identificar as repercussões emocionais na vida familiar, social e ocupacional associadas ao diagnóstico e tratamento e conhecer as práticas de autocuidado vivenciadas no cotidiano do homem sertanejo. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, com produção de dados no segundo semestre de 2019 com homens de uma Associação de Apoio a Diagnosticados com Câncer do interior do estado da Paraíba. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada e sua análise por meio da análise de conteúdo sistematizada de Bardin. **Resultados:** Após a análise das entrevistas de 08 homens com idades entre 51 e 75 anos, foram elencadas quatro categorias: Na categoria 1) Repercussões do diagnóstico e Mudança de vida, os sentimentos de tristeza e medo foram os mais presentes, como também vergonha pelas deformidades corporais e as limitações que a própria enfermidade impõe ao participante, como a privação da exposição ao sol e o abandono de atividades laborais; 2) Espiritualidade, na qual foi percebido que, entre os participantes, o fator da religiosidade se tornou uma estratégia de enfrentamento da doença; 3) Relacionamentos, em que o fortalecimento das relações familiares e sociais também permitiram o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do câncer de pele, e; 4) Práticas de cuidado e tratamentos complementares, em que observou-se o não uso de terapias complementares nos homens desta pesquisa e poucas práticas de autocuidado, pois orientações como o uso de protetor solar, na maioria dos casos, foram negligenciadas.

Palavras-chave: Homem, câncer de pele, cuidado, impacto psicossocial.

ABSTRACT

Introduction: The skin cancer is the most common form of cancer in human beings and it is divided in two mainly categories: melanoma and non-melanoma. The men are the most affected by skin cancer due the exposure to the casual factors of the disease, but also because there is, culturally, a deficit of self care on the health of this population . **Objective:** This research intend to understand the impacts of skin cancer in men diagnosed in the semiarid region of the northeastern Brazilian state of Paraíba. Besides that, it intended to know the comprehension that men have about melanoma and the non-melanoma skin cancer. As well as to know the changes occurred after diagnosis in the family, social and occupational context. **Methodology:** The current study is a descriptive-qualitative and exploratory research, with data produced during the second semester of 2019 with men of an Assosiation for the Suport for Cancer Diagnosed Ones, in the state interior of Paraiba. As data collect instrument it was used a semistructured interview and it's analysis through of the systematic analysis of content of Bardin. **Results:** After the analysis of the interviews of eight men with ages between 51 (fifty-one) and 75 (seventy-five) years old, four categories were listed: On category (1) Repercussions of Diagnosis and Change of Life, the feelings of sadness and fear were the most present, as also shame, caused by body deformaties and the restrictions that illness itself impose to the human being. As the privation of sun exposure and abandonment of laboral activities; (2) Espiritually, in wich it was perceived that, between all attendees, religion became a confronting strategy against the disease; (3) Relationships, in wich was seen that strenghtening of family and social boundaries also allowed the development of strategies to confront skin cancer. (4) The care practices and complementary therapies by men of this research and few practices of self care, because guidelines, as the sunscreen use have been neglected.

Key-words: Man, Skin Cancer, Caring, Psychosocial Impact

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.....	40
---	----

LISTA DE SIGLAS

APPC – Associação Patoense de Portadores de Câncer

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICs – Práticas Integrativas e Complementares

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

RUV – Radiação Ultravioleta

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Microrregiões do Sertão Paraibano.....	40
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	NEOPLASIAS CUTÂNEAS: TIPO MELANOMA E NÃO MELANOMA...	19
2.1	Fatores psicossociais do Câncer de Pele.....	21
3	SAÚDE DO HOMEM	25
3.1	Práticas de cuidado em saúde do homem: desafios da saúde pública	27
3.2	O cuidado e o autocuidado na perspectiva de gênero.....	32
4	OBJETIVOS.....	38
4.1	Geral.....	38
4.2	Específicos.....	38
5	METODOLOGIA.....	39
5.1	Tipo de pesquisa.....	39
5.2	Local da Pesquisa.....	39
5.3	População.....	41
5.4	Instrumento de Produção de Dados.....	42
5.5	Produção de Dados.....	42
5.6	Análise dos Dados.....	44
5.7	Considerações Éticas.....	45
5.8	Riscos e Benefícios da Pesquisa.....	45
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
6.1	Caracterização dos participantes entrevistados.....	46
6.2	Categorias de análise.....	49
6.2.1	Repercussões do diagnóstico e Mudança de vida.....	49
6.2.2	Espiritualidade.....	58
6.2.3	Relacionamentos.....	61
6.2.4	Práticas de cuidado e tratamentos complementares	65
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	88
	APÊNDICE C – Termo de Compromisso do Pesquisador.....	90

Apresentação

Em 2001 participei da implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar como primeira psicóloga do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, da equipe dos hospitais pilotos no Brasil. Nesse programa tive a oportunidade de conhecer, aprender e implementar uma gestão humanizada de saúde na cidade de Patos-PB.

Como trabalhadora na saúde pública, vi a necessidade de estudar e buscar conhecimentos sobre enfermidades que estavam crescendo e traziam novos desafios para os profissionais de saúde. Entre 2013 e 2014 fiz uma Especialização em Psicooncologia na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, podendo constatar a importância de conhecimentos específicos sobre o câncer para um melhor tratamento. Esta experiência me motivou a estudar sobre o câncer e suas repercussões de modo geral. A partir desta especialização tive a oportunidade de conhecer a Associação Patoense de Portadores de Câncer, ao realizar um estágio obrigatório na instituição.

Continuando minha trajetória, entrei no mundo acadêmico com intuito de aprender e transmitir conhecimentos para novas gerações. Ingressei no Mestrado em Saúde Pública em 2018 e estipulei como meta continuar esse estudo sobre o câncer e a repercussão na vida do paciente.

Sendo assim, acredito que a relevância social desta pesquisa está no entendimento de que quanto melhor se compreendem as repercussões do câncer de pele no homem, mais progressos se faz para diminuir os prejuízos de ordem psicossocial e subjetiva do câncer. Pesquisar o tema é proporcionar voz à estes homens, fornecendo uma visão importante das opiniões destes sobre sua vivência com o câncer. Ainda, esta pesquisa é relevante para a Saúde Coletiva, pois, por ser um campo em construção, necessita de reflexões acerca do gerenciamento da subjetividade desses homens, entendendo como eles lidam com o diagnóstico do câncer de pele.

A escolha deste tema também se deu pela percepção de que há poucos estudos que abordam a vivência do homem com câncer de pele. Ainda, por Patos-PB ser localizada em uma zona de temperaturas elevadas e estar localizada no sertão do nordeste brasileiro, despertei interesse em pesquisar o tipo de câncer relacionado à exposição solar. Além disso, sou munícipe da cidade, o que me aproxima da realidade estudada.

Para isto, a dissertação foi desenvolvida em quatro capítulos, abordando o tema de câncer de pele no homem. O primeiro capítulo se detém a contextualizar os aspectos gerais das neoplasias. O capítulo ainda tem seu desfecho com uma introdução à vivência do homem

com o câncer de pele, tornando uma base teórica para a melhor compreensão dos objetivos a que se propôs este estudo.

O segundo capítulo traz conceitos sobre a saúde do homem embasados nas políticas públicas brasileiras de saúde do homem. Aborda, também, os aspectos gerais e peculiares de cuidado e autocuidado em saúde, como o homem se relaciona com esses conceitos.

O terceiro capítulo descreve a metodologia utilizada nesta pesquisa. E, por fim, o quarto capítulo apresenta os resultados e as discussões que emergiram a partir da análise dos dados produzidos. Assim, foi possível elaborar um recorte sobre a vivência do câncer de pele no homem.

1. INTRODUÇÃO

A pele é o órgão do corpo mais exposto a infecções, doenças e lesões por ser o maior órgão do corpo humano, tanto em área de superfície como peso. Nos adultos, a pele recobre aproximadamente uma área de 2 metros quadrados e pesa em torno de 4,5 a 5 quilos, totalizando aproximadamente 7% do peso integral do corpo. A pele é formada por duas partes fundamentais, e cada uma tem propriedades e funções diferentes: a epiderme é a parte aparente, superficial composta de tecido epitelial, e a derme é mais espessa e profunda, composta por tecido conectivo (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

O termo câncer é utilizado para definir um conjunto de mais de cem tipos de doenças que têm em comum o desenvolvimento desordenado de células que tomam tecidos e órgãos. No Brasil, dentre todos os cânceres, o de maior incidência são as neoplasias de pele, representando 30,4% de todos os tumores malignos registrados no país (BALINELO et al., 2014). Em 2016, a estimativa era de cerca de 2.100 casos na Paraíba. Sendo os cinco tumores mais incidentes para o sexo masculino o câncer de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago (SOUSA, 2015).

O câncer de pele é a neoplasia maligna com maior frequência entre os brasileiros, o que o torna um grave problema de saúde pública. Sua incidência passa por significativo aumento nos últimos anos e devido à exposição solar. Um câncer é resultante da proliferação de uma linhagem de células que, com mutações em seus genes, perdem a capacidade de morte celular (apoptose) e se multiplicam rapidamente, invadindo tecidos vizinhos e migrando para outras partes do corpo em um processo metastático (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2018).

Para Souza et al., (2014), o câncer de pele pode se apresentar de duas formas: tipo melanoma e não melanoma. O primeiro equivale a cerca de 4,0% dos tumores malignos cutâneos. Já o segundo, o tipo não melanoma, é a forma mais comum no Brasil e costuma ser de fácil diagnóstico, com possibilidade de cura superior a 95%, quando tratado precoce e corretamente. O tipo melanoma está significativamente relacionado à exposição solar aguda, resultando em queimadura solar, enquanto 90,0% dos 13 cânceres de pele não melanoma podem ser relacionados a exposição cumulativa à exposição solar (FRASSON et al., 2017).

Responsável por 70% dos diagnósticos encontramos o carcinoma basocelular que é um tipo de câncer não melanoma. Mesmo sendo um câncer menos agressivo e que raramente origine metástases, possui alto potencial destrutivo local, podendo ocasionar deformidades que não podem ser apagadas, quando não tratado precocemente. Já o carcinoma

epidermóide que representa 25% dos casos de câncer de pele não melanoma é o segundo em incidência e apresentando maior potencial de metastização (FRASSON et al., 2017).

Correspondendo a apenas 4% das malignidades cutâneas, o tipo melanoma é tido de extrema gravidade pela alta probabilidade de gerar metástases, o que justifica a necessidade do seu diagnóstico precoce, refletindo na melhora do prognóstico do paciente (FRASSON et al., 2017).

Para Modena et al., (2014) vários fatores estão correlacionados com a origem do câncer de pele, tais como: envelhecimento populacional, a exposição solar, a cor dos olhos, o tipo de pele, a história familiar ou pessoal de câncer cutâneo, além do uso de álcool e tabagismo.

A exposição solar causa uma agressão que é irreversível e cumulativa, com capacidade de produzir variações normalmente imperceptíveis à pele, olhos, entre outros, induzindo diferentes alterações bioquímicas, como alterações nas fibras colágenas e elásticas, perda de tecido adiposo subcutâneo e fotocarcinogênese. A radiação ultravioleta (RUV) natural, oriunda do sol, corresponde ao seu maior agente etiológico, sendo considerado um carcinógeno completo, ao promover mutações no DNA e um processo inflamatório decorrente da exposição cumulativa à RUV (CASTILHO, SOUSA; LEITE, 2010).

São necessárias várias mutações e falhas no nosso sistema imunológico para que se instale e se manifeste uma neoplasia, já que o seu desenvolvimento não é um evento tão simples, pois a célula neoplásica usa processos bioquímicos normais, porém, de forma desregulada e em momentos equivocados; além disso, os processos inflamatórios podem ocasionar o desenvolvimento do câncer (COUTO, 2017; SOUSA, 2015). Desta forma, o estilo de vida está intimamente ligado a um maior risco de desenvolvimento de neoplasia, considerando tanto fatores de responsabilidade individual como questões que envolvem toda a comunidade (BARROS, 2015).

Cruz e Irfi (2016) também indicam que o estilo de vida e comportamento do indivíduo influenciam o desenvolvimento do câncer. Fatores como abuso de álcool e tabaco, bem como uma nutrição composta de alimentos com agrotóxicos estão relacionados com o diagnóstico positivo para câncer. Ainda, os fatores ambientais, tais como exposição à luz solar, também podem influenciar este diagnóstico (IMANICHI, 2017).

Segundo Zilmer (2012), o diagnóstico de câncer causa importante efeito emocional na vida do paciente e de sua família. As neoplasias podem afetar a vida do indivíduo, gerando alterações no âmbito afetivo, social e biológico. O câncer é uma enfermidade que frequentemente provoca sentimentos ligados à tristeza, angústia e medo,

sendo esse processo vivenciado pelo paciente e familiares geralmente fragilizando-os, tornando-os mais suscetíveis ao sentimento de medo das repercussões que poderão advir da doença (GARCIA, 2012).

A literatura científica indica que o processo de adoecimento por câncer origina alterações significativas nas relações sociais e familiares, trazendo consigo o sentimento de revolta no indivíduo acometido, posto que este indivíduo sente-se coberto de incertezas, inseguranças, preocupações com o futuro e, principalmente, com medo da morte. Ainda, o estigma culturalmente radicado no homem, pela sociedade, em relação ao câncer afeta as relações familiares, uma vez que ocasiona dificuldade de comunicar sobre essa doença de forma aberta e franca (BARROS, 2015).

Foi a partir do exposto que se buscou compreender como o câncer de pele repercute na vida do homem que está inserido em uma região que possui uma população balizada pelo sincretismo cultural que teve origem na fusão das culturas dos vários grupos que a constituíram: colonizadores portugueses, nativos indígenas e africanos trazidos como escravos. No sertão paraibano, a população é, sobretudo, de baixa renda, muitas vezes analfabeta e marcada pelo êxodo rural – no passado, devido os ciclos de produção do açúcar, café, pau-brasil e ouro; no presente, pela falta de políticas de avanços econômicos que fixe o homem à terra. Esta mobilidade fez com que os indivíduos desta se dispersassem em função de razões como o forte calor e a variedade das origens étnicas.

Estudar as repercussões do câncer de pele na perspectiva do homem do sertão paraibano é fundamental para que se aponte o conhecimento acerca da temática, bem como servir como subsídio para pesquisas científicas. Ainda, o estudo pode implementar melhorias nas políticas públicas, em especial a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. O estudo nessa área é de grande significância visto que a saúde coletiva está passando por um processo de avanço e a compreensão da interface psicologia e câncer está inserida neste contexto.

Além disso, a evolução do câncer de pele não pode estar aquém dos problemas teóricos e epistemológicos, nem dos problemas da práxis cotidiana. Assim, o desenvolvimento desta pesquisa poderá favorecer estudos teórico-práticos.

Ademais, este estudo é relevante para o campo da Saúde Coletiva, de forma que o conhecimento da repercussão da enfermidade em questão possibilita a criação de estratégias para o cuidado e tratamento daquela, bem como refletir positivamente nas políticas públicas pertinentes. Ainda justifica-se este estudo pelas possibilidades que os resultados pretendidos

podem trazer a comunidade acadêmica proporcionando respostas aos problemas propostos ou ampliar as formulações teóricas a esse respeito.

Destarte, este estudo tem como objetivo compreender as repercussões do câncer de pele para homens diagnosticados no Sertão Paraibano. Além disso, objetiva, ainda, analisar o conhecimento sobre o câncer de pele, bem como identificar as repercussões emocionais na vida familiar, social e ocupacional associadas ao diagnóstico e tratamento e conhecer as práticas de autocuidado vivenciadas no cotidiano do homem sertanejo.

2. NEOPLASIAS CUTÂNEAS: TIPO MELANOMA E NÃO MELANOMA

Apesar dos esforços para abordar os fatores de risco de câncer de pele, como proteção solar inadequada e comportamentos intencionais de bronzeamento, as taxas de câncer de pele, incluindo as taxas de melanoma, continuaram a aumentar no Brasil. Com apoio adequado e abordagem unificada, esforços abrangentes em toda a comunidade para prevenir o câncer de pele podem funcionar. Embora tal sucesso exija um compromisso e coordenação sustentados entre diversos parceiros e setores, podem ser alcançadas reduções significativas nas doenças, mortes e custos de assistência médica relacionados ao câncer de pele, como questão de saúde pública (GOMES, 2011).

O câncer de pele se revela sob a forma de duas variáveis: melanoma e não melanoma. O tipo mais frequente de câncer de pele na população brasileira é o não melanoma, sob a forma de carcinoma basocelular, que atua na formação de células basais da epiderme, ou carcinoma epidermóide que se desenvolve em células escamosas, que formam a superfície da pele, perfazendo um total de 70% e 25 % dos casos, respectivamente. Sendo responsável por, aproximadamente 1/5 dos casos novos de câncer, por serem diagnosticados precocemente, há alta probabilidade de cura (POPIM, 2008).

O carcinoma epidermóide apresenta um elevado potencial de invasão local e de metastatização, sofrendo variação de acordo com a lesão de origem, sendo as áreas mais afetadas as que estão mais expostas ao sol, como o dorso das mãos e a face. Podendo se apresentar sob a forma de lesão vegetante e propensa a ulceração e infiltração dos tecidos profundos (SILVA, 2018).

A neoplasia com o melhor prognóstico é o carcinoma basocelular, pois demonstra crescimento lentificado, com capacidade invasiva localizada, sem acarretar metástases, tendo por preferência, as regiões cefálica, tronco e membros. A lesão mais característica é a lesão papulosa translúcida e brilhante com coloração amarelo-palha; sendo passível de sangramento e formação de crosta, como uma placa seca, áspera e que descama com frequência, sem cicatrizar (MORA, 2018)

Representando 4% do total dos cânceres cutâneos, o melanoma tem grande significância, devido ao seu alto potencial de originar metástases e sua letalidade. Atinge ambos os sexos em igual magnitude, sendo que no homem é mais comum no dorso e, na mulher, nos membros inferiores, tendo maior frequência em pessoas com pele clara, afetando a faixa etária dos 30 aos 60 anos e se forma a partir da transformação maligna dos melanócitos, células produtoras de melanina (DARIVA, 2017).

Os autores supracitados indicam que o seu desenvolvimento é resultado de múltiplas e progressivas alterações no DNA celular, que podem ser originadas por ativação de protooncogenes, por mutações ou deleções de genes supressores tumorais ou por alteração estrutural dos cromossomos.

Vários fatores de risco têm sido atribuídos como risco para o desenvolvimento dessas neoplasias, tais como: indivíduos que apresentam pele, cabelos e olhos claros e se queimam facilmente ao invés de se bronzear, horário e tempo de exposição ao sol, residir em um país tropical, fazer uso de imunossupressão crônica (BRASIL, 2007). O diagnóstico é clínico, confirmado por meio de uma biópsia com avaliação histopatológica para análise do subtipo, o desenvolvimento do tumor e o quão invasivo é. Podem estar relacionadas a feridas crônicas e cicatrizes na pele, uso de drogas imunossupressoras de órgãos transplantados e exposição a alguns agentes químicos ou à radiação. Os locais mais comuns de apresentação: rosto, orelhas, pescoço e couro cabeludo (COUTO, 2017).

Quando diagnosticado precocemente, o câncer tem melhor prognóstico, mas, caso haja um diagnóstico tardio, há grande capacidade de metástase. A sobrevida está relacionada diretamente com a espessura do tumor, presença ou não de ulcerações e o acometimento linfonodal (BARROS, 2015).

É possível destacar como sinais e sintomas as queixas relacionadas ao aparecimento de manchas que coçam, doem, sangram ou descamam; lesões que não cicatrizam no período de quatro semanas; manchas que mudam de cor, tamanho, textura, espessura ou contornos; elevação ou nódulo circunscrito e adquirido da pele que aumenta de tamanho e tem aparência perolada, translúcida, escura ou avermelhada (BRITO, 2017; BRITO, 2019).

A rápida detecção do câncer de pele é possível por meio do autoexame ou exame clínico. Os indivíduos que apresentarem lesões, mencionadas anteriormente, devem ser encaminhados, pelos profissionais de saúde, à consulta especializada para realização dos procedimentos necessários a fim de obter diagnóstico. Isto requer devida atenção, levando em consideração o índice ABCD: Assimetria: uma metade diferente da outra; Bordas irregulares: contorno mal definido; Cor variável: várias cores (preta, castanha, branca, avermelhada ou azul) numa mesma lesão; Diâmetro: maior que 06 milímetros (BALDRIGHI, 2018).

Silva e Chieffi (2012) afirmam que nos dois tipos de câncer de pele, entre os principais potenciais de risco encontra-se a exposição excessiva ao sol, principalmente, à radiação ultravioleta (RUV). Mesmo esta exposição sendo um benefício para os seres

humanos, é nocivo em situações excessivas, pois provoca na pele doenças, sendo esses raios maior agente etiológico do câncer de pele.

Os raios ultravioletas (UV) estão associados de acordo com o comprimento de onda, sendo classificados em raios UV-C, em raios UV-A (320-400nm) e em raios UV-B (280- 320nm). Os raios UV-B, que estão diretamente associados ao desenvolvimento do câncer de pele, têm crescido progressivamente sua incidência sobre a Terra, em decorrência da destruição da camada de ozônio. Assim, tem ocorrido um aumento da incidência dos raios UV-C, que são potencialmente mais carcinogênicos do que os UVB (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2018).

Silva e Chieffi (2012) apontam que, independente da camada de ozônio, os raios UV-A, ocasionam câncer de pele em quem está exposto a eles em horários de alta incidência, continuamente e ao longo de muitos anos. Pessoas de pele clara que residem em locais de alta incidência de luz solar são as que têm maior risco. Como mais de 50% da população brasileira se expõem muito ao sol e descuidadamente, seja por trabalho ou por lazer, e por ser um país que tem sua localização geográfica numa zona de alta incidência de raios ultravioleta, justifica a alta ocorrência do câncer de pele.

2.1 Fatores psicossociais no câncer de pele

Ao diagnosticar o câncer, uma pessoa fará uma longa jornada que pode afetar a saúde física, o bem estar mental e o relacionamento com os entes queridos. Ao fazer o tratamento dos aspectos físicos do câncer, os pacientes podem negar os problemas emocionais associados ao câncer. Uma das alternativas para driblar esta negação é aprender mais sobre o câncer que sofre. Isso pode fazer com que a doença pareça menos temível (SILVA, 2019).

Diante do exposto, é necessário a compreensão do impacto psicossocial do câncer de pele pode refletir na vida de um indivíduo. A aparência física influencia quase todos os aspectos das vidas, incluindo relações interpessoais, sensação pessoal de bem estar, emprego, oportunidades e remuneração financeira. O fenômeno do câncer de pele afeta um número crescente de pessoas no Brasil e cirurgias para tratar seus tumores podem deixar cicatrizes que mudam aparência física e impactar negativamente o funcionamento psicossocial. Abordar essas preocupações psicossociais pode melhorar os resultados após o tratamento do câncer de pele (MELO, 2019).

Altos níveis de ansiedade pré-operatória sobre possíveis desfiguração podem diminuir a capacidade de lidar efetivamente após a cirurgia. Por outro lado, pacientes com melhor capacidade de enfrentamento pré-operatório prediz uma melhor resposta

comportamental pós-operatória. Pacientes com maior cuidado com a pele, com menos comorbidade e melhor estado de saúde mental são mais prováveis de ter melhor qualidade de vida relacionada à pele e satisfação a longo prazo após a vivência do câncer de pele (MELO, 2019).

Manso (2017) aponta que muitos desses atributos positivos protegem um paciente do sofrimento da alteração da aparência física. Estudos anteriores mostraram que pacientes com câncer de pele com maior risco de ansiedade são jovens, mulheres e com tumores em locais visíveis. O encaminhamento a profissionais de saúde mental pode ser considerado quando há sobrecarga psicossocial. Considerando isso, profissionais da saúde podem considerar a triagem de sofrimento psicossocial com comprometimento da qualidade de vida, insatisfação com a imagem corporal, depressão e ansiedade em pacientes com câncer de pele.

O crescente número de cirurgias de câncer de pele no Brasil pode deixar cicatrizes que alteram o estado físico do paciente, sua aparência e pode reduzir drasticamente seu funcionamento psicossocial. Compreender o impacto psicossocial da cirurgia para câncer de pele pode melhorar o entendimento desses indivíduos acerca de sua enfermidade (SILVA, 2019).

As situações sociais, financeiras e psicológicas de um paciente podem mudar completamente devido ao câncer e ao tratamento que o acompanha. Ter uma atitude realista e perceber que o câncer pode afetar muitos aspectos da sua vida pode ajudá-lo. As pessoas na rede social de um paciente incluem familiares, cônjuges, filhos e amigos. O apoio social também pode assumir a forma de grupos de apoio ou ajuda de um psicoterapeuta (YOSHINARI, 2017).

É importante que esses cuidadores ouçam as necessidades e preocupações únicas de seu ente querido. Por exemplo, eles devem ser sensíveis aos desejos do paciente de compartilhar e aprender sobre o câncer, as opções de tratamento e seu prognóstico. Uma rede de suporte pode ajudar a reduzir bastante o estresse de lidar com o câncer (SILVA, 2015).

Para Silva (2015) a falta de apoio social tem sido associada a níveis mais altos de ansiedade e qualidade de vida prejudicada em pacientes com câncer. Uma menor incidência de depressão está associada à capacidade dos membros da família de expressar abertamente seus sentimentos e pensamentos ao paciente. A ansiedade também é menos comum em pacientes que são capazes de comunicar livremente informações aos membros da família. Ainda mais importante, os pacientes com câncer que não têm apoio social têm um desejo maior de morrer e um risco aumentado de cometer suicídio.

Os pacientes podem descobrir que os relacionamentos com os entes queridos são fortalecidos com o estresse que experimentam durante o diagnóstico e o tratamento. Enquanto alguns relacionamentos fornecem muito apoio, outros surpreendentemente levam à frustração. Em muitos casos, o estresse nos relacionamentos é causado por mal-entendidos e confusão sobre como oferecer suporte a um diagnosticado com câncer (FERNANDES, 2018).

Além de lidar com seus próprios sentimentos, uma pessoa com câncer também pode ter que lidar com sentimentos de incerteza e tristeza de seus amigos e familiares. Todos precisam de tempo para se recuperar, tanto os diagnosticados do câncer quanto os próximos a ele (SILVA, 2015).

As pessoas que estão em tratamento contra o câncer de pele podem perder os cabelos, sofrer alterações de peso, sofrer cicatrizes cirúrgicas ou alterar partes/remover cirurgicamente partes do corpo. É comum que esses eventos alterem os impulsos sexuais e a imagem corporal de uma pessoa. Os tratamentos para câncer que afetam os órgãos reprodutivos (seios, próstata, testículos etc.) podem fazer com que os pacientes questionem sua identidade sexual e social como "homem" ou "mulher" (CUNHA, 2018).

O desejo de sobreviver pode ter precedência sobre outras preocupações quando as pessoas são diagnosticadas pela primeira vez com uma doença fatal, como o câncer de pele. Pacientes com este tipo de câncer podem perder o interesse pelo sexo e, embora poucos o falem, é bastante comum. Com o passar do tempo, os pacientes podem querer "continuar com suas vidas" e retornar às atividades cotidianas. A sexualidade pode ser importante para a identidade de uma pessoa e uma mudança na imagem corporal pode afetar as relações íntimas e sociais. A intimidade com um parceiro também pode ser uma maneira importante de se comunicar, aliviar o sofrimento e manter um senso de si mesmo (CUNHA, 2018).

Sendo assim, a ansiedade é uma reação comum ao diagnóstico de câncer de pele. Quando as pessoas se sentem ameaçadas, seu nível de estresse aumenta naturalmente. O câncer pode ser muito perigoso e muitos pacientes desenvolvem ansiedade. Os sintomas incluem tremor, batimentos cardíacos irregulares e níveis extremos de preocupação. A ansiedade pode ocorrer durante qualquer momento do diagnóstico e tratamento do câncer (CUNHA, 2018).

As pessoas que apresentam ansiedade no momento do diagnóstico, dor intensa, falta de apoio social, avanço da doença e transtornos de ansiedade anteriores apresentam alto risco de desenvolver transtornos de ansiedade durante o tratamento. O medo associado à ansiedade pode causar sofrimento mental suficiente para impedir que os pacientes realizem suas atividades normalmente. A ansiedade pode interferir na qualidade de vida de um paciente

e na capacidade de continuar a terapia contra o câncer. Níveis mais altos de insônia, expectativa de dor e depressão também podem ser resultado de ansiedade (NOVAK; SABINO, 2015).

Um paciente pode aliviar sua ansiedade se aprender mais sobre seu câncer de pele, com intervenções psicológicas e com a ajuda de medicamentos. Nos casos em que a ansiedade é causada pela dor, um tumor que produz hormônios ou efeitos colaterais dos medicamentos, o tratamento da fonte pode aliviar a ansiedade (MATOS, 2016).

Outro fator importante a ser considerado é a depressão, que pode ser uma questão mental importante para pacientes com câncer. A depressão afeta pacientes com câncer em maior extensão do que o restante da população em geral (NOVAK; SABINO, 2015).

A depressão pode ter efeitos diferentes em cada indivíduo e é mais provável que pacientes com uma doença mais avançada fiquem deprimidos. É normal ter sentimentos de dor e tristeza, mas é importante para pacientes com câncer de pele distinguir entre níveis normais de dor e transtornos depressivos (MATOS, 2016).

3. SAÚDE DO HOMEM

Com o objetivo geral de melhorar a saúde da população masculina, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que prevê reduzir a morbimortalidade, concentrando sua atenção nos fatores de risco para esta população, além de fornecer condições para aumentar o acesso aos serviços de saúde e ações integrais de saúde (BRASIL, 200). Este estudo dedica-se a esta questão, estimulando o desenvolvimento desta pesquisa na relação do homem com o câncer de pele.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com referência a 1º de julho de 2014, estima-se que o Brasil tenha 202,7 milhões de habitantes; a expectativa de vida, em geral, passou de 74,1 anos em 2011 para 74,6 anos em 2012 e, em relação ao sexo, para homens aumentou de 70,6 (2011) para 71 anos (2012) e para mulheres passou de 77,7 para 78,3 anos nos anos seguintes no mesmo período (IBGE, 2014).

Em relação à mortalidade, com idade entre 20 e 59 anos, as principais causas de morte no Brasil foram causas externas, doenças cardiovasculares, câncer, doenças digestivas. Homens morrem em situações de acidente e violência, levando-os à morte prematura, sem tempo para o desenvolvimento de doenças, em comparação com as mulheres que morrem de câncer, doenças do sangue, doenças endócrinas, entre outras (MOURA, 2012).

Quanto aos hábitos de vida pouco saudáveis e presença de doenças crônicas, no Brasil houve aumento significativo da prevalência de obesidade, sobrepeso, atividade física insuficiente no lazer, inatividade física, hipertensão e diabetes com o aumento da idade dos homens (SCHWARZ, 2012). Dessa forma, pode-se dizer que os homens estão entrando no sistema de saúde por meio de atenção especializada, resultando em aumento da morbidade, adiando a atenção e aumentando o custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). É necessário fortalecer e aprimorar a atenção primária, garantindo assim a promoção da saúde e a prevenção de problemas de saúde evitáveis (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista profissional, percebe-se a valorização das mulheres em detrimento dos homens, pois elas são mais propensas a práticas de cura e mais capazes de prevenção. Existem várias representações e estereótipos relacionados ao gênero, como: "Os homens são mais fortes"; "O corpo feminino possui particularidades que exigem mais cuidados"; "As mulheres são naturalmente cuidadoras". Dessa forma, a invisibilidade do gênero masculino é produzida pela expectativa dos profissionais de saúde de que os homens não se cuidam ou de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de maneira menos efetiva. Quando os profissionais não reconhecem esses indivíduos como sujeitos potenciais de cuidado, deixam de incentivá-los a praticar a prevenção e a promoção

da saúde ou não reconhecem os casos em que demonstram esses comportamentos (COUTO, 2010).

No entanto, quando os homens são questionados sobre os motivos que os levam a não procurar atendimento básico de saúde, surgem problemas que não estão associados apenas ao gênero, como horários inadequados de operação dos serviços que ocorrem durante o período de trabalho, medo de ser portador de doença grave, falta de especialistas, atraso no tratamento. Esses fatores podem ser minimizados se os serviços oferecerem novas estratégias de acompanhamento para essa população (JULIÃO; WEIGELT, 2011)

Os motivos para o homem procurar o serviço estão relacionados a procedimentos para monitorar doenças como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, controle da pressão arterial, doenças crônicas já instaladas e que exigem monitoramento constante. Eles demonstram comprometimento em retornar as visitas em seu discurso e comparecem aos exames, para controle dos níveis pressóricos. De acordo com as doenças crônicas já presentes, esses achados são consistentes com a literatura que traz que, quando um homem procura atendimento médico, ele já chega com demandas por níveis de especialização (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Ressalta-se que a equipe de saúde tem atributo fundamental nesse serviço, para que esses homens continuem com esse compromisso de cuidar de sua saúde, pois, se não forem reconhecidos pelos profissionais como responsáveis por seus cuidados, a equipe não fornecerá as ferramentas necessárias para o aprimoramento das práticas de promoção e prevenção da saúde (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Outro estudo (SCHRAIBER, 2010), que examinou a participação de 182 homens na Atenção Primária levantou a falta de tempo como uma das dificuldades mencionadas pelos homens para não participar, incluindo campanhas específicas para eles, como no caso do rastreamento do câncer de próstata. Esse ponto é importante para o planejamento das ações em saúde, uma vez que as unidades básicas geralmente atuam no período diurno, coincidindo com as horas de trabalho desses indivíduos.

Schraiber (2010) aponta que, na literatura, os estudos que avaliaram os serviços continham sugestões para usuários do sexo masculino: maior oferta de assistência, mais atenção dos profissionais, facilidade em marcar consultas e melhor remuneração dos profissionais de saúde, para melhorar a qualidade da assistência. Houve também algumas reivindicações quanto à melhoria do atendimento a usuários do sexo masculino em campanhas, realização de esclarecimentos de reuniões, criação de setores separados para

atendimento de mulheres e crianças, atendimento à urologia, revelando que não existe uma preocupação igual.

3.1 Práticas de cuidados em saúde do homem: desafios da saúde pública

As práticas de cuidado remontam à própria origem do homem, quando se tornou essencial "cuidar da vida" para sobreviver. Elas foram aperfeiçoadas ao longo do tempo a partir de eventos como o estilo de vida sedentário, agricultura e distribuição do trabalho de acordo com o gênero, entre outros (SILVA, 2018).

Acerca do conceito de práticas de cuidado em saúde no contexto cultural em que a pessoa se encontra, o ser humano constantemente aprimora práticas em diferentes contextos, o que permite e promove a atualização da noção de bom que está dentro deles (SILVA, 2018).

Práticas de cuidados de saúde também são referidas na literatura como "comportamentos de saúde" ou atividade realizada por uma pessoa que pensa ser saudável ou que quer ser novamente, com o objetivo de prevenir ou limitar uma doença ou, melhor ainda, detectá-la em um estágio assintomático. Esta definição aborda os cuidados preventivos e curativos (BIBIANO, 2019).

A compreensão de Bibiano (2019) de comportamento de proteção à saúde é qualquer conduta realizada por uma pessoa para proteger, promover ou manter sua saúde, independentemente de sua percepção de seu estado atual de saúde, ou se tal conduta é objetivamente efetiva para esse fim. Os comportamentos preventivos de saúde são multidimensionais, pois as pessoas que se comprometem com o comportamento de saúde tendem a comprometer em outros comportamentos também e, além disso, esta dimensionalidade muda de acordo com o conceito de comportamento de saúde que é aceito (BIBIANO, 2019).

Coelho, Giacomini e Firmo (2016) atribuem as práticas de cuidado como um conjunto de ações que envolvem comportamentos, atividades e hábitos. Estes autores trazem a ideia de que estas práticas se caracterizam por ser um fato deliberativo, isto é, um ato que implica na possibilidade de decidir entre várias opções, e para isso é necessária a intervenção de compreensão e vontade. No campo da saúde pública, a saúde do homem tem gerado grandes desafios, já que é possível identificar nessa população comportamentos inadequados em relação ao autocuidado e aos riscos para inúmeros problemas de saúde. Estes riscos são conhecidos por meio de indicadores epidemiológicos e sociodemográficos refletindo diretamente na longevidade do homem (SOUSA, 2015).

O homem é visto, pela sociedade desde eras primitivas, como um ser forte e viril no aspecto biopsicossocial, decorrendo, automaticamente, em um estereótipo que renuncia os cuidados consigo mesmo, não aderindo a tratamentos preventivos, de promoção e de proteção da saúde. Segundo Albano et al., (2010) e Silva et al., (2010) o homem contemporâneo passa a maior parte da sua vida trabalhando, sempre em competitividade, na busca pela aquisição de bens materiais, deixando, assim, sua saúde para um segundo plano. Além disso, muitos acham que os serviços de saúde são ambientes femininos e não se sentem totalmente confortáveis em frequentá-los (ALVES, et al, 2011).

Por esses motivos, muitas vezes, se torna complexa a detecção e o tratamento de doenças pelos profissionais da saúde. Isso começou a ser observado nos anos 70, quando tiveram início estudos referentes à saúde masculina, sendo incentivados pela teoria e política feminista que acreditava ser o homem o responsável pelos danos à saúde de outros, principalmente, da mulher (SILVA, 2010).

Segundo Barros (2015), para estudar a saúde do homem, é necessário recorrer ao estudo de transições demográfica e epidemiológica, como, por exemplo, o envelhecimento populacional e alterações no perfil das doenças. Assim, nota-se que a diminuição da sua mortalidade foi mais lenta e sempre menor do que no sexo feminino. Destaca-se que as causas mais frequentes de morte masculina são as causas externas (violência, acidentes de trânsito), doenças cardiovasculares, neoplasias malignas.

O índice de homens em relação a mulheres na busca de atendimento no setor primário é baixo, em virtude que apenas buscam o serviço de saúde quando apresentam sintomas de alguma doença. A sociedade traz a máxima de que “homem que é homem” não adoce, fazendo com que essa população não procure pelos serviços de saúde. A procura tardia por tratamento médico transformaram doenças que poderiam ser tratáveis nos ambulatórios, em graves ou crônicas (ALMEIDA, 2013).

Em relação à saúde dessa população em geral, é significativo considerar que a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres (MEDEIROS et al., 2011). Segundo Almeida (2013), a construção sociocultural da identidade masculina e o processo de socialização, juntamente com os hábitos de vida dos homens, os colocam em um lugar de maior vulnerabilidade ao acometimento de enfermidades, aos atos violentos e à morte, pois se expõem mais aos fatores e situações de riscos.

Outro fator que é apontado nos estudos de Albano (2010) e Silva et al., (2010) é que essa barreira imposta pela não procura dos serviços de saúde está relacionado ao medo da

descoberta de doenças e também ao desconhecimento da importância das ações de prevenção e manutenção da saúde, pois, ainda são precárias as campanhas destinadas a este público.

A subutilização de serviços de atenção primária por homens também foi identificada como um problema em muitos países. No Brasil, o uso pouco frequente e tardio de tais serviços têm sido associado a homens com níveis mais elevados de condições de saúde potencialmente evitáveis e tendo reduzido as opções de tratamento. Existem também barreiras estruturais significativas que inibem a capacidade dos homens de se autocuidar e de acessar os serviços de maneira eficaz. Muitos serviços de atenção primária estão disponíveis apenas nos momentos em que os homens estão no trabalho, por exemplo (ALBANO, 2010).

Tem sido sugerido que o ambiente dos serviços de saúde também dissuade os homens que, de qualquer modo, consideram a saúde como um domínio predominantemente feminino. As campanhas de conscientização sobre saúde muitas vezes não conseguiram engajar os homens e, deliberadamente ou inadvertidamente, foram voltadas principalmente para as mulheres (ALBANO, 2010).

Com um olhar voltado para saúde do homem, o Ministério da Saúde, no ano de 2008, cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com objetivo de promover e aumentar o acesso dos homens a este serviço, aperfeiçoando a assistência oferecida e gerando uma mudança cultural. O foco central da PNAISH está direcionado aos homens adultos com idade entre 20 a 59 anos economicamente ativos, que correspondem a 48,5% desta população (IBGE, 2012).

Observa-se na proposta da PNAISH que uma das prioridades do governo é o bem-estar e a saúde do homem, e, sobretudo, reconhecer que a saúde é um direito de cidadania de todos os indivíduos do sexo masculino, tendo em vista o aumento da expectativa de vida e a redução da morbimortalidade neste grupo (BRASIL, 2009). Segundo Separavich e Canesqui (2013) é possível verificar que a proposta visa à mudança da concepção do homem em relação aos cuidados com a sua saúde.

Entretanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem não tem obtido êxito em muitos municípios do Brasil, como aponta Faria (2015). O autor realizou um estudo acerca dos impedimentos do bom desenvolvimento da PNAISH e indicam que há desafios na implantação da política na esfera governamental. Os gestores não articulam ações voltadas para o homem, seja por não concordarem com o modo como a PNAISH foi construída, seja por inviabilidades infraestruturais, como, por exemplo, escassez de recursos humanos e materiais que afetam não só o cuidado com o homem, mas também, todo o trabalho de unidades de saúde (FARIA, 2015).

As mudanças relacionadas ao processo de adoecimento podem ocasionar crises, devido ao estresse instalado pela mudança na rotina familiar, elevação dos gastos financeiros, medo da morte e a inversão e divisões de papéis familiares. O ser homem pode prendê-lo aos aspectos culturais, dificultando assim, a adesão de práticas de autocuidado, uma vez que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, e que procurar um serviço de saúde, na perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança (BARROS, 2015).

Os indivíduos acometidos por câncer, muitas vezes, tornam-se dependentes de seus familiares, que alteram sua rotina ocupando-se com atividades que envolvem o cuidado biopsicossocial do adoecido. Desta forma, deixam de atender suas próprias necessidades para se dedicarem inteiramente ao familiar adoecido. O câncer é uma doença carregada de preconceitos, na qual o indivíduo, na maioria das vezes, é tomado pelo sentimento de incapacidade. O diagnóstico de câncer ainda é visto como sentença de morte e está vinculado a muita dor, sofrimento e mutilações físicas e psíquicas (ALMEIDA, 2013).

Conforme declarado na Constituição da OMS é parte dos direitos fundamentais de todo ser humano o gozo do mais alto padrão de saúde atingível (OMS, 1946). Aumentar a capacidade dos homens de levar vidas saudáveis e completas é um imperativo ético. Melhorar a saúde dos homens não beneficiaria apenas homens, no entanto. Melhoria da saúde sexual e reprodutiva para os homens teria benefícios imediatos e óbvios para as mulheres, assim como para os próprios homens. Taxas mais baixas de mortalidade prematura e morbidade masculina reduziriam a carga sobre as mulheres e famílias que dependem da renda dos homens. Melhoria da saúde mental e níveis mais baixos de consumo de álcool ajudariam a reduzir a violência masculina em relação a parceiros e outros (BARROS, 2015).

Para que o progresso seja feito, acredita-se que as organizações globais de saúde e os governos nacionais devem, como parte de uma abordagem abrangente de gênero e saúde, abordar as necessidades de saúde de homens e meninos em todas as políticas relevantes (por exemplo, sobre obesidade, doenças cardiovasculares e câncer) e através da introdução de políticas específicas de saúde para os homens. Programas educacionais em escolas e informações sobre saúde voltadas para homens podem ser usados para encorajar e apoiar meninos e homens a cuidarem melhor de sua própria saúde (SOUZA; SEIDL, 2014).

Os profissionais de saúde devem se informar sobre os aspectos psicossociais da saúde do homem, bem como questões clínicas específicas do sexo masculino, e os programas de treinamento de profissionais da saúde devem abranger o gênero e outros determinantes sociais da saúde. Os locais de trabalho têm um atributo fundamental, em termos de não apenas

reduzir a exposição a riscos, mas também fornecer um cenário para a promoção da saúde (ALMEIDA, 2013).

É essencial que o trabalho com homens se concentre nos grupos com pior saúde, como homens economicamente desfavorecidos, homens gays e bissexuais, homens sem-teto, migrantes ou infratores, homens de grupos raciais e étnicos específicos e os que residem longe dos grandes centros. É importante reconhecer que a maioria dos homens quer desfrutar de boa saúde e bem-estar e que suas forças e os aspectos “positivos” da masculinidade (por exemplo, o desejo de prover e proteger a família) podem ser aproveitados para ajudá-los a alcançar melhores resultados. A fim de melhorar a saúde dos homens com sucesso, deve haver uma resposta de política e programação proporcional (BARROS, 2015).

A doença e o autocuidado são considerados ações pouco valorizadas pelos homens, mantendo-os afastados do acesso aos serviços de saúde. O PNAISH e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) visam fortalecer as ações e serviços nas redes de atenção e, assim, desenvolver o objetivo principal dessa política que é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular do homem em seus diversos aspectos socioculturais e contextos político-econômicos e respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitando o aumento da expectativa de vida e reduzindo as taxas de morbimortalidade por causas evitáveis nessa (FARIA, 2015).

De acordo com a Portaria nº 648-GM/2006, são atos característicos da atenção básica à saúde a prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, manutenção e reabilitação, porém esta efetivação tem representado um desafio para os profissionais da área da saúde. O entendimento desse fenômeno de saúde que está relacionado a esse grupo populacional envolve questões acerca dos determinantes de saúde-doença, gênero e a prematuridade da comunicação de suas demandas de saúde (MARCON, 2019).

As pesquisas desenvolvidas neste campo são baseadas, em sua maioria, em fundamentação teórica da política feminista que, conceitualmente, colocam que a vivência do ser masculino na forma tradicional e conservadora ocasiona déficit de saúde. Este fator reflete diretamente no perfil de morbidade e mortalidade associadas a indivíduos do sexo masculino (BRITO, 2017).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, ao considerar a questão de gênero, os homens morrem mais do que as mulheres ao longo do ciclo da vida (BRASIL, 2009). Sabe-se que, em muitos casos, essas mortes poderiam ser evitadas, se a procura dos homens

pelos serviços de saúde fosse maior. Os fatores que influenciam essa resistência foram construídos ao longo do tempo quando considerado os aspectos socioculturais da relação de gênero com a saúde (OLIVEIRA JÚNIOR, 2015).

3.2 O cuidado e autocuidado na perspectiva de gênero

A definição de cuidado é compreendida como uma composição multidimensional e peculiar de cada ser humano, ou seja, é a forma mais autêntica e natural de ser que o indivíduo se apresenta. Dessa forma, este cuidado envolve os atos, comportamentos, atitudes que são moldáveis diante de situações e experiências vividas pelo indivíduo (CARRILHO, 2010; WALDOW, 2006). Além disso, é necessário destacar que o cuidado visa os diferentes modos de agir em relação ao outro e pelo outro, por meio de duas vertentes: o cuidado competente, referente à corporeidade humana, e o cuidado pessoal, desenvolvido pelo afeto e pela sensibilidade (SILVA et al, 2009; WALDOW; BORGES, 2011).

A percepção que o próprio indivíduo tem sobre si é um elemento importante no processo cuidar, uma vez que é revestida de conhecimento próprio, intuição, compaixão, princípios morais e valores do indivíduo. Assim, este processo não é responsabilidade apenas do profissional de saúde, mas uma co-responsabilização também do indivíduo, já que o cuidado é primordial para a realização do ser humano (WALDOW; BORGES, 2011; BOFF, 2012).

O conceito do cuidar de si perpassou por três momentos distintos na história. No primeiro, os gregos postulavam, no período socrático-platônico, que este conceito estava baseado na reflexão filosófica; no segundo momento, o cuidar de si era investigado numa esfera helenística romana e, por último, refere-se o cuidado numa perspectiva cristã e do asceticismo cristão (BOLSONI, 2012). Destacando, especialmente, o momento helenístico romano, Wanzeler (2011) aponta uma perspectiva do filósofo Foucault defendendo que cuidado de si representa não apenas o simples exercício de conhecimento, mas a ação de si mesmo.

O autocuidado existia bem antes dos sistemas formais de saúde e é um importante contribuinte para os resultados da saúde. Para muitas pessoas, o autocuidado, dentro de normas culturais e sociais bem estabelecidas, pode ser o único sistema de saúde a que eles acessam. Onde existem sistemas de saúde, o autocuidado continua sendo um componente crucial para a manutenção da saúde. Por exemplo, escovar os dentes é uma prática diária de autocuidado, na qual os indivíduos controlam sua saúde bucal, mas pode vincular-se aos cuidados de saúde, caso sejam necessários check-ups ou intervenções avançadas. Além disso,

intervenções que antes estavam disponíveis apenas através de prestadores de serviços de saúde com base em instalações agora estão sendo acessadas no ambiente de autocuidado (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009)

O autocuidado varia de um conjunto de atividades a um conjunto de capacidades. É possível pensar sobre o autocuidado sob duas perspectivas complementares, uma focada em melhorar a capacidade dos indivíduos para cuidar de si e outra focada em como o autocuidado se relaciona com o sistema de saúde: pessoas centralizadas no sistema (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

A capacidade de um indivíduo de tomar decisões de saúde informadas e utilizar os recursos de saúde disponíveis é um componente importante da prevenção e gerenciamento eficazes de uma condição de saúde. A capacidade de acessar e usar recursos sociais e familiares contribui para a agência e autonomia pessoais e determina os resultados de saúde. Visto assim, o autocuidado trata do cuidado e do contexto relacional, encontrando maneiras de possibilitar um bom autocuidado nos indivíduos. Nessa perspectiva, é importante a capacidade de atender às necessidades físicas, fisiológicas, psicológicas e de auto-realização (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Dado o potencial de melhorar a saúde e o bem-estar, o autocuidado é um componente importante do cuidado centrado nas pessoas. Um enquadramento centrado nas pessoas enfatiza as necessidades psicológicas, de empoderamento e de auto-realização, colocando menos ênfase nas atividades técnicas e, em vez disso, analisando o autocuidado em termos de capacidades, aproveitando os "ativos de saúde" de uma pessoa, como condição para um produto da prática do autocuidado (SANTOS, 2008).

Uma perspectiva complementar sobre o autocuidado é um enquadramento "centrado no sistema", que se concentra em atividades que podem agregar valor ao lidar com doenças ou problemas de saúde específicos que os gerentes e formuladores de políticas consideram importantes. Nessa perspectiva, o efeito do autocuidado nos resultados de saúde e sua divisão do cuidado profissional são considerações fundamentais. Promover a troca de tarefas ou o compartilhamento entre profissionais e o público em geral ou otimizar a ligação ao atendimento profissional são prioridades de aproveitar o autocuidado para melhorar os resultados específicos do sistema de saúde (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

A disparidade de gênero nos diagnósticos e mortes por câncer de pele pode ser explicada por fatores comportamentais e biológicos. Em termos gerais, os homens podem estar mais inclinados a ignorar questões de saúde dermatológica ou cuidados com a pele, que tendem a ser vistas como femininas (DAZIO; SONOBE; ZAGO, 2009).

As abordagens para mensurar a masculinidade abrangem desde as normas sociais prescritivas e proscritivas que são distintas da identidade de gênero até uma perspectiva normativa em que tradições culturais e práticas sociais são vistas como modeladoras e modeladas. Estendendo esta narrativa, Dazio, Sonobe e Zago (2009) apontam que, uma vez internalizados, esses ideais de gênero se tornam sistemas de crenças individualizados sobre masculinidade, ou seja, crenças masculinas. A importância para a saúde dos homens, portanto, é que esses sistemas de crenças podem ajudar ou dificultar as práticas de promoção da saúde dos homens, sendo crucial o mapeamento preciso dos comportamentos de saúde e doença dos homens com medidas válidas e responsiva.

Em um estudo brasileiro sobre gênero com 28 homens no Rio de Janeiro (GOMES, 2008), verificou-se que a construção social da masculinidade está diretamente relacionada às formas de perceber e viver o doente e cuidar do corpo, que, por sua vez, o acesso e o atendimento aos serviços de saúde estão diretamente relacionados ao fato de os homens não se reconhecerem como pacientes. Além disso, a disciplina do autocuidado foi incorporada à rotina das mulheres, e os homens estão menos preocupados com o autocuidado.

Pesquisas já realizadas (CORTEZ; TRINDADE; MENANDRO, 2017; COELHO, 2016) indicam que a maioria dos homens com idades entre 18 e 30 anos geralmente se sente pressionada pela sociedade a se encaixar no que é chamado de "masculinidade", ou uma construção social da identidade masculina que empurra estereótipos para meninos e jovens sobre como agir "como um homem". Esses estereótipos incluem comportar-se como "durões", ser agressivos para provar a masculinidade e ignorar aspectos do autocuidado, como saúde física e mental (COELHO, 2016).

Segundo Balinelo et al., (2014, p.39), “a influência do imaginário social sobre o câncer e sobre o estigma do rastreamento do câncer pode acomodar, bloquear ou encher de medo e vergonha o homem que se submete aos exames”. A relação entre masculinidade e saúde deve ser considerada na dificuldade dos homens diante da busca por assistência à saúde e pela forma como os serviços lidam com suas necessidades (SOUSA, 2015).

Modena et al., (2014) afirmam que o diagnóstico de câncer coloca os homens em uma nova condição que se contrapõe aos modos como vivenciam sua masculinidade no cotidiano, sendo frequente a associação desses pessoas a sentimentos de vulnerabilidade, falta de controle, depressão, perda da independência e redução da autonomia.

No imaginário masculino, o câncer vincula-se à perda da autonomia e conseqüente dependência do outro, provocando um abalo em suas referências, sua identidade e seu território masculino. A vivência dos homens diante de uma doença com significação de

morte pode ser vista como o perder seu lugar de provedor e controlador das situações da vida pessoal, familiar e social, que lhe conferem o estatuto de homem (ALMEIDA, 2013).

Embora seja importante para todos cuidar de si mesmos, o autocuidado é visto como algo efeminado, reservado apenas para mulheres. Isso ocorre porque o conceito tornou-se estereotipicamente associado a mimos e outras atividades destinadas, principalmente, às mulheres, como tratamentos de *spa* e de beleza (CORTEZ; TRINDADE; MENANDRO, 2017).

Neste sentido, Mendieta (2015) aponta que o autocuidado pode evocar imagens de manicure, limpeza de unhas, aromaterapia, banhos de espuma e tratamentos faciais. Os homens podem evitar o autocuidado simplesmente por causa dessas conotações. Eles poderão evitar falar sobre autocuidado porque todo o conceito em si é visto como 'feminino'. Obviamente, tratamentos como massagem podem ser eficazes para aliviar o estresse, mas o autocuidado abrange muitas outras atividades benéficas para a saúde.

Muitos homens se apegam à noção de que ser obcecado pelo trabalho e ganhar status é central para sua identidade masculina. Tudo o que possa atrapalhar essas atividades - relacionamentos, tempo de lazer e saúde física e mental - deve ser deixado de lado. Trabalhar menos que todo o seu potencial pode ser visto como um sinal de caráter fraco ou falta de determinação, ambição ou vantagem competitiva. Essas expectativas sobre a masculinidade significam que os homens são mais propensos a excesso de trabalho, estresse, cansaço, isolamento e todos os problemas emocionais que eles podem causar - humor deprimido, raiva e irritabilidade (VIEIRA, 2013).

Quando a identidade e a autoestima de um homem estão tão fortemente envolvidas em seu trabalho, é menos provável que ele faça uma pausa para pensar na saúde quando precisar. Ele pode deixar de ver como sua atitude em relação ao trabalho está afetando sua saúde, ou - se o fizer - ele ignorará a seriedade dessas consequências ou as menosprezará. Um homem pode se comparar com seus colegas produtivos e convencer-se de que qualquer tipo de autocuidado mostraria fraqueza (OLIVEIRA, 2015).

Os sistemas de saúde são criados para atender às necessidades de saúde das comunidades e são o resultado de um longo desenvolvimento histórico e de vários fatores que fazem parte do sistema social. A saúde é um processo complexo, determinado pela interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do indivíduo. Desde a década de 1990, vários estudos (ARAÚJO; ZAGO, 2019; SANTOS, 2018; MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017) demonstram que mulheres e homens adoecem de maneiras diferentes, metabolizam drogas de maneira diferente e têm estilos de vida diferentes relacionados a

problemas de saúde. A principal contribuição desses estudos é mostrar que o gênero, juntamente com outras dimensões, como a classe social, é determinante no processo saúde-doença e gera desigualdades referentes ao cuidado em saúde. Esses fatores estão envolvidos na saúde e na assistência à saúde e levam a diferenças e desigualdades com base no sexo/gênero na saúde e na assistência à saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de desigualdade em saúde refere-se às diferentes oportunidades e recursos relacionados à saúde que os indivíduos possuem, dependendo de sua classe social, gênero, território ou etnia. Essas oportunidades e recursos estão associados a um estado de saúde precário entre os grupos desfavorecidos. A OMS argumenta que essas diferenças de saúde são desnecessárias, evitáveis e injustas (OMS, 2009).

Essas diferenças e desigualdades podem ser alteradas pelas políticas sociais e de saúde. No estudo de Santos (2018), que utilizou a abordagem compreensiva acerca da vivência de 03 famílias em relação ao cuidado do homem com doença crônica, com base nas recomendações de organizações internacionais, analisou-se a importância de introduzir o conceito de gênero na esfera da saúde da família, a fim de elaborar políticas públicas para corrigir as desigualdades existentes. Foram analisadas as diretrizes publicadas para esta incorporação nos últimos 10 anos como instrumentos de orientação nesse processo.

De acordo com Araújo e Zago (2019), uma abordagem à saúde com perspectiva de gênero, ou seja, que distingue fatores biológicos e sociais enquanto examina como eles interagem e leva em consideração como a desigualdade afeta as experiências em saúde, fornece orientações para identificar as respostas apropriadas pelo sistema de saúde e pelas políticas públicas.

Diante dessa realidade, estudos brasileiros e internacionais estão introduzindo a perspectiva de gênero nas políticas de saúde, principalmente na saúde do homem. O objetivo geral dessas políticas é abordar as desigualdades que surgem dos diferentes papéis sociais de mulheres e homens, bem como as relações desiguais de poder entre elas, e as consequências dessas desigualdades para suas vidas, saúde e bem-estar (SANTOS, 2018).

A Declaração do Milênio das Nações Unidas e outros acordos internacionais reconhecem a importância da igualdade de direitos para homens e mulheres e o direito de todos de viver livre de discriminação em qualquer esfera da vida, incluindo o acesso a cuidados de saúde (SANTOS, 2018).

Segundo a OMS, a incorporação da análise de gênero deve permear todos os aspectos das políticas públicas. No entanto, não se trata de considerar os dois sexos

igualmente, mas de considerar as diferenças e desigualdades biológicas e sociais em termos de papéis, recursos e poder. Segundo Moura, Gomes e Pereira (2017), a análise de gênero refere-se à construção de uma nova perspectiva sobre mulheres e homens que, na área da saúde, permite redefinir suas necessidades. Em outras palavras, a questão é atender às necessidades específicas de homens e mulheres para alcançar a igualdade de gênero na saúde.

Conforme mencionado no processo saúde-doença, as diferenças biológicas interagem claramente com os determinantes sociais, definindo as necessidades e experiências de mulheres e homens. Nesse caso, a equidade de gênero pode exigir tratamento e cuidados qualitativamente diferentes e sensíveis a essas diferentes necessidades. Quando não há razão biológica para explicar os diferentes resultados, devemos considerar que a discriminação social pode ser o principal suspeito desses resultados. Em termos específicos, diretrizes com recomendações foram desenvolvidas para integrar a perspectiva de gênero nos programas de saúde e planos de saúde (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017)

Gênero é uma categoria que nos permite analisar a construção sociocultural dos sexos. Como vimos, a relação do conceito de gênero com o conhecimento em saúde começou a ser examinada na década de 1970. A importância desse conceito nos levou a desenvolver uma definição do que é uma política de saúde com uma perspectiva de gênero (LOPES; CARVALHO; ARAÚJO, 2019).

Nas ciências da saúde, como em outras ciências, a teoria de gênero abre uma ampla gama de possibilidades para investigar as causas das diferenças e desigualdades nos problemas de saúde. Os sistemas de saúde, criados para atender às necessidades de saúde das comunidades, devem levar em consideração o conhecimento gerado pelas pesquisas para aliviar essas desigualdades, seguindo as diretrizes das organizações internacionais. Segundo Lopes, Carvalho e Araújo (2019), fazer um amplo eixo na pesquisa em saúde implica um compromisso com a possibilidade de que a apresentação de evidências de desigualdades em saúde entre homens e mulheres, resultado de desigualdades de gênero, possa influenciar políticas públicas para reduzir essas desigualdades, bem como impulsionar os homens no cuidado e autocuidado da saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

- Compreender as repercussões do câncer de pele para homens diagnosticados no Sertão Paraibano.

4.2 Específicos

- Analisar o conhecimento de homens sobre o câncer de pele;
- Identificar as repercussões emocionais, na vida familiar, social e ocupacional associadas ao diagnóstico e tratamento;
- Conhecer as práticas de cuidado vivenciadas no cotidiano do homem Sertanejo.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa é de natureza qualitativa do tipo exploratória-descritiva. Um estudo exploratório tem a finalidade de aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições; já o descritivo é a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis (FLICK, 2008). Assim, este tipo de pesquisa se dá por esclarecer ideias e conceitos, bem como, a repercussão do câncer de pele no homem do sertão paraibano.

A pesquisa qualitativa permite ainda melhor possibilidade de entendimento e aprofundamento das necessidades, significados e angústias do paciente e seu modo de lidar com a doença (CHITTEM, 2014). Sendo assim, este tipo de pesquisa melhor se aplica a este estudo, tendo em vista que permite maior aproximação do pesquisador com o tema pesquisado, possibilitando uma descrição acerca do impacto psicossocial do câncer de pele tipo melanoma e não melanoma no homem do sertão paraibano. Além disso, para este estudo, faz-se necessária uma abordagem que possibilite manejar os aspectos subjetivos da população estudada, permitindo uma melhor compreensão da fala dos entrevistados e uma realidade mais assertiva acerca do tema em questão.

5.2 Local de Pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Patos, no sertão da Paraíba, que tem uma área territorial de 512.791Km² e, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, dispõe de uma população de 100.674 habitantes, vivendo predominantemente na área urbana. O estado da Paraíba localiza-se na região semiárida do Nordeste, possuindo uma vegetação predominantemente de caatinga, a qual apresenta uma flora diversificada e rica.

O Sertão paraibano divide-se em sete microrregiões em decorrência ao maior ou menor nível de umidade que caracteriza suas áreas com clima alternando de quente e seco a temperado. Têm vegetação típica de caatinga primitiva, sendo a caatinga um dos maiores ecossistemas brasileiros, ocupando grande parte da área territorial do Nordeste.

Figura 01. Microrregiões do Sertão Paraibano



FONTE: AMARANTE, 2019.¹

A cidade de Patos, distante 307 km de João Pessoa, capital, é o centro da sua região geográfica. Destaca-se como polo educacional, bancário, comercial, religioso e de saúde, tanto no sertão paraibano, quanto em áreas próximas do Rio grande do Norte e Pernambuco, estados que fazem divisa com a Paraíba. É o terceiro município mais importante no estado considerando os aspectos políticos, econômico e social.

O clima de Patos é caracterizado como semiárido quente, quente e seco, com poucas chuvas. A temperatura média compensada anual é de 33,6 °C e o índice pluviométrico com 764 milímetros(mm), com chuvas frequente entre os meses de janeiro e abril. A cidade se encontra na 18ª colocação no ranking 20 cidades mais quentes do Brasil. Por seu aspecto de grande desenvolvimento no interior da Paraíba passou a ser conhecida como "Capital do Sertão Paraibano", ao ponto em que o seu clima e temperatura lhe deu a titularidade de "Morada do Sol".

A pesquisa foi realizada em dois territórios estratégicos, tendo em vista espaço de maior captação da população da pesquisa: 1) Associação Patoense de Portadores de Câncer (APPC), e/ou; 2) Residências Domiciliares de pacientes da APPC. Na APPC são atendidos

¹ Disponível em: <http://m.amarante-vinhos.com.br/outras-paix%C3%B5es/queijo-manteiga/regi%C3%A3o-produtora/paraiba/> Acesso em: 28 ago. 2019.

pacientes de ambos os sexos, moradores da cidade de Patos e região circunvizinha, que tiveram diagnóstico de vários tipos de câncer e estão em tratamento ou não.

A APPC surgiu a partir da experiência de uma voluntária ao visitar o Hospital Napoleão Laureano, hospital oncológico, em João Pessoa. Ao perceber as demandas dos pacientes que estavam em tratamento houve uma sensibilização quanto aos pacientes oncológicos do interior da Paraíba. Ao chegar a Patos, a voluntária mobilizou outras famílias e parceiros para que se construísse um espaço de acolhimento aos diagnosticados com câncer da região. A Associação foi fundada no dia 06 de maio de 2013, com poucas dificuldades, tendo em vista a rede de apoio que a voluntária tinha no começo. Inicialmente, foi realizado um contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Patos-PB para fazer uma busca ativa de pessoas com câncer na cidade. A busca foi realizada em todas as Unidades Básicas de Saúde junto aos Agentes Comunitários de Saúde. A manutenção se dá por doações como fraldas geriátricas, medicamentos, cesta básica, entre outros. Alguns laboratórios e farmácias também oferecem descontos na aquisição de insumos e outros. Ainda, o governo municipal doa a quantia de R\$1.000,00 para manutenção.

Atualmente, a Associação enfrenta dificuldades em relação aos recursos humanos e o quantitativo de voluntários. Em relação ao público atendido, a APPC oferece apoio a mais de 720 pessoas com diagnóstico de câncer e suas famílias. A Associação conta com apoio de 32 médicos que, ao diagnosticar o câncer, encaminham o paciente para a APPC. Durante a consulta o médico apresenta a Associação e como obter o apoio. A equipe multiprofissional é composta por médicos, psicólogos, fisioterapeutas e voluntários não profissionais da saúde. A APPC ainda realiza doações de próteses, cadeiras de rodas e de banho, andadores e camas hospitalares. Além da assistência ofertada aos diagnosticados com câncer, a Associação realiza um trabalho social com indivíduos em situação de rua oferecendo sopa três vezes por semana. Por fim, a APPC mantém parceria com as Faculdades Integradas de Patos, com assistência fisioterapêutica na clínica-escola, e com a Universidade Federal de Campina Grande, com tratamento odontológico.

5.3 População

A população deste estudo corresponde ao universo total de homens diagnosticados de câncer de pele, residentes no Sertão Paraibano e que fazem parte da APPC. Considera-se neste estudo que é necessário o período mínimo de seis meses de conhecimento do próprio diagnóstico, tempo estimado para que possíveis mudanças na rotina e relações interpessoais possam ter sido observadas pelos participantes. Todos os pacientes atendidos na Associação

têm o conhecimento de seu diagnóstico e encontram-se em tratamento médico em ambulatórios que os encaminha para esta organização.

Para participar do estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) ser homem, diagnosticado com câncer de pele, acometidos ao menos 06 meses anteriores à pesquisa, com idade acima de 18 anos; (2) residirem no Sertão Paraibano, em zona rural ou urbana, e (3) fazerem parte da APPC. Como critérios de exclusão foram considerados: (1) as entrevistas interrompidas por qualquer motivo, (2) desistência de participar da pesquisa e (3) homens em que a medicação interfira em sua cognição de modo a prejudicar a fala ou interação com a pesquisadora.

5.4 Instrumento de produção de dados

Para produção de dados foi utilizado um Roteiro temático sobre a repercussão do câncer de pele no Homem do Sertão Paraibano (Apêndice B), em formato de entrevista semiestruturada, composto por perguntas abertas e nas mais diretas havia abertura para mais explicações. As entrevistas semiestruturadas foram construídas com base em uma estrutura flexível, com perguntas abertas que exploram a área a ser investigada (POPE; MAYS, 2009).

Na primeira parte da entrevista são elencados os aspectos sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Na segunda parte, foram explorados os elementos subjetivos acerca da vivência do homem com câncer de pele.

5.5 Produção de Dados

Inicialmente foi realizado contato prévio com os participantes a partir das indicações de voluntários (recepcionista, assistente social, enfermeira) da APPC (Associação Patoense de Portadores de Câncer). Aos que consentiram com a participação, foi agendada a entrevista no local e horário de escolha dos mesmos e quando permitido por eles, as entrevistas foram gravadas em arquivo de áudio para posterior transcrição. Além disso, as identidades e dados que permitiriam identificá-los foram omitidos e, quando necessário ou a pedido do participante, a entrevista poderia ser interrompida, situação que não ocorreu durante a aplicação de nenhuma entrevista. Todo o processo de coleta só teve início após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo A), adesão da APPC à pesquisa, por meio da carta de anuência, e esclarecimento para os entrevistados.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de julho a setembro de 2019, sendo nos meses de julho e agosto a aplicação das entrevistas piloto e as demais no mês de Setembro. A fim de testar a aplicabilidade do roteiro de entrevista optou-se pela realização de entrevistas-

piloto. O uso das entrevistas-piloto se deu pela necessidade de investigar se as perguntas do roteiro estavam sendo compreendidas pelos entrevistados e, ainda, se seria necessário adicionar e/ou suprimir alguma pergunta. Inicialmente foram realizadas 03 entrevistas-piloto com mulheres, atendidas na APPC, com diagnóstico de câncer de mama, situação semelhante em que se encontram os participantes deste estudo (homens com câncer de pele). Nas entrevistas-piloto percebeu-se que houve compreensão das perguntas do roteiro, sem a necessidade de alteração ou supressão de algum item. Isto pode ser observado nos áudios gravados, nos quais as 03 entrevistadas relatam as repercussões ocorridas após o diagnóstico do câncer. As entrevistas com mulheres foram orientadas também para sensibilizar a entrevistadora com relação às nuances e variações mais intensas quanto às diferenças entre mulheres e homens nas entrevistas que viriam a seguir. Optou-se ainda por entrevistar mulheres para poupar os participantes potenciais da familiaridade com o roteiro temático, visto que nas observações foi identificada a pequena presença de homens na Associação. Destarte, as entrevistas-piloto auxiliaram a definir qual seria o melhor ambiente para a realização das entrevistas definitivas.

Após a aplicação das entrevistas-piloto deu-se a aplicação das entrevistas definitivas que também revelaram que o roteiro temático e a abordagem não necessitavam de alterações. Essas entrevistas foram feitas em dois ambientes, sendo quatro entrevistas na Associação Patoense de Portadores de Câncer e quatro nos domicílios dos participantes da pesquisa. Em alguns casos, durante a aplicação da entrevista, os entrevistados relataram ficar mais confortáveis com a presença de alguém de confiança, sendo a aplicação realizada com a presença de filhos ou cônjuges. Salienta-se que, apesar da presença de uma terceira pessoa, as entrevistas foram realizadas com os devidos cuidados éticos e dentro dos rigores pré-estabelecidos. A presença de outro familiar escolhido pelo participante é um direito do mesmo que, apesar de ter possibilidades de significados distintos, em princípio não representou um obstáculo nos relatos e interações, sabendo-se que a presença de outro indivíduo durante a aplicação de uma entrevista pode inibir o relato de experiência vivida pelo participante. Percebeu-se, também, que nas entrevistas em domicílio, os participantes demonstraram estar mais à vontade para relatar suas experiências. Outro fator a se observar está relacionado ao grau de escolaridade dos entrevistados. Alguns deles demonstraram dificuldades em dialogar mais amplamente em suas respostas, apesar de compreender as perguntas. A fim de preservar a ética e o sigilo garantido aos participantes da pesquisa, os mesmos serão identificados pela sigla “E”, que significa entrevistado, juntamente com a numeração (de 01 a 08) da ordem em que participaram da pesquisa.

5.6 Análise dos Dados

O tratamento dos dados foi realizado após o término da coleta pela pesquisadora sendo utilizada a técnica de análise de conteúdo sistematizada por Bardin, que, para Minayo (2006, p. 303), “[...] diz respeito à técnica de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

A análise de conteúdo, metodologia escolhida para análise dos dados que exigem uma abordagem qualitativa, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, sendo, adaptável ao campo de aplicações mais vastas, visto que a comunicação é entendida como qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor. O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, o conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (BARDIN, 2011).

A análise do conteúdo apresentada por esta autora organiza-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, que é a fase de organização do material; a exploração do material, através de uma leitura sistêmica; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, de maneira que estes se tornem significativos e válidos.

O primeiro pólo cronológico, a pré-análise, consiste nas seguintes fases: leitura flutuante, escolha (seleção) dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos, elaboração de indicadores e preparação do material. É válido ressaltar que, na obra de Bardin (2011), é utilizado o termo “escolha dos documentos”, porém, preferimos o termo seleção, devido ao fato desta escolha ser realizada com base em critérios preestabelecidos.

O segundo pólo cronológico, a exploração do material, consiste nas técnicas de codificação e categorização dos resultados (BARDIN, 2011). A primeira fase da codificação foi o recorte, que se constituiu na escolha das unidades de registros, ou unidades de significação, definido no presente estudo por temas; e a escolha das unidades de contexto, que facilitaram a compreensão das unidades de registros. Na análise dos dados, os textos foram divididos em categorias e unidades temáticas.

Por fim, o terceiro pólo cronológico, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste na apresentação dos resultados em quadros, para melhor visualização destas categorias com suas subcategorias e unidades temáticas. A partir deles serão feitas inferências específicas sobre o conteúdo, buscando-se confrontar os resultados obtidos com os objetivos do estudo. Em seguida, procedeu-se à interpretação e discussão com base na literatura pertinente.

5.7 Considerações éticas

Na realização da pesquisa foram considerados os requisitos apresentados pela Resolução 466/2012 e 510/2016, relativas à pesquisa com seres humanos, privilegiando a dignidade e respeito pelos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Foram observados os aspectos relacionados à privacidade e os direitos do participante, de participar por livre e espontânea vontade, podendo desistir em qualquer momento ou ter acesso a todo o conteúdo deste trabalho.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado sob o parecer número: 3.392.651. Salienta-se ainda, que todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre a temática e o caráter científico da pesquisa e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.8 Riscos e benefícios da pesquisa

Durante a produção dos dados desta pesquisa, percebeu-se que esta não ofereceu notórios riscos aos seus participantes, pois em nenhum caso evidenciou-se conflito de ordem moral, como algum constrangimento. Pois, um dos cuidados da pesquisadora incluiu ter declarado claramente, além de ler no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que o indivíduo poderia deixar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo. Ainda, durante a aplicação das entrevistas foram esclarecidas quaisquer dúvidas dos participantes sobre o estudo. Como benefício, a pesquisa contribuiu em aspectos informativos para os participantes como também possibilitou para o meio acadêmico a produção de dados atualizados sobre o tema abordado, acerca da repercussão do câncer de pele melanoma e não melanoma em homens do sertão paraibano.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção se detém a discutir os resultados da pesquisa realizada e, assim, dialogar com outros pesquisadores e suas referidas obras. Para isto, optou-se, inicialmente, pela descrição da população estudada e, posteriormente, os resultados da análise do conteúdo sistematizado.

Como já referido anteriormente, estudos acerca da vivência do homem com câncer de pele são escassos, tanto na literatura nacional, quando na internacional. Percebe-se que a literatura científica já produzida sobre a relação homem e câncer está mais voltada para os conhecimentos do câncer de próstata e suas repercussões no homem (MENEZES, 2019). Este dado é importante para a compreensão da discussão desta dissertação, uma vez que esta se propõe a discutir a relação do homem e o câncer de pele. Para que houvesse aproximação da literatura com o tema abordado nesta pesquisa, optou-se pela escolha de estudos semelhantes a este e que se propuseram a relacionar a vivência do câncer no homem. Ainda, os estudos selecionados sobre câncer de pele trazem dados de pesquisas realizadas com populações mistas, o que possibilita a aproximação com dados extraídos a partir da vivência dos homens com câncer.

6.1 Caracterização dos participantes entrevistados

Participaram do estudo 08 homens diagnosticados com câncer de pele, com idades entre 51 e 75 anos, residentes da cidade de Patos-PB. O câncer de pele é mais comum em indivíduos com mais de 40 anos de idade (OLIVEIRA, 2014). Os participantes se declararam católicos praticantes, casados ou divorciados, aposentados e com renda média de 1,5 salários mínimos. Em relação à escolaridade, os participantes do estudo, em sua maioria, não são alfabetizados, alguns possuindo apenas o Ensino Fundamental (Quadro 1).

Acerca do surgimento do câncer de pele, as zonas de concentração de surgimento das feridas foram a cabeça e tronco. Esses dados se relacionam com os resultados da pesquisa de Ferreira e Nascimento (2008), com 264 participantes de ambos os sexos com objetivo de identificar fatores associados ao câncer de pele não melanoma, a qual revelou que a localização do surgimento das primeiras lesões se dá na cabeça, pescoço e tronco. Entre as profissões mais citadas estão aquelas de força braçal ou frequente exposição ao sol, como marceneiro, descarregador de caminhão e pedreiros. No estudo de Pires (2017), que pesquisou o hábito da proteção solar na prevenção de lesões causadas por radiação ultravioleta em 50 participantes, a profissão mais citada entre os homens é a de pedreiro. Outro dado importante

é o fato de todos os participantes da pesquisa desconhecerem o tipo de câncer de pele que têm, seja melanoma ou não melanoma. Observa-se, também, que os participantes seguem o tratamento em suas residências, sem complicações da doença que prejudicassem a mobilidade, o que possibilita o livre trânsito entre os espaços de tratamento e acompanhamento como hospitais e a Associação de apoio.

Quadro 01. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.

Entrev.	Idade	Religião	Estado civil	Ocupação	Renda familiar	Pessoas com quem reside	Tempo de diagnóstico	Tumor primário
E1	51	Católico	Casado	Descarregador de caminhão	1 salário	Esposa e filhos	08 anos	Costas
E2	63	Católico	Divorciado	Marceneiro	1 salário	Sozinho	06 anos	Face
E3	72	Católico	Casado	Pedreiro	2 salários	Esposa	08 anos	Orelha
E4	64	Católico	Casado	Polidor	2 salários	Esposa e filha	05 anos	Colo
E5	75	Católico	Casado	Pedreiro	2 salários	Esposa, neta e bisneto	09 anos	Face
E6	70	Católico	Casado	Agricultor	2 salários	Esposa	08 anos	Face
E7	68	Católico	Casado	Servente de pedreiro	1 salário	Esposa e filhos	06 anos	Braço
E8	70	Católico	Viúvo	Garçom	2 salários	Companheira	26 anos	Face

6.2 Categorias de análise

A partir dos conteúdos extraídos e de acordo com os relatos dos participantes, emergiram as seguintes categorias: 1) Repercussões do diagnóstico e Mudança de vida, abordando as principais repercussões após o diagnóstico e as mudanças que ocorreram; 2) Espiritualidade, categoria que expõe a vivência da espiritualidade pelo homem acometido pelo câncer; 3) Relacionamentos, que traz conteúdos acerca das relações familiares e sociais da pessoa diagnosticada com câncer de pele, e; 4) Práticas de cuidado e tratamentos complementares, onde se aborda os tratamentos complementares para o câncer e os cuidados do homem com câncer consigo mesmo.

6.2.1 Repercussões do diagnóstico e Mudança de vida

Na primeira categoria são analisadas às repercussões do diagnóstico no participante da pesquisa e suas famílias por eles percebidas. Estas repercussões referem-se às emoções como medos, citado em 05 entrevistas e tristeza, que surgem na fala de 04 participantes.

Sabe-se que o câncer de pele pode repercutir de forma negativa na vida de um diagnosticado (BARROS, 2015). Algumas dessas repercussões foram elencadas pelos participantes deste estudo quando abordados sobre o diagnóstico e os sentimentos identificados neste momento:

“Quando eu soube, eu fiquei com medo e triste. É muito triste quando a gente recebe a notícia. O câncer dá medo de morrer e parece que tudo perde o sentido, o mundo desmorona e você também, parece que a vida vai acabar ali” (E2)

“Já tive doente outras vezes, mas como essa nunca. É triste.” (E3)

Medo e tristeza são sentimentos que muitos diagnosticados com câncer de pele e seus familiares sentem sobre o diagnóstico e tratamento. Dado o curso incerto e as profundas mudanças na vida que podem estar associadas à doença e ao tratamento, é comum a presença de reações negativas (ARAÚJO, 2013).

Notou-se que durante a descoberta/diagnóstico do câncer de pele, alguns entrevistados verbalizaram terem sentido medo, além de relatarem que foi um choque (abalo). Isto é perceptível na fala do participante E2 ao expressar o medo da morte e a perda do significado de vida/existir frente à enfermidade. Em outros estudos realizados com homens com câncer (MODENA, MARTINS; RIBEIRO; ALMEIDA, 2014; XAVIER; ATAÍDE;

PEREIRA; NASCIMENTO, 2010), o relato da palavra “medo” é incomum uma vez que, para alguns homens, assumir o sentimento de medo pode representar uma ameaça a uma estrutura hegemônica da masculinidade. Levando em consideração que os homens deste estudo são homens do sertão, comumente associados a imagem de um homem duro, valente, carrancudo, grosseiro e rude (GALRÃO, 2013), reconhecer o medo, uma fragilidade, frente uma enfermidade descontrói este estereótipo de que o homem sertanejo não tem sentimentos (MEDEIROS; CABRAL, 2019). Assim, falar sobre medos pode não ser tão difícil para alguns homens, mesmo os do sertão.

Os medos que podem ocorrer no curso de um câncer são complexos e podem se relacionar com diversas áreas: medo de morrer da doença, medo de ser "culpado", medo de consequências visíveis das terapias, medo de "ser abandonado" e de isolamento social, medo de dor e sofrimento, medo de um "colapso" mental e físico. A ocorrência de uma recaída, a mensagem sobre um curso progressivo da doença ou mesmo "apenas" a espera pelo resultado de um exame podem desenvolver sentimentos de tristeza e medo (ARAÚJO, 2013).

Pesquisadores (BURILLE; GERHARDT, 2013; BURILLE; GERHARDT, 2011) afirmam que o processo de doença do corpo compromete a manutenção da masculinidade hegemônica, pois apresenta dilemas de identidade, incluindo subordinação, passividade, reconhecimento de emoções e dependência. Especificamente no câncer, os homens reconfiguram sua identidade física e social e procuram preservar ao máximo o status de masculinidade.

No estudo de Maia (2017), que buscou analisar as estratégias e significados do câncer com diagnosticados, foram observadas pausas e lacunas no momento em que os participantes pronunciavam a palavra “câncer”. Nesta pesquisa, também foram percebidas manifestações de sentimentos negativos no participante E3, ao depor acerca do seu diagnóstico e tratamento. O estigma social que a palavra “câncer” carrega desperta reações e sensações negativas, pois sua representação está ligada à morte e a finitude da vida (ZAMBRANO, 2018).

No estudo de Ferrão (2016), com o objetivo de compreender o impacto do diagnóstico de câncer de próstata no homem, medos sobre as consequências emocionais e físicas de um diagnóstico de câncer foram mencionados em mais da metade da população estudada. Os participantes mencionaram temores sobre como "lidar" emocionalmente com um diagnóstico de câncer, revelando-se tristes e deprimidos. Percebe-se que a presença do medo e da tristeza também é frequente após a descoberta do câncer de pele.

Esses dois sentimentos são expressos em vários sintomas físicos e mentais, por exemplo, taquicardia, sudorese, falta de ar, tontura, problemas estomacais e intestinais, distúrbios do sono, nervosismo, tremores, tensão, irritabilidade, dificuldade de concentração ou sensação de fadiga profunda. Ter medo é uma reação natural a algo que é percebido como ameaçador (CERQUEIRA; MATIAS; CARVALHO, 2014).

Sintomas de medo e tristeza não são incomuns no contexto do câncer. Eles ocorrem, por exemplo, durante o diagnóstico, quando o paciente percebe que realmente tem câncer, após concluir o tratamento inicial e tomar consciência do que aconteceu, após cirurgias que podem alterar a imagem do próprio corpo, quando os planos de vida são perdidos, quando o câncer continua progredindo apesar das terapias (CERQUEIRA; MATIAS; CARVALHO, 2014).

Comumente, os sintomas negativos também são ligados ao efeito colateral da terapia contra o câncer, como após a radiação na cabeça ou certos tratamentos quimioterápicos. Quando um paciente lida com o câncer, pode haver momentos de profunda tristeza, desespero ou desânimo (SILVA, 2014).

Um diagnóstico de câncer pode ter um enorme impacto na maioria dos pacientes, famílias e cuidadores. Sentimentos relacionados à depressão e medo são comuns e são respostas esperadas à essa experiência de mudança de vida, foi o que constatou Silva (2014), ao estudar o nível de depressão em adultos com câncer em uma população mista. Neste estudo, também foi notório este impacto na vida dos diagnosticados e familiares:

“Durante a entrevista com o participante E6, sua esposa está próximo e no momento que ele relata seus medos em relação ao câncer, ela intervém a fala relatando que também sentiu medo ao saber do diagnóstico e que isto a deixou em um profundo estado de tristeza por um tempo.” (Diário de campo, setembro de 2019).

Pessoas com diagnóstico de câncer, assim como seus amigos e familiares, podem sentir angústia a qualquer momento após um diagnóstico ou mesmo muitos anos após o tratamento do câncer. À medida que a situação do câncer muda, os envolvidos neste processo aprendem a lidar com novos estressores e com os antigos (MODENA, 2014). A fala da esposa de E6 traz consigo a repercussão de sentimentos vivenciados pelas famílias dos diagnosticados. Percebe-se que o medo, a angústia e a desesperança também são vivenciados pelos familiares.

Diversos fatores podem causar esses sentimentos de medo e tristeza. Alterações na imagem corporal podem afetar a autoestima e a confiança. Os papéis da família e do trabalho podem ser alterados. As pessoas podem sentir tristeza por essas perdas e mudanças. Sintomas físicos como dor, náusea ou cansaço extremo também parecem mais propensos a causar sofrimento emocional. As pessoas também podem temer a morte, o sofrimento, a dor ou todas as coisas desconhecidas que se tem pela frente (SILVA, 2014).

Entretanto, pacientes com mais apoio social tendem a se sentir menos ansiosos e deprimidos, e relatam melhor qualidade de vida. As pessoas com câncer acham encorajador ter outras pessoas que ouvem e ajudam nos aspectos práticos de lidar com o câncer (KARKOW, 2015).

Para Fernandes (2013), ser capaz de conversar com a equipe de atendimento ao câncer sobre preocupações como medos, dor e outros problemas pode ajudar o paciente a se sentir mais confortável. Alguém da equipe pode responder a perguntas e falar sobre quaisquer preocupações. Eles também podem encaminhar o paciente a um profissional de saúde mental, se necessário.

O câncer é uma enfermidade que muda a vida das pessoas. O estresse emocional que causa pode ser avassalador. A equipe de atendimento ao câncer pode parecer focada na saúde física, mas também precisa se preocupar com a saúde emocional (FERNANDES, 2013).

É comum a pessoa diagnosticada com câncer lamentar as mudanças que a enfermidade traz à vida. O futuro, que antes parecia tão certo, agora se torna incerto. Alguns sonhos e planos podem ser perdidos para sempre. Em um estudo sobre os sentimentos e emoções vivenciadas por homens a partir de um diagnóstico de câncer (CERQUEIRA; MATIAS; CARVALHO, 2014) verificou-se que a aproximação com câncer criou uma série de expectativas sobre a enfermidade. As campanhas da mídia de massa podem aliviar o medo do câncer e incentivar comportamentos de detecção precoce, mas também podem gerar confusão quando mensagens de maior sobrevivência são contrárias às experiências diretas de câncer em outras pessoas. Cerca de um quarto dos participantes relataram seu medo de testemunhar as consequências do câncer em amigos e familiares, que variaram de ver outras pessoas sofrerem os efeitos da quimioterapia e cirurgia a conhecer relatos de pessoas que morreram de câncer.

Entretanto, neste estudo, alguns participantes relataram não sentir o diagnóstico de forma negativa, mas com enfrentamento e esperança:

“Pra ser sincero, eu tive que aceitar e não adiantava ficar triste.” (E1)

É interessante notar que E1 não se deixa resignar-se ou se abalar devido a vivência de um diagnóstico de câncer de pele. Ele também demonstra utilização de recursos internos para o enfrentamento da doença, daí a aceção “eu tive que aceitar” utilizado pelo participante.

O estudo do enfrentamento a doenças, como fator de risco associado à saúde e à doença, tem sido amplamente documentado. É considerado um processo básico para experiências emocionais. As respostas não adaptativas contribuem para a deterioração da qualidade de vida e saúde em pacientes com câncer, enquanto as ativas favorecem melhor adaptação à doença e à saúde (MIRANDA, 2015).

Na literatura científica, é feita uma distinção entre enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção. O primeiro é considerado como formas de enfrentamento focada na ação, com o objetivo de tentar fazer algo para alterar a fonte de estresse, e tende a predominar em situações em que algo construtivo pode ser feito. O segundo visa reduzir ou controlar o sofrimento emocional associado à situação e inclui, principalmente, pensamentos em vez de ações para mudar as relações pessoa-ambiente e tende a predominar quando a pessoa sente que a causa do estresse é algo duradouro (BOTELHO; PEREIRA, 2015).

Do exposto, emergem duas funções básicas de enfrentamento: destinadas a mudar ou influenciar o problema ou regular as emoções causadas por ele. As estratégias são semelhantes às utilizadas em sua solução: definição de problemas, busca de soluções alternativas, avaliação em termos de custo e benefício e implementação. Eles podem ser orientados ao meio ambiente (modificar pressões ambientais, obstáculos, procedimentos, entre outros) ou ao próprio indivíduo (mudanças no nível de aspirações, adquirir habilidades, buscar outros meios de gratificação etc.) (MIRANDA, 2015).

Em outra ordem, as estratégias direcionadas à emoção consistem em processos cognitivos orientados para diminuir o mal-estar emocional. Incluem autocontrole, evitação, minimização, distanciamento, reavaliação positiva, entre outros. As duas formas de enfrentamento geralmente estão presentes na mesma situação interativa entre indivíduo e ambiente e podem facilitar ou interferir umas nas outras (BOTELHO; PEREIRA, 2015).

As pessoas que sofrem de doenças crônicas, como o câncer, têm necessidade de usar estratégias para enfrentar eventos estressantes durante a doença (dor, desconforto, medo da morte, problemas familiares ou econômicos). As doenças são fonte importante de

demandas, esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações externas e/ou internas que excedem os recursos do indivíduo. As estratégias de enfrentamento constituem ferramentas ou recursos que o sujeito desenvolve para lidar com demandas específicas, externas ou internas (SOUZA; SEIDL, 2014).

Altos níveis de esperança estão associados a melhor desempenho e sucesso em tratamentos de doenças, maior bem-estar físico e psicológico e melhores relacionamentos interpessoais. No estudo de Sales (2014) acerca do sentimento de esperança em diagnosticados com câncer, que teve como população 05 homens e 03 mulheres, mostrou que a esperança tem impacto na saúde física, facilitando os esforços das pessoas para se engajarem em atividades de prevenção de doenças, como exercícios, reduzindo a probabilidade de se envolver em comportamentos de risco e de lidar e se recuperar de problemas de saúde existentes. Sendo assim, níveis mais elevados de esperança estão associados a afetos positivos, maior satisfação com a vida, maior percepção de bem-estar e senso de vida (SALES, 2014).

Uma observação importante sobre a entrevista com E7 é quando o mesmo ergue sua condição de saúde em detrimento de sua enfermidade. Ao examinar os recursos que possui ao invés do que não possui, E7 consegue manter-se em um estado de equilíbrio e firme em seu tratamento:

“Olhe, eu nem liguei. Eu sou um cara que não esquenta com nada. Eu já tava deitado na sala de cirurgia aí o médico disse isso. Ele ficou assustado porque eu tava muito tranquilo. Seu eu tiver de morrer o médico não vai fazer nada, só Deus mesmo.” (E7)

E7 relata sua experiência com o diagnóstico do câncer de forma tranquila, transmitindo segurança em sua fala e convicto do destino que há de vir. Percebe-se que a fala de E7 é coerente quando, em relação ao diagnóstico, ele reage de modo semelhante ao seu comportamento prévio (“eu sou um cara que não esquenta com nada”) e, ainda, mostra suporte na crença em um deus capaz de decidir sobre sua vida e cujas decisões ele aceita.

Apesar deste relato de E7 evidenciar o enfrentamento e esperança, também se relaciona com o aspecto espiritual, abordado na categoria “Espiritualidade”. Assim, cabe ressaltar que as categorias analisadas neste estudo não têm limites rígidos e que, não raro, os conteúdos se sobrepõem ou se complementam, como é esse caso em que reação do participante E7 também pode ser compreendida a partir do recurso religioso que ele utiliza.

A esperança também influencia a avaliação e o enfrentamento de estressores e obstáculos. Pessoas com maior esperança são eficazes na geração e no uso de caminhos alternativos para alcançar objetivos de cura e retorno à vida normal, antes da doença. Isso é especialmente relevante quando se enfrenta barreiras na consecução dos objetivos. Pessoas com pouca esperança têm maior probabilidade de usar a evasão como estratégia de enfrentamento e acabam não atingindo sucesso (SALES, 2014).

Após o diagnóstico de câncer, os participantes do estudo aderiram ao tratamento indicado e, conseqüentemente, começaram a vivenciar novas experiências, tanto as que surgiram após o diagnóstico como no tratamento. Com o início do tratamento para o câncer de pele, os homens relatam mudanças nas várias instâncias do cotidiano:

“Tem sido ruim. Não posso trabalhar, não posso ir às festas e parei de fumar.” (E3)

“Mudou um pouco, tem coisas que a gente não pode mais fazer. Eu andava muito na rua e hoje eu já não ando tanto.” (E7)

“Só ando com máscara. Tenho vergonha do meu rosto.” (E8)

Existem algumas mudanças na vida do indivíduo com câncer. O próprio câncer causa algumas dessas alterações, enquanto outras são o resultado de efeitos colaterais do tratamento. Viver com o tratamento de câncer e quimioterapia causa várias alterações e sintomas corporais, funcionais, emocionais e espirituais que faz com que os diagnosticados com câncer experimentem um novo estado de saúde (BURILLE; SCHWARTZ; ZILLMER, 2013).

Para muitos pacientes com câncer, o efeito colateral mais difícil é a fadiga. As pessoas relatam que o cansaço pode ser avassalador e ficam surpresas com o cansaço que sentem após um longo período de término do tratamento. A recuperação da cirurgia pode durar muito tempo e uma pessoa pode se sentir exausta meses após uma operação. A quimioterapia pode durar muitas semanas com medicamentos fortes que pioram o cansaço, enquanto o corpo se recupera. As pessoas que recebem terapia de radiação também relatam cansaço extremo (MATHIAS, 2015).

Um diagnóstico de câncer pode causar muitas mudanças, portanto, as pessoas tentam manter o máximo de controle possível, como forma de lidar com a situação. Algumas pessoas ficam muito chateadas ou parecem tristes. Eles podem estar chorando a perda de uma autoimagem saudável ou a perda de controle sobre suas próprias vidas (MATHIAS, 2015).

No estudo de Cerqueira, Matias e Carvalho (2014), que objetivou conhecer as repercussões do diagnóstico de câncer no homem, identificou-se que os homens com câncer, a nível corporal, relatam períodos de mal-estar geral, dores no corpo, náuseas, cansaço, perda de vitalidade, força e energia, levando-as a depender de suas famílias para realizar atividades da vida diária. Além disso, muitos deles têm falta de apetite por quimioterapia, mudanças na temperatura corporal, alguns acham difícil coordenar o que pensam com o que dizem (CERQUEIRA; MATIAS; CARVALHO, 2014).

Outro achado deste estudo foi a preocupação com a imagem corporal dos participantes em relação às mudanças ocorridas durante o tratamento:

“Visito a Associação para encontrar com o participante que viria a ser entrevistado. Noto que coloca a mão no rosto como se escondesse a cicatriz cirúrgica.” (Diário de campo, setembro de 2019)

As preocupações com a imagem do corpo coincidem com os resultados do estudo de Burille, Schwartz e Zillmer (2013) que revelaram que a mudança na aparência física é relatada por homens diagnosticados com câncer.

Viver com câncer em tratamento afeta e modifica as dimensões do "ser", influencia sua maneira de se relacionar consigo mesma e com o mundo, produzindo temporariamente uma mudança em suas vidas. Essas mudanças estão relacionadas às mudanças na corporalidade, emoções e significados do tratamento, coincidindo em vários aspectos com os resultados deste estudo (WANDERBROOKE, 2017)

Nesta pesquisa, foram percebidas as repercussões na imagem corporal dos participantes com relatos como do participante E8, ao falar que não se sente à vontade em retirar a máscara de proteção devido às cicatrizes de cirurgias oncológicas. Ainda, estas mudanças corporais afetam também as relações familiares:

“O que mais me doeu foi quando cheguei em casa e minha mãe não me reconheceu mais devido a deformidade no rosto. Foi a pior sensação para mim” (E8)

A entrevista realizada com o participante E8 se deu em sua residência, na companhia de sua esposa, embaixo de uma mangueira cuidada pelo próprio participante. Notaram-se momentos em que este se manifestava mais emotivo em seus relatos,

principalmente, ao se referir às mudanças na imagem corporal, que, como relata, foi a pior sensação já vivida nos 26 anos de diagnóstico do câncer². Este relato, sobre sua percepção da autoimagem, evidencia a ampla dimensão do impacto das mudanças corporais em decorrência do câncer no homem.

Diante de uma doença como o câncer, reconhecida por ser estigmatizada, com frequência mutiladora, que gera incertezas e é responsável por desencadear tantas mudanças no corpo biológico e social, alguns homens desta pesquisa aceitam a doença e incorporam uma nova identidade frente à doença. Neste estudo, de modo semelhante ao estudo de Gomes (2008) com 28 homens durante exames de toque retal, o autor se refere a uma “encruzilhada”, momento o qual a renúncia da masculinidade hegemônica era a forma de os narradores continuarem a sobreviver de alguma maneira, mesmo que ancorados nas memórias de seu passado, já que o presente é desafiador e o futuro é incerto na nova identidade masculina que vive em seus corpos (GOMES, 2008).

A presença de cicatrizes, amputação de membros e astenia podem acometer indivíduos com câncer, provocando alterações corpóreas imutáveis, com comprometimento severo da autoimagem corporal. O próprio tratamento instituído (radioterapia, quimioterapia, cirurgia, entre outros) e seus efeitos colaterais são potenciais traumas, afetando a qualidade de vida e a auto percepção corporal do homem com câncer (SÁ; CAROZZO, 2018).

“Apesar das mudanças corporais no participante E7, como deformidades nas costas [múltiplos volumes de massa] devido à grande quantidade de tumores, ele sente-se confortável em retirar sua camisa para mostrar as marcas à pesquisadora. Mesmo assim, em outro momento da entrevista, o mesmo relata não se sentir bem em andar sem camisa na rua.” (Diário de campo, setembro de 2019).

Essas mudanças levam, inevitavelmente, alguns homens com câncer a mudarem de vida como deixar seus empregos e passar mais tempo em suas casas, o que ocorreu com o participante E7 que relata insatisfação por não ter mais a possibilidade de realizar passeios diários e nem andar sem camisa. Nesse sentido, uma das dificuldades resultantes do viver com câncer ou com o risco de seu ressurgimento é o fato de todas as atividades se restringirem aos ambientes da casa e do hospital, o que faz com que os participantes se sintam excluídos da

² Durante a entrevista com E8, notou-se momentos emotivos. Todavia, foi ofertado acolhimento às suas palavras por parte da pesquisadora e, em consideração aos aspectos éticos da pesquisa, a oferta de atendimento especializado na Associação.

sociedade. Outros autores apontam que, devido à doença, o homem com câncer passa a "viver o momento", reconhecer que em suas vidas eram viciadas em trabalho e passam a entender que cada novo dia é um presente (PINTO, 2013).

Um evento traumático, como a dura experiência do câncer, pode transformar uma vida. Em uma situação extrema como essa, algumas pessoas são capazes de reconstruir sua maneira de ver o mundo e seu sistema de valores, produzindo aprendizado e um crescimento pessoal muito importante (PINTO, 2013). Partindo desta compreensão, nota-se um paradoxo entre o ato de “retirar sua camisa para mostrar as marcas à pesquisadora” e “não se sentir bem em andar sem camisa na rua.”. Ao passo que ele se inibe em situações públicas, há voluntariedade em mostrar-se para a pesquisadora. Tal fato pode ocorrer pela compreensão da importância que E7 tem acerca deste estudo, pois em dados momentos o mesmo transparece o desejo de colaboração com a pesquisa e o sentimento de estar contribuindo com algo importante, ou também pela apresentação pessoal da pesquisadora como voluntária da Associação, meio no qual as pessoas estariam mais habituadas a ver corpos com tumores e cicatrizes.

Existem pessoas que, depois de viverem a experiência do câncer, conseguem extrair um benefício da situação vivenciada. Para eles, a experiência do sofrimento e da dor, o contato com outras pessoas na mesma situação ou o medo do presente e do futuro tem sido uma oportunidade de tornar-se consciente de sua vida e considerar mudanças em seu sistema de valores, como mencionado já nesta categoria ao se tratar de esperança e enfrentamento (TERRA, 2013).

Assim, diante da vulnerabilidade masculina resultante dos tratamentos, os homens sofrem transformações em seus corpos e identidades sociais durante a vida. Por mais que a transição seja um processo natural para a humanidade, o adoecimento intensifica esse fenômeno e proporciona novas experiências na forma como enfrentam a doença. Desta forma, compreender as transições masculinas que ocorrem devido ao câncer de pele é extremamente relevante para o fortalecimento de tratamentos, educação e pesquisa direcionados a essa população (BURILLE; GERHARDT, 2013).

6.2.2 Espiritualidade

A espiritualidade é uma dimensão integral do ser humano e tem sido reconhecida como um fator crítico na saúde e no bem-estar dos diagnosticados com câncer de pele (MENEZES, 2018). Desde o diagnóstico inicial, passando pelo tratamento, sobrevivência, recorrência e morte, a compreensão dos homens diagnosticados com câncer sobre sua doença

varia do âmbito físico, social, emocional e espiritual. As incertezas e inúmeras decisões podem levantar questões relacionadas à espiritualidade com mais frequência em pessoas diagnosticadas com câncer do que em outras doenças crônicas (BENIDES; NEME; SANTOS, 2017). A religiosidade vivenciada pela fé católica surgiu para alguns dos entrevistados como um recurso que influencia o modo como lidam com a doença:

“Minha religião (católica) influenciou muito. Sem a religião a gente não vai muito pra frente.” (E4)

“Assim... Eu tenho muita fé em Deus e sei que tudo acontece porque Ele permite. Então posso dizer que influencia porque tenho muita fé em Deus.” (E5)

As falas descritas acima estão relacionadas a uma confiança individual em um ser supremo. A espiritualidade é descrita como a consciência de que existe algo superior ao ser em si. Frequentemente, é expressa através da religião e orações, embora existam muitas outras maneiras de expressar e buscar a espiritualidade (TONIOL, 2017).

Em termos de religiosidade ficou evidente a importância de instituições religiosas ou uma comunidade. Os relatos e trecho do diário de campo a seguir revelam a relevância da religiosidade:

“Fui criado na igreja católica e sempre procurei desenvolver minha fé com rezando com terços e indo às missas nas igrejas aqui perto. Gosto muito e me ajuda a enfrentar qualquer situação que eu esteja vivendo, inclusive essa doença”. (E6)

“Rezaram por mim e por meus familiares, meus amigos da igreja também me visitam; você viu que eles acabaram de sair aqui de casa, vieram dar a minha Comunhão.” (E8)

“Chego para entrevistar o participante E8. Sua esposa pede para que eu aguarde, pois no momento alguns membros da igreja estão realizando o momento de Comunhão, em que se recebe a sagrada hóstia” (Diário de campo, setembro de 2019).

E6 e E8 sentem-se próximos do Divino ao vivenciarem a sua enfermidade e creem que Sua presença é fonte de auxílio e suporte. O alívio do sofrimento físico e emocional

acontece na medida em que a fé religiosa possibilita transformações na perspectiva pela qual o diagnosticado e a comunidade religiosa compreendem o câncer diante do poder divino.

Estudos têm demonstrado que espiritualidade, religião e orações são muito importantes para a qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com câncer. Embora não provem que a espiritualidade e as orações podem curar o câncer ou qualquer outra condição, podem ser de ajuda adicional aos cuidados médicos do câncer (MIRANDA, 2015).

No estudo de Miranda (2015), buscou-se relacionar o aspecto espiritual com a qualidade de vida em diagnosticados com câncer. Na pesquisa, a população era mista e trouxe aspectos vivenciados por homens com câncer como a busca por um significado de suas vidas mais profundamente. Relata-se o desejo de quererem entender seu propósito na vida ou por que têm câncer (MIRANDA, 2015).

Pesquisas nacionais apoiam fortemente o conceito de que religião e espiritualidade são importantes para a maioria das pessoas na população em geral. Mais de 90% dos adultos afirmam acreditar em Deus e pouco mais de 70% das pessoas entrevistadas identificaram a religião como uma das influências mais importantes em suas vidas. No entanto, mesmo crenças amplamente difundidas, como a sobrevivência da alma após a morte ou a crença em milagres, varia substancialmente de acordo com o gênero, a educação e a etnia da pessoa (TONIOL, 2017; MIRANDA, 2015).

Pesquisas indicam (TONIOL, 2017; GOBATTO; ARAÚJO, 2013) que homens com câncer e seus familiares, geralmente recorrem à espiritualidade e à religião para ajudar a tratar doenças físicas graves e expressar o desejo de que suas necessidades e preocupações espirituais sejam reconhecidos ou considerados pela equipe médica. Estas necessidades, embora generalizadas, pode assumir diferentes formas entre as diferentes culturas e religiões e até mesmo dentro da mesma cultura ou religião.

A doença, como experiência vital, adquire a visão de um evento existencial que traz uma série de transformações em vários aspectos corporal, psíquico, emocional e social. Essas transformações, por sua vez, exigem a constância de possibilidades subjetivas de assimilação e gestão, bem como a mobilização de diferentes “capitais humanos” para a construção de significado, recursos intelectual e afetivo estruturas socioculturais específicas (SORATTO, 2016).

Existem teorias que diferem sobre como a espiritualidade pode melhorar a saúde. Algumas afirmam que práticas espirituais, incluindo a oração, podem proporcionar à pessoa um senso de plenipotência ou controle. Ou seja, a pessoa que precisa de cura está ativamente envolvida em seus próprios cuidados. De fato, mesmo que a oração não tenha um

impacto direto no resultado do problema médico específico, pode levar a uma sensação de conforto que, por plenitude e bem-estar geral, é muito importante. Outras coloca que as práticas espirituais podem fazer com que a pessoa se sinta mais calma diante da morte ou de outras circunstâncias difíceis (SORATTO, 2016).

Duas outras explicações possíveis para o efeito curador da espiritualidade incluem o efeito placebo e a resposta ao relaxamento. Nesse contexto, o efeito placebo refere-se à crença da pessoa de que a oração ajudará, que poderia simplesmente estimular a cura (SANTOS, 2013).

A oração e outras práticas espirituais, como as mencionadas acima, podem provocar a resposta ao relaxamento, que se refere a um processo no corpo que diminui os níveis de hormônios do estresse circulante. Por sua vez, a frequência cardíaca fica lenta, a pressão arterial diminui e a função imunológica pode até melhorar (EVANGELISTA, 2016).

Observam-se cada vez mais adeptos que reconhecem que a espiritualidade ajuda as pessoas a lidar com doenças graves, como o câncer, ou que expressam seu interesse por ela. A maioria dos estudos sobre espiritualidade e doenças é de pequena escala. Os dados obtidos com esses estudos revelam que a espiritualidade pode ser uma das maneiras mais poderosas que as pessoas determinam como recursos próprios para lidar com uma condição séria. Um alto nível de espiritualidade em pessoas gravemente doentes pode estar ligado a uma redução da ansiedade em relação à possibilidade de morte (EVANGELISTA, 2016).

Nessa perspectiva, interpreta-se que os significados apresentados nas narrativas mostram que, durante a doença, os homens sofrem transições na masculinidade porque choram, sofrem, transformam as funções de seus corpos, sentem-se fracos e adoecem, ressignificando suas experiências hegemônicas e adotando novas reconfigurações de identidade que realçam múltiplas masculinidades. Entre as novas configurações adotadas por eles, entende-se que seus corpos ocupavam posições subordinadas em relação a outros corpos saudáveis, marginalizados em suas relações sociais e aliados no estabelecimento de seus relacionamentos afetivos, sua espiritualidade e práticas religiosas (GOMES, 2008).

Igualmente importante é a consideração de como e quando a religião e a espiritualidade são abordadas com homens com diagnóstico de câncer e como fazê-la de maneira ideal em diferentes contextos. Embora o tratamento de preocupações espirituais seja frequentemente considerado uma questão de estágio terminal, essas surgem a qualquer momento após o diagnóstico. O reconhecimento da importância dessas preocupações e seu tratamento, mesmo que brevemente durante o diagnóstico, pode facilitar melhor adaptação no

decorrer do tratamento e fornecer um contexto para um diálogo mais enriquecido posteriormente na doença (SAMPAIO, SIQUEIRA, 2016).

6.2.3 Relacionamentos

O diagnóstico de câncer pode ter um impacto significativo na família e nos amigos. A maneira como a família e os amigos lidam e reagem tem um impacto direto na experiência de câncer de uma pessoa. Para estes homens, a família e amigos solidários podem ser um meio de apoio e suporte:

“Nossa relação de família melhorou. Agora eles estão mais próximos a mim.” (E2)

“Olhe, sem minha família eu não sei como seria. Meu apoio veio todo deles.” (E5)

“Meus amigos me ajudam muito. Eles conversam comigo, me dão apoio e dizem que vai dar tudo certo.” (E8)

O relato de E2 mostra como se deu a convivência da família após o diagnóstico do câncer. Para ele, houve melhoria nas relações, o que indica maior apoio da família, como também as relações se tornaram mais fortalecidas. E5 e E8 trazem a importância do apoio social de amigos e familiares como o suporte necessário para dar continuidade ao tratamento e manutenção da esperança. A preocupação dos entes queridos com a saúde desses homens, também ficou mais notória. Amigos e familiares tornaram-se mais atenciosos e presentes, contribuindo para o fortalecimento do vínculo afetivo, tornando-se mais acolhedores, como demonstra os depoimentos de E5 e E8.

A definição de apoio social é bastante ampla e multidimensional e se refere a qualquer ajuda material, emocional e afetiva, considerando as pessoas com quem contar nos momentos de dificuldades. É conhecido que o apoio social está relacionado a melhor enfrentamento de situações que geram sofrimento físico ou psicológico, como comumente ocorre no adoecimento por câncer de pele (BARROS; ANDRADE; SIQUEIRA, 2013).

Considerando as particularidades de cada família, as reações à doença variam, e, assim, o conceito multidimensional de apoio social abarca tais diferenças, sendo indispensável compreender a família de modo sensível e integral, voltando-se para os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais (BARROS; ANDRADE; SIQUEIRA, 2013).

O câncer pode afetar a família e os amigos, não apenas a pessoa com o diagnóstico. Familiares e aqueles que fazem parte do seu convívio social também podem

sentir preocupação, tristeza ou medo. Rodrigues, Ferreira e Caliri (2013) apontam em seu estudo, sobre a percepção de homens e mulheres com câncer acerca do apoio social ofertado por suas famílias, que os homens com câncer e suas famílias podem começar a agir de maneira diferente em suas relações interpessoais frente ao diagnóstico do câncer, a pessoa diagnosticada e sua doença. Essas alterações nas relações do homem com sua família podem estar relacionadas às repercussões emocionais como a presença de tristeza e preocupações em toda família.

Para Karkow (2015), os familiares e cuidadores também costumam vivenciar sentimentos comuns a todos. Eles podem ter medo de perder a pessoa amada, podem sentir raiva porque alguém que amam tem câncer, frustração por "não conseguirem fazer o suficiente" ou estressados porque precisam enfrentar mais situações negativas em casa.

“Durante a entrevista com E3, sua esposa faz relatos de que passou por momentos de desespero após a descoberta do câncer. Ela relata que se sentia angustiada, mas precisava transparecer estar bem para poder ajuda-lo” (Diário de campo, setembro de 2019).

O parente responsável pelo paciente desempenha um papel importante na melhoria de sua saúde e qualidade de vida. Os membros da família encarregados dos cuidados executam procedimentos feitos anteriormente no hospital ou no consultório médico, como troca de curativos, banho, alimentação nasogástrica, administração de medicamentos orais e outros. O apoio ao paciente inclui tarefas diárias, como ajudá-lo com seus medicamentos, visitas médicas, refeições, horários e outros assuntos. Também inclui fornecer apoio emocional e espiritual, como ajudar o paciente a lidar com seus sentimentos e tomar decisões difíceis (SALES, 2015). Neste estudo, os homens são vinculados a uma Associação que oferece suporte às famílias, com orientações acerca da importância do apoio ao diagnosticado. Sendo assim, o suporte ofertado por essas famílias pode ter surgido e ser estimulado a partir das orientações da Associação.

Na percepção da esposa de E3, a doença que lhe trouxe angústia e muito sofrimento também fortaleceu os laços afetivos da família, pois ela relata que a família manifestou atitudes de solitude:

“Ela (esposa de E3) relata que recebeu ajuda de vizinhos e familiares para ajudar no tratamento de E3. Alguns ajudavam levando para o

médico, outros com medicamentos.” (Diário de campo, setembro de 2019).

Os familiares ou amigos geralmente assumem a responsabilidade de cuidar de um paciente sem serem treinados e espera-se que atendam a muitas demandas sem ajuda. Frequentemente, o responsável pelo atendimento negligencia sua própria qualidade de vida, colocando as necessidades do paciente em primeiro lugar (MATTOS, 2016). Pode-se perceber isto nos relatos de E3 e de sua esposa.

Atualmente, muitos pacientes com câncer recebem parte de seus cuidados em casa. As internações são mais curtas do que costumavam ser e existem mais tratamentos para aqueles que não precisam ficar no hospital para o tratamento ou podem ser cuidados fora da unidade hospitalar. As pessoas com câncer estão vivendo mais e muitos pacientes querem ser tratados em casa. O Ministério da Saúde publicou a resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018, que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados contínuos integrados no âmbito SUS. Trata-se de cuidados destinados a toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, como o câncer (BRASIL, 2018).

Esse cuidado é geralmente prestado pelas pessoas responsáveis pelo diagnóstico, que podem ser cônjuges, filhos, parentes ou amigos (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015) e não substitui o modelo médico. Aqui cabe mencionar que esses cuidados vão para além da assistência médica. No registro do Diário de Campo, referido na categoria anterior, é relatado o momento em que os “membros da igreja estão realizando o momento de Comunhão” na residência de E8, evidenciando o suporte social de comunidades religiosas que transferem o rito até o domicílio.

O parente encarregado do paciente tem um papel muito importante, pois deve monitorar de perto as mudanças na condição médica do paciente e, ao mesmo tempo, prestar cuidados prolongados em casa. Os familiares responsáveis pelo paciente podem ajudar a planejar o tratamento, tomar decisões e cumprir o tratamento durante as diferentes etapas do tratamento (SALES, 2015). Entretanto, nem sempre os familiares irão cumprir o que foi descrito por Sales (2015), uma vez que, neste estudo, alguns homens apresentaram dificuldade em usar o protetor solar (discutido melhor na próxima categoria), fato que poderia ter auxílio da família.

A vida de um parente encarregado de um paciente pode mudar de várias maneiras quando um câncer é diagnosticado. Essas alterações afetam a maior parte da vida e continuam após o término do tratamento. Esses familiares responsáveis pelo atendimento ao paciente

assumem um papel ativo quando se recebe o diagnóstico do câncer (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

No estudo de Wanderbroocke (2017) aponta-se que o homem diagnosticado com câncer pode pedir à pessoa responsável por seus cuidados que o acompanhe em seu tratamento ou em alguma consulta médica, no intuito ter apoio familiar para tomada de decisões importantes. Esse achado também foi verificado na presente pesquisa, pois, como já mencionado anteriormente, alguns homens entrevistados preferiram a presença de alguém de confiança, filhos ou cônjuges, durante a aplicação das entrevistas. A relação entre o familiar e o próprio paciente afeta a maneira como essas questões funcionam (WANDERBROOCKE, 2017).

A mesma autora ainda relata que alguns homens com câncer têm problemas para se ajustar durante o primeiro ano após o término do tratamento. A causa é, em parte, a preocupação de que o câncer retorne. Quando a pessoa que atende o paciente é a parceira ou esposa do sobrevivente do câncer, também pode haver problemas sexuais. Estudos mostram que esses problemas de adaptação geralmente não duram muito (WANDERBROOCKE, 2017).

As pessoas que cuidam de um paciente geralmente têm menos tempo para compartilhar com os amigos e toda a comunidade porque seus dias estão ocupados com o atendimento ao paciente com câncer. Quando há problemas entre a pessoa que atende um paciente e o próprio paciente, quem cuida do paciente pode se sentir ainda mais sozinho (PONTE, 2013).

No início, pode haver muito apoio de amigos. A pessoa que cuida do paciente ainda pode continuar trabalhando e manter suas relações de trabalho. Porém, quando o câncer continua por muito tempo, quem cuida de um paciente pode precisar parar de trabalhar e os amigos podem ligar ou visitar com menos frequência. Como as pessoas encarregadas dos pacientes têm dificuldade em atender às demandas contínuas de atendimento, elas podem precisar de mais ajuda da família ou amigos (SILVA JUNIOR, 2014).

Funções e relacionamentos entre membros da família podem ser afetados pelo tratamento da pessoa com câncer. Durante todo o tempo em que um paciente é tratado, é importante perceber os sinais de tensão da pessoa encarregada dessa tarefa e procurar ajuda o mais rápido possível (PONTE, 2013).

Quando cuidam de um paciente com câncer, os membros da família, geralmente, trabalham juntos dividindo tarefas. Em algumas famílias, pode haver problemas e conflitos, e

o estresse de cuidar de um membro da família com câncer pode fazê-los voltar a ter problemas antigos ou criar novos problemas (MATTOS, 2016).

6.2.4 Práticas de cuidado e tratamentos complementares

Os cuidados de saúde integrativos, geralmente, combinam abordagens convencionais e complementares de maneira coordenada. Enfatizam a abordagem holística, focada no paciente, para cuidados de saúde e bem-estar – incluindo aspectos mentais, emocionais, funcionais, espirituais, sociais e comunitários – e tratamento da pessoa como um todo, em vez de, por exemplo, um sistema de órgãos. Visa um atendimento bem coordenado entre diferentes provedores e instituições (ALVES, 2018).

O uso de abordagens integrativas de saúde e bem-estar cresceu em ambientes de atendimento no Brasil. Atualmente, os pesquisadores estão explorando os benefícios potenciais da saúde integrativa em uma variedade de situações, incluindo tratamento da dor crônica e alívio de sintomas em pacientes com câncer e sobreviventes (TELESI JÚNIOR, 2016).

No ano de 2006 foi estabelecida a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS, a partir da Portaria GM/MS nº 9.712, que direciona as práticas complementares ao tratamento biomédico em diversas situações como o gerenciamento de sintomas e efeitos colaterais de pacientes que estão recebendo tratamento convencional de câncer (BRASIL, 2006). Embora pesquisas sobre o valor potencial das práticas integrativas e complementares estejam em desenvolvimento, alguns estudos têm resultados promissores. Por exemplo, pesquisas nacionais revelam que a massagem terapêutica pode levar a melhorias de curto prazo na dor e no humor em pacientes com câncer avançado (LEITE, 2018), o yoga pode aliviar a fadiga persistente que algumas mulheres experimentam após o tratamento do câncer de mama, de acordo com os resultados de um estudo preliminar (TONETI, 2019), e que a acupuntura têm se mostrado promissora no tratamento de sintomas como fadiga, dificuldade para dormir e depressão em sobreviventes de câncer (NOVAES, 2017)

A probabilidade de desenvolver câncer ao longo da vida é de 45% para homens e 38% para mulheres (IBGE, 2014). Os cânceres de pulmão, próstata, mama e colorretal são responsáveis por 48% dos casos (POPIM, 2008). Os cuidados paliativos são especialmente necessários no atendimento a esses pacientes e, combinados à medicina holística integrativa e ao tratamento convencional do câncer, podem criar uma abordagem muito eficaz para o tratamento de toda a pessoa com câncer. Essa integração de modalidades de atendimento e

tratamentos apropriados para o câncer, aliviando os sintomas desafiadores do câncer e seu tratamento, além de ajudar os pacientes a prosperar, em vez de apenas sobreviver à jornada do câncer (GURGEL, 2019).

A mesma avaliação científica cuidadosa usada para avaliar terapias convencionais deve ser usada para avaliar abordagens complementares. Algumas abordagens complementares estão começando a encontrar um lugar no tratamento do câncer – não como curas, mas como adições aos planos de tratamento que podem ajudar os pacientes a lidar com os sintomas da doença e os efeitos colaterais do tratamento e melhorar sua qualidade de vida (NOVAES, 2017; LEITE, 2018).

Para o tratamento do câncer existem múltiplos de tipos de terapêuticas já conhecidas, como a quimioterapia e radioterapia, por exemplo. Para auxiliar estes processos, tratamentos complementares se mostram com altas evidências na terapêutica do câncer (GRANER; COSTA JÚNIOR; ROLIM, 2010). Os tratamentos complementares aqui mencionados são as terapias que lançam mão de todos os recursos terapêuticos, não dispensando a validade e importância da medicina convencional, mas sempre colocando as necessidades do paciente em primeiro lugar e empregando técnicas seguras, com o conhecimento e consentimento do interagente.

Ainda hoje o tratamento contra as neoplasias é muitas vezes doloroso e quase sempre é necessário tratar a doença e também as pessoas de uma forma global e holística, fortalecendo-as nas esferas física, mental e, por que não, espiritualmente (AURELIANO, 2013). Sendo assim, em alguns centros oncológicos existem áreas reservadas para tratamentos com o reiki, musicoterapia, acupuntura, yoga e outros tratamentos complementares que mostram que cuidar do paciente com câncer é mais que um tratamento multifuncional, ele deve ser integrativo (COSTA; REIS, 2014).

Quando se trata de tratamentos complementares ao biomédico para o câncer de pele, os participantes relataram não conhecer outros métodos ou apenas seguir orientações já prescritas por profissionais da saúde.

Em relação às práticas de cuidado, os entrevistados, em sua maioria, relataram não fazer uso de protetores solar ou algum outro modo de proteção durante e após o tratamento, ou fazer uso quando lembram:

“Não é todo dia, é mais quando me lembro.” (E1)

“Não uso nada, não. Mas o médico mandou” (E5)

“Não uso nenhum outro métodos alternativo, não. Eu sigo o que o médico mandou e acho que isso me deixa sem sentir muita dor ou coisa do tipo.” (E6)

“Sim, mas é como falei, tem dias que esqueço, mas normalmente eu uso sim.” (E7)

“Eu sempre uso protetor solar. A doutora mandou eu usar no rosto, nos braços, usar camisa longa, chapéu pra cobrir o rosto.” (E8)

Os relatos de alguns participantes da pesquisa mostram as fragilidades quanto às práticas de autocuidado. A literatura tem comprovado os benefícios do uso de protetor solar na prevenção do câncer de pele (IMANICHI, 2017; BARDINI; LOURENÇO; FISSMER, 2012), entretanto, percebe-se o não uso do produto pelos participantes, como no caso das falas de E1 e E5. Embora haja recomendações de uso, os mesmos não seguem as orientações médicas. No estudo de Pires et al. (2018), com homens e mulheres, acerca do uso do protetor solar em casos de câncer de pele, verificou-se o não uso do protetor na maioria dos participantes, indicando possível falta de informação sobre câncer de pele ou como o uso de filtro solar pode preveni-lo, bem como seu modo de uso. Ainda, o fato do alto custo do produto também pode influenciar na não adesão e uso deste. A falta de informação sobre a importância do protetor solar também é relatado no estudo de Chorilli (2007). O estudo foi realizado com homens e mulheres de uma zona rural, que se propôs a avaliar o conhecimento sobre a exposição ao sol e uso de protetor solar. Além disso, o alto custo do produto foi citado, no estudo de Chorilli (2007), como uma barreira para o uso do protetor.

Quando usado da maneira correta, o filtro solar pode ajudar a prevenir o câncer de pele e retardar o envelhecimento da pele causado pela exposição ao sol. Mas pouco se sabe sobre como as pessoas usam filtro solar, especialmente no que diz respeito ao uso no rosto, em comparação com outras peles expostas (IMANICHI, 2017).

Em um estudo nacional com população de 25,9% de homens, a fim de conhecer a compreensão geral do paciente sobre câncer de pele e hábitos de cuidado com a pele, mostrou que o uso de protetores solar não é frequente ou diário e, quando utilizado, a aplicação é maior no corpo do que na face (BARDINI; LOURENÇO; FISSMER, 2012). Esses dados podem ser visto também nesta pesquisa, uma vez que o relato dos participantes revela que o uso não é diário e, em algumas situações, não existe o uso do protetor, apesar das orientações médicas.

Outro fator percebido é a prevalência do modelo biomédico no tratamento do câncer dos participantes. Não houve nenhum relato de busca por tratamentos complementares para o câncer.

Uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de descrever o perfil dos pacientes diagnosticados com câncer que buscam as PICs como tratamento complementar, revelou que o perfil geral é de mulheres com idade média entre 30 e 59 anos, em estado avançado do câncer (SPADACIO; BARROS, 2008). O índice de procura pelos serviços de saúde é maior em mulheres do que em homens (ALMEIDA, 2013).

O fato de nenhum participante desta pesquisa mencionar o uso de Práticas Integrativas e Complementares no tratamento do câncer de pele corrobora com os resultados dessas pesquisas (SPADACIO; BARROS, 2008; ALMEIDA, 2013). Os relatos dos homens do estudo presente estão mais voltados às prescrições médicas, como o uso do protetor solar. Entretanto, percebeu-se que, apesar de receberem orientações médicas e se mostrarem conscientes da necessidade de segui-las, alguns participantes apresentam déficit no autocuidado preconizado pelo médico.

De acordo com Spadacio e Barros (2008), o uso de abordagens complementares de saúde pelos brasileiros mostra que 65% dos entrevistados que já foram diagnosticados com câncer usaram estas abordagens, em comparação com 53% de outros entrevistados. Aqueles que foram diagnosticados com câncer tinham maior probabilidade do que outros de usar abordagens complementares para bem-estar geral, aprimoramento imunológico e controle da dor.

Outras pesquisas (ALVES, 2015; SILVA, 2018) também descobriram que o uso de abordagens complementares de saúde é comum entre pessoas que foram diagnosticadas com câncer, embora as estimativas de uso variem amplamente. Alguns dados indicam que a probabilidade de usar abordagens complementares varia de acordo com o tipo de câncer e com fatores como sexo, idade e etnia.

Apesar dos benefícios das PICs no tratamento do câncer, não foi encontrado nenhum estudo, na literatura nacional, específico com população masculina com câncer. Quando se trata da relação de PICs com o tratamento de câncer, os estudos estão voltados para os efeitos das PICs no tratamento da pessoa com câncer, homens ou mulheres (PEREIRA, 2015; SILVA, 2018)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender as repercussões do câncer de pele em homens do Sertão Paraibano, da qual participaram 08 homens atendidos em uma Associação voltada para pessoas diagnosticados com câncer.

Entre as principais repercussões foi observado: a) o impacto psicossocial do diagnóstico do câncer demonstrado através da expressão de sentimentos como tristeza e medo, mas, também, esperança e enfrentamento; b) as mudanças ocorridas no cotidiano dos homens com câncer, a saber mudanças corporais e as limitações físicas em decorrência da exposição ao sol; c) a prática da espiritualidade como forma de ancoragem da fé e intervenção divina; d) fortalecimento dos relacionamentos entre o homem com câncer de pele e sua família e amigos, e; e) o déficit nas práticas de cuidados consigo mesmo em homens com câncer de pele.

No estudo, percebeu-se que o diagnóstico do câncer, comumente, traz consigo reações negativas frente às palavras do profissional de saúde que o comunica. A tristeza e o medo, seja do tratamento ou da morte, foram as reações mais citadas entre os homens da pesquisa. Ainda, observam-se reações positivas, como o sentimento de esperança e a força para o enfrentamento da enfermidade. Assim, considera-se que as reações dos participantes da pesquisa frente ao diagnóstico são imprevisíveis, podendo ser negativas ou positivas.

Os relatos destes homens mostram que a maneira como o homem vê o câncer passa por estágios que vão desde a aceitação da enfermidade, o temor do recebimento da notícia e o medo das possíveis consequências desse diagnóstico, como o medo da morte. É notório que as repercussões do diagnóstico do câncer de pele para os homens são, em sua maioria, vivenciadas de forma negativa, uma vez que desperta sofrimento físico e psíquico para eles, que se deparam com a eminência de morte, seguida pelo pavor de serem dependentes.

Viu-se, ainda, que as mudanças após o diagnóstico do câncer podem afetar profundamente a vida do diagnosticado. E, assim como nas reações frente ao diagnóstico, podem ser negativas ou positivas. Trouxemos nesta pesquisa relatos de transformações negativas vivenciadas pelos participantes, como vergonha pelas deformidades corporais e limitações que a própria enfermidade impõe ao indivíduo, como privação da exposição ao sol e abandono de atividades laborais. Pode-se elencar, também, mudanças positivas como relacionamentos mais estreitos e a prática da espiritualidade.

A espiritualidade também mostrou-se ser um aspecto importante na vida dos entrevistados, como visto na discussão com outros autores e nos resultados desta pesquisa. Foi percebido que, entre os participantes, a religiosidade se tornou uma estratégia de enfrentamento da doença e as compreensões do poder divino os ajudaram na aceitação da enfermidade como algo permissivo por Deus.

De igual modo, o fortalecimento das relações familiares e sociais também permitiram o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do câncer de pele. Os homens deste estudo com maior suporte familiar e social se mostraram mais confiantes durante o tratamento, pois acreditam terem em quem se apoiar.

No tocante às práticas de cuidados consigo mesmo, observou-se que os homens deste estudo conseguem desenvolver com déficit, pois orientações como o uso de protetor solar, em alguns casos, foram negligenciadas. Na visão sociocultural, os homens, sejam saudáveis ou não, não costumam desenvolver práticas de autocuidado, mencionado anteriormente neste estudo. Entretanto, sugere-se colocar o homem como interlocutor do cuidado, do seu adoecimento, na perspectiva de sua vivência.

Destarte, o câncer e os muitos problemas associados a ele têm um impacto significativo na saúde pública no Brasil. Os anos de vida perdidos devido a mortes prematuras, o ônus econômico devido à perda de produtividade e os custos associados a doenças e terapia, assim como os efeitos a longo prazo do câncer e seu tratamento na qualidade de vida dos sobreviventes afetam esta população profundamente, como visto nesta pesquisa. Assim, diante desses impactos, os resultados desta pesquisa trazem implicações relevantes que podem embasar a construção de políticas públicas que atendam as demandas neste contexto.

A pesquisa, apesar de se deter em uma realidade particular, de homens no sertão da Paraíba vinculados a serviços de saúde e suporte, dialoga com uma realidade existente em outros contextos. Isto pode ser verificado através das discussões de vários autores que também estudaram as repercussões do câncer no homem.

Por fim, aponta-se nesse estudo perspectivas para investigações futuras como: fatores de prevenção e os fatores de risco que podem influenciar a recorrência do câncer de pele no homem (como uso de tabaco, dieta e práticas de atividade física); as repercussões do câncer de pele na vida conjugal e com populações de homens não vinculados a serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBANO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2617-2626, 2010.

ALMEIDA, Suellen Santos Lima de. **Adoecer por câncer: sentidos do cuidado, enfrentamento e bem-estar de homens e seus cuidados**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Belo Horizonte, 2013.

ALVES, Kisna Yasmin Andrade; NASCIMENTO, Camila Pereira do; ASSIS, Yole Maria Silveira de; SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira; TOURINHO, Francis Solange Vieira; SANTOS, Viviane Euzébio Pereira. Práticas integrativas e complementares no tratamento oncológico e o papel da enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental – online**, v. 7, n. 4, p. 3163-3174, 2015.

ALVES, Mônica Rocha Rodrigues. Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa sobre a concretização e a integralidade do cuidado em saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental – online**, v. 10, n. Especial, p. 179-182, 2018.

ALVES, Railda Fernandes; SILVA, Renata Pimentel; ERNESTO, Monalisa Vasconcelos; LIMA, Ana Gabriella Barros; SOUZA, Fabiana Maria. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011 .

ARAÚJO, Jeferson Santos. As representações sociais de homens sobre o câncer de próstata. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental – online**, v. 5, n. 2, p. 3884-3893, 2013.

ARAÚJO, Jeferson Santos; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Masculinities of prostate cancer survivors: a qualitative metasynthesis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 231-240, 2019.

AURELIANO, Waleska de Araújo. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 18-24, 2013.

BALDRIGHI, Thamiris Silva; SANTOS, Leticia Verissimo dos; FONSECA, Bruno Celerino da; SANTOS, Rogério Leite; SILVA, Luciana Marques da; ELIAS, Rosa Maria. Melanoma cutâneo: Características epidemiológicas dos casos de câncer de pele registrados no hospital de câncer de Mato Grosso no período de 2007-2011. **Seminário Transdisciplinar da Saúde**, n. 01, 2018. Disponível em:

<http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/SeminSaude/article/viewFile/618/782>
Acessado em: 20 de jun. 2019

BALINELO, Renata Guzzo Souza; ALMEIDA, Sandra Maria de; OLIVEIRA, Patrícia Peres de; ONOFRE, Priscilla Sete de Carvalho; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; RODRIGUES, Andrea Bezerra. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out – dez, 2014.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARDINI, Gabriela; LOURENÇO, Diego; FISSMER, Mariane Corrêa. Avaliação do conhecimento e hábitos de pacientes dermatológicos em relação ao câncer da pele. **ACM Arquivos Catarinense de Medicina**, v. 41, n. 2, p. 56-63, 2012.

BARROS, Renata Janice Moraes Lima Ferreira. **Perfil clínico de homens com câncer atendidos em um hospital no Rio Grande do Norte – RN**. Dissertação em Saúde e Sociedade. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. UFRN, 2015.

BARROS, Sibelle Maria Martins de; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; SIQUEIRA, Flávia Alves Aguiar. Cuidar de um familiar com câncer: contribuições da terapia familiar sistêmica. **Pensando Famílias**, v. 17, n. 2, p. 96-110, 2013.

BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda; SILVA, Samara Frizzeira. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015.

BENITES, Andréa Carolina; NEME, Carmen Maria Bueno; SANTOS, Manoel Antônio dos. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estudos de Psicologia**, v. 34, n. 2, p. 269-279, 2017.

BIBIANO, Alana Maiara Brito. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: Uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2263-2278, 2019.

BOFF, Leonardo. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BOLSONI, Betania Vicensi. O cuidado de si e o corpo em Michel Foucault: Perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora. **Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul**, 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1577/920> . Acesso em: 10 jun. 2019.

BOTELHO, Ana Sofia Cordeiro; PEREIRA, Maria da Graça. Qualidade de vida, otimismo, enfrentamento, morbidade psicológica e estresse familiar em pacientes com câncer colorrectal em quimioterapia. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 20, n. 1, p. 50-60, 2015.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012-Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Brasília, DF**, 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510/2016 - Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Brasília, DF**, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2020.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2012: **Incidência de câncer no Brasil**, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: MS; 2006.

_____. Brasil: Estimativas de população para 2014. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/notícias-teen>. Acessado em: 20 de setembro de 2019.

BRITO, Débora Thaise Freires de. Feridas neoplásicas: perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com câncer de pele. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 11, n. supl. 7, p. 2916-2928, 2017.

BRITO, Débora Thaise Freires. Feridas neoplásicas em pacientes com câncer de mama. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 6, p. 606-618, 2019.

BURILLE, Andréia; GERHARDT, Tatiana Engel. Conexões entre homens e saúde: discutindo algumas arranhaduras da masculinidade. **Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social**, v. 13, n. 2, p. 259-266, 2013.

BURILLE, Andréia; GERHARDT, Tatiana Engel. **Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidado e as arranhaduras da**

masculinidade. Tese de Doutorado em Antropologia Social e Cultural. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2011.

BURILLE, Andréia; SCHWARTZ, Eda; ZILLMER, Juliana Graciela Vestena. Mudanças no cotidiano de homens com câncer: apresentando uma das interfaces do adoecer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental – online**, v. 5, n. 2, p. 3539-3548, 2013.

CARRILHO, Marília Rosado. O cuidado como ser e o cuidado como agir. *Ex aequo*, n. 21, p. 107-114, 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087455602010000100008&script=sci_arttext&tln_g=pt. Acesso em: 19 dez. 2017.

CASTILHO, Ivan Gagliardi, SOUSA, Maria Aparecida Alves; LEITE, Rubens Souza. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 2, p. 173-178, 2010.

CERQUEIRA, Tarsila do Bonfim; MATIAS, Iandra Nogueira; CARVALHO, Claudia Maria Sousa. Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções do homem a partir do diagnóstico. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 3, p. 112-120, 2014.

CHITTEM, Mahati. Understanding coping with cancer: How can qualitative research help? **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, v. 10, n. 1, p.6-10, 2014.

CHORILLI, Marlus. Avaliação do uso de protetores solares pela população rural de Piracicaba-São Paulo-Brasil, através da aplicação de questionário. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 88, n. 4, p. 167-72, 2007.

COELHO, Juliana Sousa; GIACOMIN, Karla C.; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 408-421, 2016.

CORTEZ, Mirian Beccheri; TRINDADE, Zeidi Araújo; MENANDRO, Maria Cristina Smith. Racionalidade e sofrimento: homens e práticas de autocuidado em saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 556-566, 2017.

COSTA, Aline Isabella Saraiva; REIS, Paula Elaine Diniz dos. Técnicas complementares para controle de sintomas oncológicos. **Revista Dor**, v. 15, n. 1, p. 61-64, 2014.

COUTO, Luciana. Índice diagnóstico de neoplasia cutânea em campanha de combate ao câncer da pele em serviço dermatológico no interior do estado de São Paulo. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 9, n. 4, p. 314-315, 2017.

COUTO, Márcia Thereza. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 257-270, 2010.

CRUZ, Mércia Santos; IRFFI, Guilherme. A relação entre diagnóstico de câncer e aspectos socioeconômicos, ambientais e de estilo de vida no Brasil. **CEP**, v. 58051, p. 900, 2016.

CUNHA, Isabela Cristina Pereira da. **Qualidade de vida e aspectos psicológicos de pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço no Brasil: uma revisão integrativa**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

DARIVA, Alana. Neoplasias malignas de pele. **Acta Médica**, v. 38, p. 09-22, 2017.

DÁZIO, Eliza Maria Rezende; SONOBE, Helena Megumi; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, 2009.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 286, 2003.

EVANGELISTA, Carla Braz. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016.

FARIA, Mateus Aparecido. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Percepções de gestores de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte-MG. **Espaço para Saúde**, v. 16, n. 3, p. 5-13, 2015.

FERNANDES, Maria Andréa. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2589-2596, 2013.

FERNANDES, Marise Nunes. Contribuição da Psicologia no preparo para cirurgia de câncer de mama. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 23, n. 240, p. 100-108, 2018.

FERRÃO, Luana. **Significados e repercussões do câncer de próstata para um grupo de homens**. Dissertação de Mestrado em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, 2016.

FERREIRA, Flávia Regina; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Câncer cutâneo em Taubaté (SP)–Brasil, de 2001 a 2005: um estudo de prevalência Skincancer in Taubaté (SP)–Brazil, from 2001 to 2005: a prevalence study. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 83, n. 4, p. 317-22, 2008.

FERREIRA, Flávia Regina; NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa; ROTTA, Osmar. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 431-437, 2018 .

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre-RS: Artmed editora, 2008.

FRASSON, Patrícia Henrique Lyra; DUQUE, Danilo Schwab; PINTO, Estanley Barcelos; DALVI, Giulia Cerutti; MADALON, Sammy Zogheib; NUNES, Tarcizo Afonso; DE-VARGAS, Paulo Roberto Merçon. Panorama do câncer da pele em comunidades de imigrantes Pomeranos do Estado do Espírito Santo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 2, p. 187-193, 2017

GALRÃO, Paula da Luz. Masculinidade sertaneja contestada: desenvolvimento, gênero e novos movimentos contestatórios no Vale do São Francisco. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos). Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1386778557_ARQUIVO_PauladaLuzGalrao.pdf. Acessado em: 02 de fevereiro de 2020.

GARCIA, Maria Alice Amorim. A depressão em pacientes com câncer: uma revisão. **Revista de Ciências Médicas**, v. 9, n. 2, 2012.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, v. 24, n. 1, p. 11-34, 2013.

GOMES, Romeu et al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4513-4521, 2011.

GOMES, Romeu. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1975-1984, 2008.

GOMES, Romeu. Um panorama sobre a saúde do homem. In: GOMES, Romeu. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

GRANER, Karen Mendes; JUNIOR, Aderson Luiz Costa; ROLIM, Gustavo Sattolo. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 345-355, 2010.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005.

GURGEL, Isabela Oliva. Prevalência de práticas integrativas e complementares em pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

IMANICHI, Danielle. Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 22, n. 1, p. 3-7, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de população e indicadores sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2008**. IBGE, 2008.

JULIÃO, Gésica Graziela; WEIGELT, Leni Dias. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011.

KARKOW, Michele Carvalho. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 741-751, 2015.

LEITE, Pedro. Uso de práticas integrativas e complementares no paciente oncológico. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 40, p. 39, 2018.

LOPES, Luíza Pereira; CARVALHO, Maria Gabriela Ferreira; ARAUJO, Laís Moreira Borges. Diversidades de gêneros e acesso à saúde: concepção dos estudantes de medicina e enfermagem do centro universitário de Patos de Minas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 3286-3302, 2019.

MAIA, Thais Laudares Soares. **Estratégias de enfrentamento e significados de câncer incurável entre usuários de um serviço ambulatorial de oncologia da Baixada Santista**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos, Santos-SP, 2017.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez. O que são Cuidados Paliativos e sua importância para o portador de câncer. **Revista Longeviver**, v. 1, n. 4, p. 67-79, 2017.

MARCON, Scheila. Perfil dos pacientes com câncer atendidos em um hospital público do oeste de Santa Catarina. In: **6º Congresso Internacional em Saúde**. 2019. Retirado de: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/11167/9762>
Acessado em: 22 de jun. de 2019

MATHIAS, Caroline Vieira et al. O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família: uma revisão da literatura. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 13, n. 45, p. 80-86, 2015.

MATTOS, Karine. Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 1, n. 8, 2016.

MEDEIROS, Luciana Fernandes; CABRAL, Andrew Luis. Ser homem: um estudo sobre as masculinidades no interior do Nordeste brasileiro. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 559-568, 2019.

MEDEIROS, Romeu. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2569-2578, 2011.

MELO, Manuela Sobral Bentes et al. Influência de fatores emocionais nas doenças crônicas de pele: O estresse como gatilho para o desenvolvimento, reincidência ou agravamento da psoríase. **Revista de Psicologia**, v. 13, n. 46, p. 584-608, 2019.

MENDIETA, Marjoriê da Costa. Concepção de saúde e autocuidado pela população masculina de uma unidade básica de saúde. **Enfermería Global**, n. 40, p. 55, 2015.

MENEZES, Renata Ramos. Qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 1, p. 9-17, 2018.

MENEZES, Roberta. Conhecimento, comportamento e práticas em saúde do homem em relação ao câncer de próstata. **Revista de Pesquisa da UFRJ – Online**, p. 1173-1179, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, Sirlene Lopes. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.

MODENA, C. M. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, pg. 644 – 660, 2014.

MODENA, Celina Maria; MARTINS, Alberto MESAQUE; RIBEIRO, Rebeca Brito Nery; ALMEIDA, Suellen Santos Lima de. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 644-660, 2014.

MORA, O. Carcinoma Basocelular en región plantar. Reporte de un caso. **Revista Argentina de Dermatología**, v. 99, n. 3, 2018.

MOURA, E. C. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MOURA, Erly Catarina de; GOMES, Romeu; PEREIRA, Georgia Martins Carvalho. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 291-300, 2017.

NOVAES, Ana Rita Vieira. Revisão integrativa: a acupuntura no tratamento da ansiedade e estresse em mulheres com câncer de mama. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 8, n. 2, p. 141-162, 2017.

NOVAK, Juliani Cristina; SABINO, Alini Daniéli Viana. Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 15-20, 2015.

OLIVEIRA JÚNIOR, Fernando José Moreira; CESSÉ, E. A. P. Morbi-mortalidade do câncer na cidade do Recife na década de 90. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 201-8, 2015.

OLIVEIRA, Marcia Maria Fernandes. Radiação ultravioleta/índice ultravioleta e câncer de pele no Brasil: condições ambientais e vulnerabilidades sociais. **Revista Brasileira de Climatologia**, v. 13, 2014.

OLIVEIRA, Max Moura. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015.

OLIVEIRA, Pedro Paulo. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã, 2009. Retirado de: http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf. Acessado em 20 de setembro de 2019.

_____. Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova Iorque de 19 a 22 de julho de 1946.

PEREIRA, Rafael Dias de Mello. Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. **Jornal de Enfermagem UFPE online**, v. 9, n. 2, p. 710-9, 2015.

PINTO, Bruna Knob. Qualidade de vida em sobreviventes de câncer: uma revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, p. 829-835, 2013.

PIRES, Carla Andréa Avelar. Câncer de pele: caracterização do perfil e avaliação da proteção solar dos pacientes atendidos em serviço universitário. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 1, p. 54-59, 2017.

PIRES, Carla Andréa Avelar; FAYAL, Aglayn Pimentel; CAVALCANTE, Renata Henriques; LOPES, Nicole Salomão; FAYAL, Franklin Pimentel; SANTOS, Maria Amélia Lopes dos. Câncer de pele: caracterização do perfil e avaliação da proteção solar dos pacientes atendidos em serviço universitário. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 1, p. 54-59, 2017.

PONTE, Mafalda Rodrigues Nunes. **Qualidade de vida, representações da doença, apoio social e relacionamento familiar em pacientes com tumores de pele, em fase de Follow-up**. Dissertação de Mestrado Integrado de Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, 2013

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Artmed Editora, 2009.

POPIM, Regina Célia. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1331-1336, 2008.

RODRIGUES, Juliana Stroppa Menezes; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; CALIRI, Maria Helena Larcher. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. **Revista de Medicina – Online**, v. 46, n. 3, p. 289-296, 2013.

SÁ, Gisele Silva; CAROZZO, Nádia Prazeres Pinheiro. Imagem Corporal e Habilidades Sociais em pacientes com câncer de mama. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 10, n. 1, p. 37-55, 2018.

SALES, Catarina Aparecida. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 659-667, 2014.

SALES, Catarina Aparecida. Presença familiar no olhar existencial da pessoa com câncer: compreendendo o fenômeno à luz heideggeriana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 30-6, 2015.

SAMPAIO, Aurélia Danda; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler. Influência da espiritualidade no tratamento do usuário oncológico: olhar da enfermagem. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 151-158, 2016.

SANTOS, Caren Camargo. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 372-378, 2013.

SANTOS, Rita Batista. Papéis de autocuidado-subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 125-129, 2008.

SANTOS, Robson Nogueira Costa et al. Lugares do homem no cuidado familiar no adoecimento crônico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 961-970, 2010.

SCHWARZ, Eduardo. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 108-116, 2012.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 415-428, 2013.

SILVA JUNIOR, Renê Ferreira. “Estamos mais unidos”-A família como apoio no enfrentamento do câncer do colo de útero. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, v. 2178, p. 2091, 2014.

SILVA, A. B.; CHIEFFI, N. R. Fatores de risco ao câncer de pele. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n.4, p. 54-63, 2012.

SILVA, Camila Guimarães. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista científica do ITPAC**, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2010

SILVA, Diego. Considerações e reflexões sobre o psicodiagnóstico de stress em pacientes com câncer. **Faculdade Sant'Ana em Revista**, v. 3, n. 1, p. 21-35, 2019.

SILVA, Erica Santos. Atenção integral à saúde do homem na atenção primária à saúde. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 19, 2018. Retirado de: <https://eventos.set.edu.br/index.php/sempesq/article/view/7718> Acessado em: 24 de jul. de 2019

SILVA, Irene de Jesus. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SILVA, Natália Cristina Lima. Toque Terapêutico e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos. **Revista de Psicologia**, v. 12, n. 40, p. 784-792, 2018.

SILVA, Natália Michelato. Depressão em adultos com câncer. **Ciência Atual–Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**, v. 3, n. 1, 2014.

SILVA, Sílvio Eder Dias. Câncer–uma doença psicossocial. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 606-616, 2015.

SILVA, Syntia Helena Nogueira da. **Importância de uso de filtros solares na prevenção de doença de pele**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia) – Faculdade Pitágoras, Poços de Caldas, 2017.

SORATTO, Maria Tereza. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016.

SOUSA, Ana Flávia de. Análise dos fatores de risco relacionados à saúde do homem. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 2, pg. 6 – 20, 2015.

SOUSA, Damião Pergentino. **Bioactive essential oils and cancer**. Springer: 2015.

SOUZA, Juciléia Rezende; SEIDL, Eliane Maria Fleuty. Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia. **Brasília Médica**, v. 50, n. 3, p. 242-252, 2014.

SPADACIO, Cristiane; BARROS, Nelson Filice de. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 158-164, 2008.

TELESI JÚNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

TEOH, Seng-Hin. Uma visão geral do status da saúde dos homens em Cingapura. **Revista de Saúde do Homem**, v. 6, n. 4, p. 307-316, 2009.

TERRA, Fábio. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Buscando a excelência na disseminação do conhecimento científico**, v. 11, n. 2, p. 112-7, 2013.

TONETI, Bruna Francielle. O significado de uma terapia integrativa de relaxamento guiado para mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

TONIOL, Rodrigo. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, n. II, p. 267-299, 2017.

TORTORA, Gerard.; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de Anatomia e fisiologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VIEIRA, Katiucia Letiele Duarte. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

WALDOW, Vera Regina.; BORGES, Rosa Ferreira. Cuidar e humanizar: relações e significados. **ACTA Paul Enfermagem**. Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 414- 418, 2011. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v24/n3/v24n3a17.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

WANDERBROOKE, Ana Claudia. Cuidando de um familiar com câncer. **Psicologia Argumento**, v. 23, n. 41, p. 17-23, 2017.

WANZELER, Marcelo Cruz. **O cuidado de si em Michel Foucault**. João Pessoa, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/bitstream/tede/5579/1/arquivototal.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

XAVIER, Antônia Tayana Franca; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo; PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; NASCIMENTO, Velma Dias. Análise de gênero para o adoecer de câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 921-926, 2010.

XAVIER, Antônia Tayana; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo. Crenças no autocuidado em diabetes-implicações para a prática. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 18, p. 124, 2009.

YOSHINARI, Samantha Teófilo Valério. Vivência de mulheres frente ao câncer de mama: revisão da literatura brasileira/The experience of women facing breast cancer: a review of Brazilian scientific literature. **Revista Ciências da Saúde**, v. 7, n. 4, p. 20-25, 2017.

ZAMBRANO, Leopoldo Gutierrez. VPH y cáncer cervicouterino como un estigma social: un estudio desde el punto de vista psicosocial. **Dominio de las Ciencias**, v. 4, n. 4, p. 25-35, 2018.

ZILMER, Júlio Gonçalves. Vínculos dos clientes oncológicos e familiares: uma dimensão a ser conhecida. **Enfermería Global**, v. 11, n. 1, p. 45-52, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: “A repercussão do câncer de pele melanoma e não melanoma no home do sertão paraibano.”

Pesquisador Executante: Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araújo

Pesquisador Responsável: Dra. Silvia Regina Viodres Inoue

Eu, Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araújo, psicóloga e estudante do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre “A repercussão do câncer de pele melanoma e não melanoma no home do sertão paraibano.”. Esta pesquisa pretende compreender como conviver e tratar o câncer de pele melanoma e não melanoma para o homem do sertão paraibano. Assim, gostaria de sua colaboração para responder uma entrevista na qual serão feitas perguntas, como sua idade, escolaridade e outras questões sobre como você lida com seu diagnóstico, o que significa essa doença para você e sobre o acompanhamento médico. A entrevista será gravada em arquivo de áudio, se você autorizar, e será realizada em um ambiente reservado. Seu nome e outras informações que permitam identificar você não serão divulgadas. Você não terá nenhum prejuízo individual ou coletivo se não participar desta pesquisa, e, caso participe, não será remunerado por isso. Em caso de dúvidas, ou denúncias referentes à ética, você poderá me contatar pelo telefone (13) 99765-5324 e com a orientadora do estudo a professora doutora Silvia Regina ViodresInoue, pelo telefone (13) 32281200, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos pelo telefone (13) 32055555, ramal 1261. Este termo é feito em duas vias, uma será entregue a você e a outra ficará arquivada junto aos pesquisadores responsáveis.

Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araújo
Pesquisadora Responsável

Conforme me foi explicado, este projeto tem o objetivo aprender e analisar a repercussão do câncer de pele melanoma e não melanoma no homem do sertão paraibano. Para isso, minha participação é de extrema importância, pois ao responder a entrevista realizada pela entrevistadora, contribuirei com informações importantes no conhecimento na repercussão do câncer de pele melanoma e não melanoma no homem. Estou ciente de que esta entrevista possui perguntas de caráter íntimo e pessoal, como, por exemplo, idade, escolaridade, estado civil, residência, atividades de trabalho, a vivência do câncer e o acompanhamento médico. Fui informado que ao responder às perguntas posso me lembrar de alguns momentos e me sentir triste, envergonhado ou chateado. Se isso acontecer, posso parar de responder às perguntas, pular perguntas e pedir para a Maria do Socorro que é psicóloga me encaminhar para um serviço público que tenha psicólogo para cuidar disto. Me foi explicado também que a Maria do Socorro pode me encaminhar se identificar que por esses motivos estou precisando de cuidados de um psicólogo e que tenho direito garantido a:

1. Responder as perguntas em local reservado e na presença apenas da entrevistadora;
2. Receber respostas a qualquer pergunta e esclarecimento que por mim for solicitado sobre esta pesquisa;
3. Recusar-me a responder a alguma pergunta e me retirar a qualquer momento, deixando de participar do estudo;
4. Não ser identificado e ter sigilo das informações que dei sobre a identidade de pessoas e locais que não desejo que outros saibam;
5. Procurar esclarecimentos com a entrevistadora e supervisora através do telefone (83) 99941-0354 ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos pelo telefone (13) 3205-5555, ramal 1261. 125

Portanto, declaro estar ciente do exposto e confirmo que desejo participar da entrevista do projeto.

Patos, ____ de _____ de 2019.

Nome do participante: _____

Eu, Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araújo, declaro que forneci todas as informações referentes a esta pesquisa ao participante declarado acima.

Data ____/____/____

Assinatura da Participante

Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

DATA: _____/_____/_____.

1ª parte: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ (iniciais)

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone:(____) _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Escolaridade: _____

Religião: _____ Praticante: Sim () Não ()

Profissão/ocupação: _____ Está trabalhando? _____

Estado civil: _____ Renda familiar _____

Tem filhos: _____ (idades) _____

Reside com quem? _____

Sítio tumor primário _____ Metástases: _____

2ª parte: EIXO TEMÁTICO

1. Como foi a descoberta do diagnóstico e do estágio?
2. Quem deu seu diagnóstico?
3. Como você se sentiu com a notícia?
4. O que significa ter câncer para você? Como percebe a doença?
5. Você buscou informações e conhecimentos sobre o seu diagnóstico? onde?

6. Quanto tempo levou para conseguir o tratamento?
7. Sabia onde buscar ajuda?
8. Como chegou a APPC?
9. Sua religião influenciou no seu modo de lidar com o câncer? Como?
10. Como o seu diagnóstico do câncer influenciou no relacionamento com sua família? Houve alguma mudança?
11. Como seu diagnóstico de câncer influenciou suas relações de amizade? Explique.
12. O diagnóstico de câncer e o tratamento afetaram seu trabalho ou sua renda?
13. Você utiliza outros tipos de tratamento, para alívio dos sintomas da doença e das consequências do tratamento? Quais? Como contribuí?
14. Houve mudanças na sua rotina? Como você lida com essas mudanças?
15. Houve mudanças na sua aparência física? Como você lida com isso?
16. Após o diagnóstico, com que frequência você usa os serviços de saúde oferecidos na sua cidade?
17. Você tem na sua rotina algum cuidado na alimentação?
18. Pratica/praticava algum exercício físico?
19. Faz uso de bebida alcoólica? Se sim, quanto por dia?
20. Fuma? Se sim, quanto por dia?
21. Faz uso de algum medicamento/ produto diariamente para melhorar/promover a saúde? Se sim quais?
22. Fazia/faz uso diário de alguma proteção contra os raios solares?
23. O que você espera em relação ao futuro? Quais são seus projetos?
24. Quer acrescentar algo?

**APÊNDICE C- Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador
Responsável**

Eu, **Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araújo**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “A repercussão do câncer de pele melanoma e não melanoma no homem do sertão paraibano.” comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Comprometo-me, também, a não iniciar a coleta de dados antes da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS.

Patos, ____/____/ de 2019.

Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araújo

Orientanda