

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**RESSIGNIFICANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
NA ONCOLOGIA POR MEIO DA INTERAÇÃO HOMEM-ENFERMEIRO
CONSIDERANDO A PERSPECTIVA DO GÊNERO MASCULINO**

MARIA GEFÉ DA ROSA MESQUITA

Rio de Janeiro

2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**RESSIGNIFICANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM
NA ONCOLOGIA POR MEIO DA INTERAÇÃO HOMEM-ENFERMEIRO
CONSIDERANDO A PERSPECTIVA DO GÊNERO MASCULINO**

MARIA GEFÉ DA ROSA MESQUITA

Rio de Janeiro

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**RESSIGNIFICANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA
ONCOLOGIA POR MEIO DA INTERAÇÃO HOMEM-ENFERMEIRO
CONSIDERANDO A PERSPECTIVA DO GÊNERO MASCULINO**

MARIA GEFÉ DA ROSA MESQUITA

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN para obtenção do título de doutor.

**ORIENTADORA
PROF^a DR^a JOSÉTE LUZIA LEITE**

RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/2012

MARIA GEFÉ DA ROSA MESQUITA

RESSIGNIFICANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA POR MEIO DA INTERAÇÃO HOMEM-ENFERMEIRO CONSIDERANDO A PERSPECTIVA DO GÊNERO MASCULINO

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN para obtenção do título de doutor em enfermagem.

APROVADA.

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof^ª Dr^ª Joséte Luzia Leite

1^ª examinadora: Dr^ª Leila Milman Alcantara

2^ª examinadora: Prof^ª Dr^ª Alacoque Lorenzini Erdmann

3^ª examinadora: Prof^ª Dr^ª Patrícia dos Santos Claro Fuly

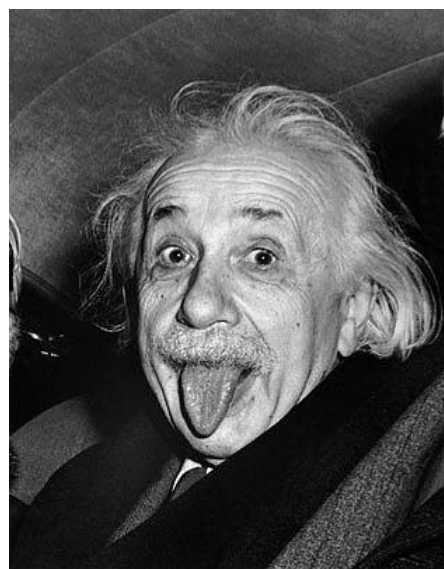
4^ª examinadora: Prof^ª Dr^ª Marcelle Miranda da Silva

1^º Suplente: Prof. Dr Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos

2^º Suplente: Prof^ª Dr^ª Nereida Lúcia Palko dos Santos

*“Só há duas maneiras de viver a vida:
a primeira é vivê-la como se os milagres
não existissem. A segunda é vivê-la
como se tudo fosse milagre”.*

Albert Einstein





Dedicatória

Dedico esta Tese às pessoas que me apresentaram e me deram o amor incondicional. Para vocês entenderem, me refiro a amor incondicional como o amor pleno, completo, absoluto, que não impõe condições ou limites para se amar.

Quem ama de forma incondicional não espera nada em troca.

O amor está em primeiro lugar. O amor incondicional é generoso, altruísta e infinito.

Esse é o amor que recebi do meu Pai Geraldo e minha Avó Verônica, meus grandes amores, que no decorrer desta Tese passaram de meus companheiros de vida para meus anjos da guarda. Saudade é o amor que fica!

Agradecimentos Especiais

Agradeço a **Deus**, por se fazer sempre presente em minha vida. Por me fazer compreender que nem sempre precisamos entender mas que sempre precisamos confiar. Agradeço a Ti pela minha vida, minha família, meu trabalho, meus amigos.

A **Nossa Senhora**, minha Mãezinha, por me colocar no colo e me cobrir com seu manto de amor nas tantas vezes que precisei durante minha vida.

A minha Mãe, **Gilca**, por ser minha estrela-guia, me conduzindo ao caminho do bem e do amor. Mãe, sem você, não seria nada pois foi você quem me ensinou que na vida devemos lutar por nossos ideais.

Ao meu esposo, **Fabio**, por ser meu companheiro, meu amigo e meu amor. Obrigada por estar sempre ao meu lado, mesmo que este lado seja há vários mil quilômetros de distância como foi no início dessa jornada. Mesmo nesse período longe você sempre se fez perto e presente na minha vida, me mostrando que o amor verdadeiro vai além do que eu imaginava. Sem você o meu mundo não estaria completo.

Ao meu irmão, **Pedro**, por me mostrar que ter um irmão, com as brincadeiras e brigas cotidianas, é uma das melhores coisas da vida.

A minha **família** pela convivência fraterna.

A minha grande amiga, **Renata**, minha irmã escolhida, obrigada por estar sempre de braços abertos para me acolher nos momentos bons e ruins.

As amigas **Marcelle e Sabrina**, por serem pessoas maravilhosas. Obrigada por não saírem do meu lado desde da época do mestrado. Agora tenho a sorte de trabalhar ao lado de vocês e isso é um privilégio pois seja no âmbito pessoal como no profissional, vocês são demais!

As amigas **Paula, Sabrina e Lucymar**, por permanecerem em minha vida desde da época da graduação e terem se tornado uma família para mim juntamente com suas lindas princesas.

A amiga **Marluci**, pela convivência tão querida. Você é muito especial, seu coração bom é um exemplo. Adoro nossas conversas, sejam elas profundas ou superficiais, sérias ou hilárias, são sempre um motivo de alegria para mim.

As amigas **Graciele e Francimar** pelo carinho, conversas, risadas e lágrimas partilhadas.

A minha grande mestre, **Professora Josete**, que me acolheu no mais amplo sentido, estando ao meu lado durante os momentos bons e os momentos difíceis que passei nessa trajetória. A senhora é um exemplo para mim, me inspirando a ser uma pessoa melhor, uma profissional dedicada e uma amiga presente. Que Deus a abençoe sempre!

A **Professora Alacoque** pela afável acolhida na UFSC, pela generosidade em partilhar comigo tanto conhecimento e por oportunizar meu crescimento profissional.

Agradecimentos

Agradeço à **UFRJ**, por ter se tornado uma extensão da minha casa, pelos ensinamentos recebidos, pelos amigos conquistados e pelos magníficos professores.

À **Escola de Enfermagem Anna Nery**, por me apresentar uma enfermagem grandiosa enquanto ciência e arte.

À **Coordenação geral, equipe da pós-graduação e da biblioteca setorial** da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Ao **GESPEN** com certeza esse trabalho tem o dedo de vocês. De modo especial, agradeço as queridas amigas **Nereida dos Santos** e **Marléa Moreira** pelas discussões e parceria.

Ao **Departamento de Metodologia da Enfermagem** que durante essa jornada me recebeu como docente, obrigada pela acolhida fraterna.

Aos queridos professores **Leila Milman Alcantara**, **Patrícia dos Santos Claro Fuly**, **Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos** por terem acompanhado e me ajudado no desenvolvimento desta tese sempre com palavras sábias e de incentivo.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa **GEPADES**, pelos valiosos momentos de discussões e trocas.

À **Equipe de Enfermagem da Unidade de Oncologia** do Hospital Federal de Bonsucesso, representada pela Enfermeira Chefe Elizabeth, pelo carinhoso acolhimento e ajuda, vocês são especiais.

Aos **integrantes desta pesquisa**, meu especial obrigada pela disponibilidade do seu tempo para contarem suas histórias, isto é, por partilharem um pouquinho de suas vidas comigo.

A todos os **colegas de turma** do doutorado 2010.1 na Escola de Enfermagem Anna Nery, obrigada pelas trocas de experiência, saberes, angústias e expectativas.

RESUMO

MESQUITA, MGR. **Ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia por meio da interação homem-enfermeiro considerando a perspectiva do gênero masculino.** Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. 295p.

Ao iniciar o processo investigativo acerca da saúde dos homens, chama-nos a atenção o perfil de morbi-mortalidade masculina. Estudos demonstram que os homens procuram mais os serviços de emergência e se internam em situação mais grave que as mulheres, que por sua vez, procuram mais os serviços de consultas de âmbito ambulatorial. Quando analisamos o perfil de mortalidade, torna-se ainda mais preocupante esta questão já que as taxas mostram maior mortalidade masculina em todas as idades e praticamente todas as causas de morte. Considerando o câncer como a segunda maior causa de morte no mundo, buscamos estudar o homem frente às demandas de cuidado na enfermagem oncológica uma vez que a perspectiva de gênero pode nos auxiliar a aprimorar a gerência do cuidado de enfermagem a esse grupo e a romper os obstáculos que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde. Por isto, o presente estudo tem como objeto a gerência do cuidado de enfermagem a homens com câncer a partir da perspectiva de gênero. Neste sentido, tem como objetivos: compreender os significados da interação da masculinidade com a gerência do cuidado de enfermagem no processo de adoecimento do homem com câncer e; construir um modelo teórico sobre a gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer a partir das inter-relações das categorias e fenômeno(s) encontrados nos dados obtidos que forneça subsídios a gerenciamento do cuidado de enfermagem a esse homem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que empregou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS). O projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) com o parecer 03/11. Foram investigados dois grupos amostrais, o primeiro composto por oito homens com câncer em tratamento antineoplásico, o segundo pelos seis enfermeiros que trabalham no serviço de oncologia. O cenário de coleta de dados foi o ambulatório de oncologia do HFB. As técnicas de coleta dos dados utilizadas foram a entrevista semi-estruturada, a observação não-participante e a análise do prontuário. Doze categorias emergiram da análise dos dados, com suas respectivas subcategorias e componentes. Todas as categorias foram provenientes do movimento dinâmico de ir e vir, de comparação e interação entre os dados, seguindo o método rigoroso e sistemático da TFD, nos processos de codificações aberta, axial e seletiva. O modelo teórico construído, representado pelo fenômeno central do estudo, foi validado por integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES), durante a realização do Doutorado na modalidade Sanduíche na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de Março a Agosto de 2012, sendo ele: **ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia por meio da interação homem-enfermeiro considerando a perspectiva do gênero masculino.** Esse modelo confirma a tese defendida: os enfermeiros da oncologia no processo relacional e interacional com os homens com câncer reconhecem a dimensão da masculinidade na relação homem-saúde-doença e assim ressignificam a gerência do cuidado de enfermagem considerando a perspectiva de gênero.

Palavras-chave: Saúde do homem. Gerência. Neoplasias. Enfermagem.

ABSTRACT

MESQUITA, MGR. **Reframing nursing care management in oncology through man-nurse interactionism considering the gender male perspective.** Doctoral Thesis (PhD in Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. 295p.

Investigating men's health, calls our attention the profile of morbidity and mortality of men. Studies show that men search more emergency services and get hospitalized in more severe condition than women, which search more ambulatory services like medical appointments. When the mortality profile is analyzed, this issue becomes even more worrying as rates show greater male mortality at all ages and mostly all causes of death. Considering cancer as the second leading cause of death worldwide, we aim to study men under nursing care needs in oncology considering that the gender perspective can help nurses to improve nursing management and also encourage men in his help-seeking behavior. Therefore, this study focuses the management of nursing care for men with cancer under the gender perspective. In this sense, the study aims are: understand the meaning of the interaction between masculinity and nursing management during men's cancer treatment; propose a theoretical model to nursing care management for man with cancer. It is a qualitative research which had as theoretical-methodological reference the Symbolic Interactionism and Grounded Theory, respectively. The project was approved by the board of ethics of the Federal of Bonsucesso Hospital (HFB) with the number approval 03/11. The research subjects were composed by two different samples groups, the first consisting of eight men with cancer in anticancer treatment, the second by six nurses working on the oncology ambulatory. The research scene was the oncology clinic of HFB. The data collection techniques used were semi-structured interview, non-participant observation and analysis of the medical chart. Twelve categories emerged from the data analysis, with their respective subcategories and components. All categories emerged from the dynamic movement of coming and going, comparison and interaction with the data, following the rigorous and systematic method of GT, under the process of open, axial and selective coding. The theoretical model constructed represents the central phenomenon of the study and was: reframing nursing care management in oncology through man-nurse interactionism considering the gender male perspective. This model was validated by the Group of Studies and Research in Administration and Management of Nursing Care and Health (GEPADES) during PhD Sandwich training at the Federal University of Santa Catarina (UFSC), in the period of March to August 2012. This theoretical model confirms the thesis: oncology nurses during relational and interaction processes with men with cancer recognizes the dimension of masculinity in the man-health-disease process and thus reframes management of nursing care considering the gender perspective.

Keywords: Men's Health. Management. Neoplasms. Nursing.

RESUMEN

MESQUITA, MGR. **Redefine la gestión de los cuidados de enfermería en oncología a través de la interacción hombre-enfermera teniendo en cuenta la perspectiva masculina.** Tesis de Doctorado (PhD en Enfermería). Anna Nery Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Río de Janeiro, 2012. 295p.

Cuando se inicia el proceso de investigación sobre la salud de los hombres, nos llama la atención el perfil de morbilidad y mortalidad en los hombres. Los estudios muestran que los hombres buscan más los servicios de emergencia y fue hospitalizada para la situación más grave que las mujeres, que a su vez buscan más servicios en consulta externa. Cuando analizamos el perfil de la mortalidad, se convierte en problema aún más preocupante ya que las tasas muestran una mayor mortalidad masculina en todas las edades y casi todas las causas de muerte. Teniendo en cuenta el cáncer como la segunda causa de muerte en el mundo, nuestro objetivo es estudiar a los hombres dentro de necesidades de cuidados de enfermería en oncología teniendo en cuenta que la perspectiva de género puede ayudar a las enfermeras para mejorar la gestión de enfermería y también alentar a los hombres en su búsqueda de ayuda conducta. Por lo tanto, este estudio se centra la gestión de los cuidados de enfermería para los hombres con cáncer bajo la perspectiva de género. En este sentido, los objetivos del estudio son: comprender el significado de la interacción entre la masculinidad y la gestión de enfermería en el tratamiento del cáncer de los hombres, proponer un modelo teórico para la gestión de cuidados de enfermería para el hombre con cáncer. Se trata de una investigación cualitativa que tuvo como referencia teórico-metodológico el Interaccionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada en los Datos, respectivamente. El proyecto fue aprobado por el consejo de ética del Hospital de Federal de Bonsucesso (HFB) con la aprobación número 03/11. Los sujetos de la investigación fueron compuestas por dos grupos de muestras diferentes, el primero formado por ocho hombres con cáncer en tratamiento contra el cáncer, el segundo por seis enfermeras que trabajan en las áreas de oncología ambulatoria. El escenario de la investigación fue la clínica de oncología de HFB. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista semiestructurada, la observación no participante y análisis de la historia clínica. Doce categorías surgieron del análisis de datos, con sus respectivas subcategorías y componentes. Todas las categorías surgido del movimiento dinámico de ir y venir, la comparación y la interacción con los datos, siguiendo el método riguroso y sistemático de GT, en el marco del proceso de codificación abierta, axial y selectiva. El modelo teórico construido representa el fenómeno central del estudio y fue: replantear la gestión de la atención de enfermería en oncología mediante el interaccionismo hombre-enfermera teniendo en cuenta la perspectiva de género masculino. Este modelo fue validado por el Grupo de Estudios e Investigación en Administración y Gestión de Cuidados de Enfermería y Salud (GEPADES) durante el entrenamiento Sandwich doctorado en la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), en el período de marzo a agosto de 2012. Este modelo teórico confirma la tesis: las enfermeras de oncología durante los procesos de relación e interacción con los hombres con cáncer reconoce la dimensión de la masculinidad en el proceso por el hombre de la salud-enfermedad y por lo tanto replantea la gestión de los cuidados de enfermería teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Palabras clave: Salud del Hombre. Gestión. Neoplasias. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativas, para o ano 2012, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária	46
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estimativas, para o ano 2012, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária	47
Figura 2 - Representação do Espaço Metodológico Quadripolar desta pesquisa. Adaptação da autora do espaço quadrangular de De Bruyne	60
Figura 3 - Representação à luz do Interacionismo Simbólico dos preceitos da pesquisa, segundo a autora	66
Figura 4 – Hospital Federal de Bonsucesso	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos Centro de Alta Complexidade em Oncologia	74
Quadro 2 - Recorte dos dados brutos e códigos preliminares da segunda entrevista	82
Quadro 3 - Recorte da codificação dos dados da categoria 1 utilizando as entrevistas	85
Quadro 4 - Principais características dos homens com câncer em tratamento antineoplásico	90
Quadro 5 – Subcategoria 1.1: Renegando a busca pelo atendimento à saúde em decorrência de um estado supostamente saudável	101
Quadro 6 - Subcategoria 1.2: Procrastinando a busca pelo atendimento mesmo com algo errado na saúde por não julgar graves os sintomas	102
Quadro 7 - Subcategoria 1.3: Buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde	104
Quadro 8 – Subcategoria 1.4: Recebendo o diagnóstico do câncer	107
Quadro 9 – Subcategoria 2.1: Julgando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas em relação à saúde	113
Quadro 10 – Subcategoria 2.2: Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença	115
Quadro 11 - Subcategoria 2.3: Confessando ter dificuldades para conversar certos assuntos com os profissionais de saúde	122
Quadro 12 – Subcategoria 3.1: Iniciando o tratamento antineoplásico	125
Quadro 13 – Subcategoria 3.2: Existindo sofrimento na luta contra o câncer	132
Quadro 14 - Subcategoria 3.3: Afirmando sentir-se bem durante o tratamento	138
Quadro 15 - Subcategoria 3.4: Vivenciando o câncer em família	139
Quadro 16 - Subcategoria 3.5: Apresentando a relação homem-trabalho-doença	145
Quadro 17 - Subcategoria 3.6: Iniciando o processo de recuperação	149
Quadro 18 - Subcategoria 4.1: Experenciando problemas no sistema único de saúde	152
Quadro 19 - Subcategoria 4.2: Criticando o tratamento recebido no hospital	154
Quadro 20 - Subcategoria 4.3: Elogiando o tratamento recebido no hospital	159
Quadro 21 – Subcategoria 5.1: Refletindo sobre a vida com câncer	162
Quadro 22 - Subcategoria 5.2: Sentindo estar diferente após a doença	164

Quadro 23 - Subcategoria 5.3: Repriorizando aspectos da vida com mudança de valores	165
Quadro 24 – Subcategoria 6.1: Valorizando a prática interdisciplinar no serviço de oncologia	169
Quadro 25 – Subcategoria 6.2: Desenvolvendo vínculo com usuários da oncologia	171
Quadro 26 – Subcategoria 6.3: Apontando a informação como aliada do usuário na busca por seu direito à saúde	173
Quadro 27 – Subcategoria 7.1: Organizando o cuidado de enfermagem no serviço de oncologia	175
Quadro 28 – Subcategoria 7.2: Trabalhando com a equipe de enfermagem	179
Quadro 29 – Subcategoria 7.3: Prestando a assistência de enfermagem	184
Quadro 30 – Subcategoria 8.1: Reafirmando o senso comum	188
Quadro 31 – Subcategoria 8.2: Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres	195
Quadro 32 – Subcategoria 8.3: Reconhecendo a dificuldade do homem em comunicar-se	203
Quadro 33 – Subcategoria 8.4: Considerando ser difícil abordar a questão da sexualidade com homens	207
Quadro 34 – Subcategoria 9.1: Revelando problemas gerenciais nos recursos físicos do serviço de oncologia	211
Quadro 35 – Subcategoria 9.2: Realizando a consulta de enfermagem de forma não sistematizada	212
Quadro 36 – Subcategoria 9.3: Elencando aspectos negativos da organização e da instituição onde exerce atividade profissional	216
Quadro 37 – Subcategoria 9.4: Descrevendo problemas logísticos da QT no serviço de oncologia	217
Quadro 38 – Subcategoria 10.1: Destacando problemas na acessibilidade do homem aos serviços de saúde	222
Quadro 39 – Subcategoria 10.2: Apontando problemas no acolhimento do homem que busca o atendimento à saúde no SUS	224

Quadro 40 – Subcategoria 11.1: Identificando a família como uma importante aliada ao cuidado	227
Quadro 41 – Subcategoria 11.2: Estabelecendo relação de confiança	228
Quadro 42 – Subcategoria 11.3: Buscando se aproximar do universo masculino	230
Quadro 43 – Subcategoria 11.4: Praticando educação em saúde	231
Quadro 44 – Subcategoria 11.5: Acreditando na sistematização da consulta de enfermagem como estratégia para melhorar o cuidado	233
Quadro 45 – Subcategoria 12.1: Sugerindo estratégias para solucionar problemas na acessibilidade do homem ao serviço de saúde	236
Quadro 46 – Subcategoria 12.2: Vendo a mídia como possível aliada para chamar a atenção do homem para a saúde	238
Quadro 47 – Subcategoria 12.3: Vislumbrando a criação de uma unidade de atendimento voltada à saúde do homem	240
Quadro 48 – Subcategoria 12.4: Revelando a necessidade dos profissionais de saúde serem orientados sobre a atenção à saúde do homem	241

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da faixa etária dos homens com câncer em tratamento antineoplásico entrevistados	89
Gráfico 2 - Incidência dos tipos de câncer apresentados pelos homens com câncer em tratamento antineoplásico entrevistados	92
Gráfico 3 - Tratamento Antineoplásico Atual homens com câncer em tratamento antineoplásico entrevistados	93
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros da oncologia entrevistados no segundo grupo amostral	95
Gráfico 5 – Distribuição numérica absoluta do tempo em anos de atuação na enfermagem dos enfermeiros entrevistados no segundo grupo amostral	96
Gráfico 6 - Distribuição numérica absoluta do tempo em anos de atuação na área da oncologia dos enfermeiros entrevistados no segundo grupo amostral	97

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Categoria 1: Descrevendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde	99
Diagrama 2 - Subcategoria 1.3: Buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde	104
Diagrama 3 - Subcategoria 1.4: Recebendo o diagnóstico do câncer	106
Diagrama 4 - Categoria 2: Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença	112
Diagrama 5 - Subcategoria 2.2: Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença	114
Diagrama 6 - Categoria 3: Experimentando o tratamento antineoplásico	124
Diagrama 7 - Subcategoria 3.1: Iniciando o tratamento	125
Diagrama 8 - Subcategoria 3.2: Existindo o sofrimento na luta contra o câncer	132
Diagrama 9 - Subcategoria 3.4: Vivenciando o câncer em família	139
Diagrama 10 - Subcategoria 3.5: Apresentando a relação homem-trabalho-doença	145
Diagrama 11 - Categoria 4: Sendo um usuário do sistema único de saúde	151
Diagrama 12 - Subcategoria 4.2: Criticando o tratamento recebido no hospital	153
Diagrama 13 - Categoria 5: Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer	161
Diagrama 14 – Categoria 6: Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade	168
Diagrama 15 – Categoria 7: Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no trabalho do enfermeiro	174
Diagrama 16 – Categoria 8: Reconhecendo questões de gênero interferindo na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer	187
Diagrama 17 – Categoria 9: Identificando fatores restritivos ao trabalho gerencial do enfermeiro	209
Diagrama 18 – Categoria 10: Constatando barreiras no Sistema Único de Saúde	221
Diagrama 19 – Categoria 11: Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero	225

Diagrama 20 – Categoria 12: Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer	235
Diagrama 21 – Modelo Paradigmático	246
Diagrama 22 – Fenômeno Central	249

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

Apresentação	24
1. Considerações Iniciais	27
1.1. Contextualização do objeto de estudo	27
1.2. Justificativa e Relevância do Estudo	32
1.3. Contribuições do Estudo	35

CAPÍTULO II - Reflexões sobre a temática 38

2.1. Masculinidade, saúde e doença	38
2.2. O homem em tratamento antineoplásico	45
2.3. A gerência do cuidado de enfermagem	53

CAPÍTULO III - Referencial Teórico-Metodológico 58

3.1. Pólo Epistemológico da Pesquisa - Compreensivista	60
3.2 Pólo Teórico da Pesquisa - O Interacionismo Simbólico	61
3.3. Pólo Morfológico - A Teoria Fundamentada nos Dados	66
3.4. Pólo Técnico - Entrevista, Observação não-participante e Análise documental do prontuário	71
3.5. Trilhando o caminho da pesquisa	74
3.5.1 Revelando o cenário do estudo	74
3.5.2 Considerando os aspectos éticos	78
3.5.3 Elegendo os sujeitos do estudo	79
3.5.4 Iniciando o processo de codificação	81

CAPÍTULO IV – Compreendendo como a masculinidade influencia na saúde do homem com câncer e desafia a gerência do cuidado de enfermagem 88

4.1 Caracterizando os sujeitos da pesquisa	88
4.1.1 Caracterizando o grupo amostral dos homens com câncer em tratamento antineoplásico	88
4.1.2 Caracterizando o grupo amostral dos enfermeiros da oncologia	94
4.2 Apresentando os resultados obtidos na codificação dos dados: o surgimento das categorias	98

4.2.1 Apresentando os resultados obtidos na codificação dos dados no grupo amostral dos homens com câncer em tratamento antineoplásico	98
4.2.2 Apresentando os resultados obtidos na codificação dos dados no grupo dos enfermeiros	166
CAPÍTULO V – Interconectando as categorias	244
5.1 – Apresentando o Modelo Paradigmático	244
CAPÍTULO VI – Conversando com os autores	257
6.1 Conversando com os autores acerca do modelo paradigmático	257
6.2 Refletindo acerca dos aspectos múltiplos da masculinidade e suas interações com a gerência do cuidado de enfermagem aos homens	258
CAPÍTULO VII – Validando o modelo paradigmático	271
CAPÍTULO VIII – Considerações Finais	275
Referências	279
Apêndices	286
Anexo	294
Cronograma de Atividades	295



Tela: First steps – Vincent Van Gogh

Capítulo I

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

APRESENTAÇÃO

Ao iniciar esta apresentação, opto por utilizar a primeira pessoa do singular, pois mesmo sabendo que este trabalho se desenvolve em conjunto com minha orientadora, seu início ocorreu com inquietações, experiências e motivações ocorridas em meu cotidiano.

Acredito que as escolhas do pesquisador advém do seu dia-a-dia e, assim, ao iniciar um processo investigativo o pesquisador não é neutro. Sendo assim, ao formular o objeto de sua investigação, o pesquisador trás um pouco de si e opta por trilhar os caminhos daquilo que acredita, aliando a estes valores, estudos, reflexões e a vontade de descobrir e contribuir para a sociedade.

Por conseguinte, esta investigação surge como produto de minhas experiências vividas, onde ocorreram entrelaços entre minha vida pessoal e profissional.

Minha aproximação com a temática deste estudo começou na graduação, quando iniciei as atividades de Iniciação Científica onde pude vivenciar a pesquisa básica na área de oncologia, uma vez que meu trabalho tratava-se do teste de drogas em linhagens celulares que apresentavam ou não o fenótipo de resistência a múltiplas drogas, bem como a identificação de substâncias que inibissem tal fenômeno. Vale a pena ressaltar que mesmo trabalhando na pesquisa básica naquele momento já vislumbrava a possibilidade de realizar pesquisas na área de enfermagem com pessoas portadoras de câncer. Meu interesse era principalmente em como poderia ajudar as pessoas que vivenciavam as “lutas” de suas células com os quimioterápicos.

Minha experiência no cuidado às pessoas com câncer se iniciou na Central de Quimioterapia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), onde me chamou a atenção o fato que ao realizar o tratamento antineoplásico no contexto ambulatorial, as pessoas precisavam conviver de forma simultânea com a doença e o convívio social. Deste modo, os

usuários vão ao hospital receber o tratamento, voltam para o ambiente familiar e, ainda, muitas das vezes vão para o trabalho e convivem com amigos, colegas de trabalho, chefes e a sociedade como um todo. Sendo assim, tornam-se muitas vezes vulneráveis, pois além de suas crenças pessoais, incorporam-se ainda as crenças de outros a respeito da doença e tratamento.

No mesmo período, em minha vida pessoal, fui surpreendida com a notícia que meu pai encontrava-se com câncer de próstata. Acredito que minha experiência pessoal muito contribuiu para minha vida profissional, uma vez que pude verdadeiramente vivenciar o processo de adoecer. Percebi o quão forte pode significar para alguém ter câncer e o quanto esta doença pode estar envolvida por símbolos.

Posteriormente, trabalhando nas Unidades de Clínica Médica com pessoas internadas em tratamento e na Clínica Cirúrgica, pude observar e atuar junto às expectativas de pré e pós-operatório de cirurgias oncológicas. Naquele momento, cuidando de pessoas internadas foi possível observar que alguns se sentiam “protegidos” do mundo externo durante a internação.

Outra importante experiência profissional foi integrar a equipe da Unidade de Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e Pós-Operatório (UPO) do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e frequentemente atuar junto a pessoas com câncer e seus familiares nas situações de maior gravidade.

Minha experiência profissional em conjunto com minha experiência pessoal, me chamou atenção para uma diferença existente no modo de se comportar perante a doença entre homens e mulheres.

Assim, iniciei o curso de mestrado com o interesse de estudar o homem frente às demandas de cuidado na enfermagem em oncologia. Este estudo utilizou como objeto “as

necessidades de ajuda referidas por homens em tratamento antineoplásico e o gerenciamento do cuidado de enfermagem”.

As análises das necessidades de ajuda dos homens indicaram interdependência dos cuidados uma vez que os homens foram observados em sua totalidade, sendo as necessidades de cuidados físicos e orientação para o autocuidado as mais referidas, quando comparadas com as necessidades de apoio emocional, amparo espiritual e promoção do ambiente confortável, o que aponta para o caráter de resolutividade do gênero masculino. No que se refere às implicações para a gerência do cuidado, foi observado que as necessidades geravam ações diretas, como orientações, realização de consulta de enfermagem, entre outras, e indiretas, como elaboração de grupos de apoio e articulação com a equipe multidisciplinar (MESQUITA, 2008).

Contudo, durante o desenvolvimento desta pesquisa, emergiram ainda dados que confirmaram a importância da perspectiva de gênero para a compreensão do padrão de morbimortalidade masculina. Tal afirmação vem do fato de alguns sujeitos terem relatado procrastinar a procura de atendimento, não realização de exames por influência sociocultural, ou seja, adoção de posturas e comportamentos que colocaram suas vidas em risco.

Por conseguinte, ao término do curso de mestrado, considerei importante dar continuidade ao estudo para contemplar dados que indicam a influência da perspectiva de gênero no padrão de morbi-mortalidade masculina, já que observamos que a intervenção em atitudes e práticas habituais desses homens com câncer poderiam ter sido prevenidas ou controladas antes do agravamento da doença. Sendo assim, para atender aos questionamentos desta investigação buscaremos apreender os significados da perspectiva de gênero de modo a substanciar uma teoria a partir da ideia ampliada e não reducionista da articulação entre a masculinidade e a gerência do cuidado ao homem com câncer.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Historicamente no Brasil, de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), as primeiras iniciativas desenvolvidas para o controle do câncer remontam ao início do século XX, tendo sido orientadas, quase exclusivamente, para o diagnóstico e tratamento da doença. Com isso, as ações de prevenção e informação da população ficaram prejudicadas sendo justificadas pela própria incipiência do conhecimento da etiologia do câncer (BRASIL, 2007). O que permite compreender como o câncer tornou-se uma doença temida por todos, envolvida em mitos e crenças que surgiram da falta de conhecimento e informação por parte da maioria da população.

Mesmo hoje em dia, quando a medicina eleva o câncer à condição de doença crônica, devido à alta tecnologia de diagnóstico, muitas pessoas tem a condição de identificação e início de tratamento precoce, proporcionando cura e aumento da sobrevida. Porém, a realidade se depara com o aumento do número de casos da doença, o que muito tem preocupado e chamado a atenção dos gestores de políticas públicas em saúde, dos profissionais de saúde e da comunidade.

Tal situação é de grande relevância para as profissões da área de saúde e, especialmente, para a enfermagem, considerando a importância da visão dos doentes acerca da doença e do tratamento para melhor gerenciamento de suas condições de saúde, o que favorece maior participação da pessoa no controle do tratamento e do atendimento das suas necessidades para melhorar sua qualidade de vida.

Ao iniciar o processo investigativo acerca da saúde dos homens, chama a atenção o perfil de morbi-mortalidade masculina. Estudos demonstram que os homens procuram mais os serviços

de emergência e se internam em situação mais grave que as mulheres, que por sua vez, procuram mais os serviços de consultas de âmbito ambulatorial (PINHEIRO et. al, 2002; FIGUEIREDO, 2005; GOMES et. al., 2007). Quando analisamos o perfil de mortalidade, torna-se ainda mais preocupante esta questão já que as taxas mostram maior mortalidade masculina em todas as idades, em praticamente todas as causas de morte (IBGE, 2010).

Recentemente, o *National Cancer Intelligence Network*, demonstrou que homens tem uma chance maior em 40% de morrerem de câncer que mulheres. Tal fato parece estar relacionado ao estilo de vida masculino, muitas vezes não saudável, e a procrastinação em procurar atendimento médico ao perceber os primeiros sintomas de doença (CANCER RESEARCH, 2009).

Um fato bastante relevante para o câncer é que a maioria dos casos da doença (80%) está relacionada a fatores ambientais, em maior ou menor grau, evitáveis. Esses fatores envolvem água, terra, ar, ambiente de consumo (alimentos, medicamentos, fumo, álcool e produtos domésticos), ambiente cultural (estilo, costumes e hábitos de vida) e ambiente ocupacional (BRASIL, 2008).

Analisando o parágrafo acima e confrontando-o com os estudos sobre morbi-mortalidade masculina anteriormente citados, observamos que os mesmos apontavam a perspectiva de gênero para a compreensão desses padrões, ou seja, muitos homens adotam posturas e comportamentos em suas vidas que interferem em suas condições de saúde e os colocam em risco.

Ao encontro deste discurso, o Ministério da Saúde publica em Agosto de 2008 a “Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)”. Entretanto o lançamento e divulgação desta política ocorreu em 27 de Agosto de 2009, onde o então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão explicou, “Essa política parte da constatação de que os homens, por uma

série de questões culturais e educacionais, só procuram o serviço de saúde quando perderam sua capacidade de trabalho. Com isso, perde-se um tempo precioso de diagnóstico precoce ou de prevenção, já que chegam ao serviço de saúde em situações limite”. Sendo assim, a mesma busca romper os obstáculos que impedem os homens de frequentarem os serviços de saúde e conscientizar os profissionais de saúde sobre essa questão.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbi-mortalidade na saúde do homem explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde. Como desafio, a política encontra a tentativa de politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania (BRASIL, 2008).

Como uma das prioridades desta política, está a atenção oncológica já que o câncer apresenta alta taxa de morbidade e mortalidade masculina. Assim, ressalta-se a necessidade de intervenção nesta população tendo em vista que a taxa de internação de homens por câncer dobrou do ano 2000 a 2007 (op cit, 2008).

Durante nossa prática profissional junto aos usuários com câncer, observamos que os mesmos sinalizam que não precisam apenas do cuidado técnico, mas também do apoio que os ajude a expressar seu medo, insegurança e necessidades mediante às incertezas do tratamento.

Ao estudar as necessidades de ajuda de homens em tratamento antineoplásico, Mesquita (2008) relata a identificação de comportamentos distintos entre os homens. Alguns ainda

mantinham a postura de fortes, preocupados em não se deixar abater pela doença; outros já demonstraram sua fragilidade diante da surpresa de um diagnóstico estigmatizado como o câncer, se permitindo chorar ao relembrar seus pensamentos no momento em que receberam o diagnóstico da doença.

Tais achados nos fazem refletir sobre a difícil posição do homem em nossa sociedade. Alguns, ainda são influenciados por um dos preconceitos mais comuns no senso comum em relação ao sexo masculino, que aponta para o fato de que ele é visto como forte a partir da dimensão física e emocional. Isso o coloca numa posição tanto de vulnerabilidade física quanto psíquica já que não deve admitir que pode ser frágil, ter necessidades e precisar de ajuda.

A autora supracitada ainda nos revela que, ao receberem o diagnóstico e iniciarem o tratamento antineoplásico, alguns homens refletiram sobre seus comportamentos e apontaram para mudanças em suas vidas. Homens que não prestavam atenção à saúde, procrastinavam na busca de atendimento e não realizavam exames de rastreamento, após a doença, se dizem arrependidos de seus comportamentos anteriores, sendo mais conscientes em relação à saúde (MESQUITA et al, 2009).

Tendo em vista o exposto acima, nos remetemos ao papel do enfermeiro que atua junto a esses homens na execução da gerência do cuidado de enfermagem, e para tal, não mais visualizamos a ideia fragmentada entre cuidados assistenciais e administrativos, mas sim adotamos a visão da integralidade no trabalho de enfermagem.

A gerência do cuidado de enfermagem compreende a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro em seus cenários de atuação. Nesse sentido, essa gerência do cuidado é fundada pela flexibilidade quando observamos que uma atividade gerencial vem seguida de uma assistencial ou vice-versa, reforçando assim a

complementaridade entre essas ações. Ela caracteriza as atividades dos enfermeiros por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e provisão de recursos necessários para assistência e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde visando uma atuação mais articulada que busca melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. (FELLI & PEDUZZI, 2010).

A adoção dessa concepção de gerência do cuidado faz-se importante uma vez que demonstra a dinamicidade do campo de atuação do enfermeiro. A prática gerencial do enfermeiro envolve múltiplas ações de gerenciar cuidando e educando, de cuidar gerenciando e educando, de educar cuidando e gerenciando, como um processo dinâmico, participativo e integrador construindo conhecimentos e articulando os diversos serviços, em busca da melhor qualidade do cuidado, como direito do usuário (BACKES et al, 2008).

Deste modo, o enfermeiro em seu processo de interação e relação com os homens com câncer, é capaz de identificar crenças, necessidades e/ou comportamentos e, ao mesmo tempo, planejar, executar e avaliar o cuidado dos mesmos.

Considerando o importante papel do enfermeiro na gerência do cuidado e trazendo mais especificamente para a área da gerência em oncologia, em 8 de dezembro de 2005, a Portaria GM/MS nº 2.439 instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Tal publicação tem como foco a integração da assistência oncológica no Brasil a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população, contemplando ainda a perspectiva holística do cuidado e do atendimento à saúde do usuário com câncer.

Conscientes da multiplicidade envolvida na questão da saúde do homem com câncer, que permeia aspectos individuais e socioculturais, foi delimitado como objeto de estudo:

- A gerência do cuidado de enfermagem a homens com câncer a partir da perspectiva de gênero.

A partir deste objeto elaboramos a seguinte Questão de Pesquisa:

- Qual é o significado da masculinidade e das suas interações com a gerência do cuidado de enfermagem atribuído pelo homem que experiencia o processo de adoecimento pelo câncer?

Para responder às questões norteadoras acima, estabelecemos como objetivos:

- Compreender os significados da interação da masculinidade com a gerência do cuidado de enfermagem no processo de adoecimento do homem com câncer;
- Construir um modelo teórico sobre a gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer a partir das inter-relações das categorias e fenômeno(s) encontrados nos dados obtidos que forneça subsídios a gerenciamento do cuidado de enfermagem a esse homem.

1.2 - JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Em âmbito nacional e internacional, o câncer vem sendo tratado como problema de saúde pública, uma vez que suas taxas de incidência e morbi-mortalidade vem se elevando. Nesse sentido, pesquisadores de todo o mundo tem trabalhado na criação de estratégias que contribuam para a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cura desta doença.

Quando focamos o olhar para a questão dos homens com câncer, observamos que além das taxas de incidência e morbi-mortalidade estarem se elevando como acima descrito, os estudos realizados sobre a saúde do homem eram predominantemente epidemiológicos,

apontando para os perfis de morbi-mortalidade masculina. Outro importante dado é que os homens são diagnosticados mais tardiamente e em situação mais grave quando comparado às mulheres. (FIGUEIREDO, 2005; GOMES, 2006).

Durante o desenvolvimento da dissertação de mestrado, ao realizar uma pesquisa qualitativa investigando as necessidades de ajuda dos homens e como as mesmas poderiam subsidiar ações para o gerenciamento do cuidado de enfermagem, foi identificada que esta temática ainda se apresenta pouco explorada no âmbito nacional (MESQUITA, 2008).

Realizando pesquisas sobre a saúde do homem, em bancos de dados nacionais, chamou-nos a atenção o pequeno número de publicações referentes a essa problemática. No que tange às questões de gênero, encontramos diversos artigos que se referem especificamente à saúde da mulher, contudo poucos artigos foram encontrados tratando da saúde do homem.

No âmbito da enfermagem nacional, o que temos constatado é que poucas pesquisas foram realizadas contemplando o homem como objeto de estudo, geralmente, questões de gênero emergem na análise de dados. Como exemplo, Fontes (2006), que estudou a questão da prática dialógica do enfermeiro no contexto da terapêutica quimioterápica antineoplásica, trouxe como uma de suas contribuições sobre a questão do gênero: *“já os homens, seguindo o esteriótipo do ‘macho’, ‘forte’ e ‘viril’, por vezes, negam-se a expressar sua emoção inerente à própria condição humana, como o choro e acabam por adotar a postura de isolamento”*.

No âmbito internacional, ao realizarmos no início desta pesquisa em 2010, uma busca bibliográfica na base de dados PUBMED, utilizando como descritores as palavras MEN'S HEALTH AND NEOPLASMS AND NURSING, encontramos 49 artigos disponíveis, dos quais 06 (seis) são artigos de revisão e 43 são pesquisas originais. Mas já percebemos esse número pequeno considerando que esta base de dados é a maior base de dados internacional.

A magnitude do problema da clientela em questão, constatada nos dados epidemiológicos apresentados, somada ainda a recém lançada Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem e ao número reduzido de publicações na área, reflete a importância dessa temática para a saúde pública no Brasil. Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos à saúde do homem constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos que possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbi-mortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. A política aborda de maneira destacada as neoplasias, pois elas são significativamente importantes quando avaliada a morbi-mortalidade masculina, sendo assim, elas se apresentam como prioridade na atenção aos homens.

Considerando o acima discutido, observamos que esse campo de atuação mostra-se fundamental para a gerência do cuidado de enfermagem, uma vez que envolve questões sobre a organização do trabalho de enfermagem, bem como questões sobre a qualidade do cuidado de enfermagem prestado aos homens. Outro ponto importante destacado é que ainda existem lacunas no conhecimento produzido acerca da temática relativa ao homem com câncer e a enfermagem.

1.3. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O enfermeiro deve preocupar-se todo o tempo com a qualidade do seu trabalho, com isso deve constantemente atualizar-se e assim estar envolvido com a pesquisa que, a partir de questionamentos e hipóteses acerca de problemas identificados na prática, investigue e busque bases que possibilitem a reflexão sobre as ações planejadas e desenvolvidas contribuindo conseqüentemente para a melhoria da prática profissional.

As contribuições que buscamos com a realização deste estudo foram, dessa forma, de ordem da organização do processo assistencial, do ensino e da pesquisa.

Relacionado ao processo assistencial, ao compreender os significados da masculinidade e suas interações com a gerência do cuidado, buscamos que o enfermeiro proporcione ao usuário suas experiências favorecendo um relacionamento interpessoal positivo, imprescindível para o planejamento e execução do cuidado de enfermagem. Tal perspectiva vem ao encontro do pensamento de Motta (2004) quando nos diz:

a gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante.

Sendo assim, este estudo pode ainda trazer subsídios, na perspectiva dos usuários, para possíveis reformulações na gerência do cuidado de enfermagem no locus do estudo, contribuindo assim para melhoria da prática da assistência de enfermagem prestada.

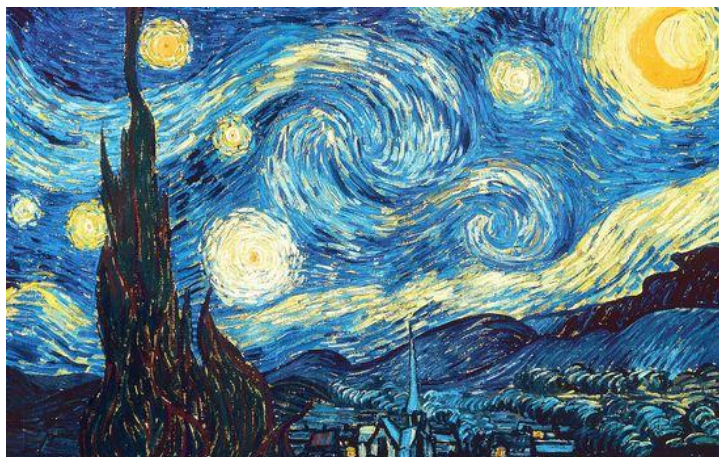
No que se refere ao ensino, com destaque para a formação dos profissionais enfermeiros no ensino superior, observamos que muitas universidades não contemplam a oncologia formalmente em seus currículos, indo de encontro à realidade contextualizada nesse estudo. Sendo assim, nossa expectativa é fornecer subsídios para reflexão do problema e contribuir para

a inserção da oncologia nos currículos de graduação, como disciplina formal na grade dos cursos. Outro aspecto destacado é a necessidade de se apresentar já na formação do profissional enfermeiro, discussões sobre como a perspectiva de gênero pode apontar para compreensão da morbi-mortalidade de indivíduos, uma vez que nesse estudo observamos que muitos homens ao construir o significado de ser homem, adotaram posturas e comportamentos considerados pouco saudáveis que acabaram por interferir em suas condições de saúde.

Na perspectiva da pesquisa, mais precisamente no Núcleo de Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN), do Departamento de Metodologia da Enfermagem (DME) da EEAN/UFRJ, ao focalizar a gerência do cuidado de enfermagem a partir da perspectiva de gênero, o estudo contribuiu com a linha de gerência do cuidado em enfermagem, fornecendo subsídios para os grupos de discussão da graduação e pós-graduação vinculados ao grupo.

As discussões e contribuições foram incitadas também a partir da participação no Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em decorrência da realização do doutorado na modalidade sanduíche no período entre 01 de março a 31 de agosto de 2012, sob tutoria da Dra Alacoque Lorenzini Erdmann.

Sem dúvida, considerando a área de conhecimento contemplada, pretendemos ainda contribuir para o desenvolvimento de projetos integrados com outros núcleos e grupos de pesquisa de outras universidades nacionais e internacionais.



Tela: The starry night – Vincent Van Gogh

CAPÍTULO II

“Os ideais que iluminaram o meu caminho são a bondade, a beleza e a verdade”.

Albert Einstein

REFLEXÕES SOBRE A TEMÁTICA

Neste momento, buscamos familiarizar e contextualizar os leitores acerca de temas relevantes relacionados ao objeto deste estudo.

Ressaltamos que este capítulo não se trata de um estado da arte, uma vez que o referencial teórico-metodológico utilizado neste estudo não nos permitiu um mergulho na literatura antes da coleta de dados. Na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), referencial deste trabalho, os dados empíricos são soberanos e foram eles que nos guiaram na busca de fundamentação teórica para a discussão dos dados. O capítulo Referencial Teórico-Metodológico detalhará o passo-a-passo desta metodologia.

2.1 - MASCULINIDADE, SAÚDE E DOENÇA

A temática relacionada à saúde masculina tem sido pouco abordada e discutida em contraposição à temática da saúde da mulher, objeto de políticas públicas e de variadas investigações. Contudo, dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) traçam um quadro de mortalidade no Brasil utilizando os dados de esperança de vida ao nascer, por comparação de sexo e efeito das mortes por causas externas. Esses dados mostram que as mulheres, no Brasil, já estariam vivendo em média, 7,8 anos a mais que os homens (72,9 anos, para o sexo feminino e 65,1 anos, para o sexo masculino). Tais dados nos fazem refletir acerca da necessidade de políticas de saúde direcionadas aos homens uma vez que as principais causas da mortalidade masculina, em geral, relacionam-se com a forma de sua socialização e seus estilos de vida.

Mais uma vez utilizando dados do IBGE (2010), contudo excluindo as causas externas, encontramos dados que nos mostram que os homens ainda possuem uma esperança de vida inferior a da mulher.

Para tentar explicar as diferenças encontradas na saúde entre homens e mulheres, Verbrugge (1989) refere-se aos aspectos psicológicos associados à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde.

Estudos sobre diferenças de gênero na saúde em sociedades industrializadas apontam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde (GREEN & POPE, 1999; RESENDE et al, 2011).

Dados brasileiros, obtidos por Pinheiro et al (2002), identificam maior abundância em consultas por parte de mulheres e crianças. Elas declaram mais suas doenças, consomem mais medicamentos, se submetem a mais exames, e avaliam pior o seu estado de saúde. Em contrapartida, é destacado pelo autor que há um maior número de homens internados em situação grave, como também à procura de serviços de emergência.

Acreditamos ser possível relacionar tal fato com o modo no qual os homens encontram-se inseridos em nossa já mencionada sociedade predominantemente patriarcal. Meninos e meninas são criados, desde pequenos, de modos diferentes. As meninas podem ser frágeis, ter dor, chorar, enfim, manifestar livremente seus sentimentos enquanto que os meninos são instruídos a mascarar sentimentos, suportar a dor sem chorar, ser forte, corajoso e protetor.

A masculinidade começa a ser percebida como culturalmente construída, variando segundo as sociedades ou até mesmo no âmbito de uma mesma sociedade. Badinter (1993) aponta que é mais difícil tornar-se um homem do que uma mulher, visto que o menino nasce de

uma mulher e, por isso, deve se preocupar em se diferenciar da mulher durante sua vida, diferentemente da menina.

Assim, julgamos importante neste momento que conceitos como sexo, gênero e masculinidade sejam definidos.

Quando falamos em sexo estamos nos referindo aos aspectos físicos e biológicos do macho e da fêmea, aquelas diferenças que estão nos corpos de homens e mulheres e que não mudam radicalmente, apenas se desenvolvem de acordo com as etapas da vida das pessoas. O sexo determina que as mulheres tem vagina e os homens tem pênis, que depois de certa idade as mulheres começam a menstruar e os homens a ter ejaculação, que somente depois de certa idade começamos a ter pêlos no corpo e que estes se distribuem de modo diferente nos corpos de homens e mulheres e que a gravidez só ocorre no corpo das mulheres (MARTINS, 2004).

Portanto, sexo refere-se a um conjunto de fatores biológicos e gênero a um conjunto de fatores sociais e culturais. Ressaltando-se que as relações de gênero não variam apenas de um povo para outro culturalmente diferente, dentro de uma mesma sociedade, elas mudam de acordo com a classe social, com a raça e com a idade (SILVA, 2000).

Para introduzir o conceito de gênero, primeiramente consultamos o Dicionário, Ferreira (2010) define que “gênero é qualquer agrupamento de indivíduos, objetos, fatos ou ideias que tenham caracteres, especie, classe ou tipo em comum”.

Ao consultarmos estudiosos do assunto, Connell (2009), que nos diz que o conceito de gênero é uma construção sociológica relativamente recente, respondendo à necessidade de diferenciar o sexo biológico de sua tradução social em papéis sociais e expectativas de comportamentos femininos e masculinos, tradução esta demarcada pelas relações de poder vigentes entre homens e mulheres na sociedade. Embora biologicamente fundamentado, gênero é

uma categoria relacional que aponta papéis e relações socialmente construídas entre homens e mulheres. Tornar-se homem ou mulher são processos de aprendizado oriundos de padrões sociais estabelecidos, que são reforçados por normas, mas também por coerção, e modificados ao longo do tempo, refletindo as mudanças na estrutura normativa e de poder dos sistemas sociais.

Já a masculinidade, é compreendida “*como um espaço simbólico que serve para estruturar a identidade de ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados*” (GOMES, 2008). Nesse sentido, situada no âmbito do gênero, a masculinidade representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em uma determinada cultura. Esses atributos, por sua vez, não só se diferenciam ao longo do tempo como também no interior das classes e dos segmentos sociais.

Para melhor demonstrar a complexidade do assunto, podemos focalizar a nossa atenção para a prevenção do câncer de próstata e a dificuldade de promoção de medidas preventivas uma vez que as mesmas demandam a discussão da representação da sexualidade masculina.

No Brasil, o câncer de próstata é, sabidamente, um grave problema de saúde pública. Segundo o INCA, as altas taxas de incidência e a mortalidade por essa neoplasia fazem com que o câncer de próstata seja o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma (INCA, 2011).

Ainda segundo o INCA (2002), a detecção precoce do câncer de próstata é de fundamental importância para que se aumentem as possibilidades de cura. Entre as medidas de detecção precoce, ressalta-se o toque retal realizado por profissionais de medicina.

O toque retal é uma medida preventiva, relativamente de baixo custo. No entanto, é um procedimento que mexe com o imaginário masculino, a ponto de afastar inúmeros homens da prevenção do câncer de próstata. Essa recusa não ocorre, necessariamente, por conta da falta de

informações acerca da efetividade dessa medida preventiva. Quando arrebatados pelo senso comum, homens bem informados, no mínimo, resistem a se prevenirem dessa forma.

Segundo Gomes (2003), fazer o toque retal é uma prática que pode suscitar no homem o medo de ser tocado na sua parte “inferior”. O medo da dor, tanto física como simbólica, pode estar presente no imaginário masculino. O toque, que envolve penetração, pode ser lido como violação e isso quase sempre se associa à dor. Mesmo que o homem não sinta a dor, no mínimo, experimenta o desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado, numa parte interdita.

Esse medo pode ainda se desdobrar em inúmeros outros, Moussas et al (2012) nos alerta que o local onde o câncer se manifesta pode implicar não apenas na terapia e no prognóstico, mas também em questões psíquicas atreladas ao significado que a parte doente representa para o indivíduo. Citamos aqui ainda casos de câncer de colon e reto, diagnosticados tardiamente em homens que admitiram a negligência de sintomas e procrastinação da busca por atenção à saúde por vergonha associada ao local do corpo afetado (KAMEO, 2006; MESQUITA, 2008).

Sabemos que esses medos, entre outros, podem aflorar no imaginário dos homens imersos no senso comum. Mesmo para aqueles homens que conseguem imprimir uma racionalidade aos procedimentos invasivos, não podemos descartar a possibilidade de a situação trazer constrangimentos que não são conscientes para esses homens.

Nesse sentido, mesmo tendo consciência dos possíveis problemas, nem sempre, os profissionais de saúde que se voltam para a prevenção do câncer estão devidamente preparados para lidar com os aspectos simbólicos envolvidos nessa prevenção. Podemos dizer isso não só para aqueles que realizam procedimentos invasivos, mas também para aqueles que planejam as campanhas de prevenção.

No cotidiano da enfermagem, nos deparamos com a necessidade de realização de procedimentos que invadem a intimidade do outro, por exemplo, através da realização do toque retal para detecção de fecaloma ou a administração de um clister. Sendo assim, precisamos nos atentar para o modo como nos posicionamos diante de nossos usuários que irão ser submetidos a tais procedimentos. É importante que seja ressaltado a cientificidade e não a técnica em si. Assim, através da orientação e do conhecimento, enfermeiros objetivam em seu cuidado elucidar o motivo daquele procedimento e assim reduzir o desconforto causado pelo mesmo. Nesse sentido, utilizando essa postura, o objetivo é criar uma relação não de domínio sobre, não de intervenção, mas de interação com os usuários (GEOVANINI, 2004).

Badinter (1993) afirma que a maior razão da vulnerabilidade física dos homens se deve a uma maior vulnerabilidade psíquica, sendo esta, causa advinda de um esforço maior para um homem construir-se como tal. Neste sentido, segundo a autora supracitada, o homem *“para afirmar uma identidade masculina, deve se convencer e convencer os outros de que não é uma mulher, não é um bebê e não é um homossexual”*.

Sendo assim, homens preocupam-se em mostrar-se “homens de fato” e com isso impõem padrões rígidos de pensamento e comportamento. Connell (2009) acrescenta que são os próprios indivíduos que constroem ativamente sua identidade de gênero e seus comportamentos. A identidade de gênero constitui um processo construído ativamente, remodelado e mantido pelas redes de relação de poder criadas social e historicamente. Sendo assim, alguns indivíduos podem adotar condutas que acarretem em prejuízo da autoconservação masculina.

Melhor explicitando tal colocação, observamos que a subjetividade masculina muitas das vezes prejudica ou simplesmente não permite o cuidar-se, visto que o mesmo pode ser confundido como comportamento feminino e assim gerar implicações ou mesmo repercussões

sociais. Cria-se então um fator de risco para os homens que é o silenciamento da necessidade do cuidar-se.

Como culturalmente os homens são criados para assistir e prover podemos entender, em parte, o motivo da dificuldade que os mesmos enfrentam para procurar ajuda ou cuidados de saúde já que tal fato pode fazer com que eles desenvolvam alteração de sua auto-estima.

Outro importante ponto que julgamos necessário abordar é a dificuldade em conciliar o trabalho e o acesso aos serviços de saúde, já que muitas das vezes uma única visita não garante o atendimento e a resolução do problema.

Braz (2005) diz que a própria oferta de serviços de saúde desfavorece os homens, já que os próprios horários de funcionamento dos ambulatórios cessam às 17:00h, o que inviabiliza a procura por atendimento, restando aos mesmos a procura aos serviços de urgência/emergência.

Com isso, torna-se importante citar dados obtidos por Gomes (2006) que reforçam o acima exposto e mostram que os homens procuram mais os serviços de emergência e internam-se em situações mais graves que as mulheres.

Contudo, partindo do pressuposto que homens e mulheres são iguais, principalmente no que se refere ao direito à saúde, torna-se preocupante que os homens nos dias atuais ainda pensem e se comportem de maneira que os prejudique. Também preocupa o fato que nem sempre os profissionais de saúde estejam devidamente preparados para lidar com os aspectos simbólicos atribuídos a masculinidade.

Com essa situação, homens pagam um preço alto por agirem de tal forma, pagam com sua qualidade de vida e saúde. Evidenciando, pelos dados epidemiológicos anteriormente citados, o fato deles recorrerem menos às consultas e morrerem mais cedo que as mulheres.

Tal fenômeno já vem sendo diagnosticado pelos serviços de saúde de nosso país e, assim, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, inaugurou no dia 14 de abril de 2008 o primeiro hospital do Brasil voltado exclusivamente à saúde do homem. A unidade reúne especialidades médicas como andrologia, patologias da próstata e urologia, além dos núcleos de alta resultabilidade (check-up) e de ensino e pesquisa onde são oferecidas ao público, palestras e cursos.

2.2 – O HOMEM EM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO

No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 (que serão válidas também para o ano de 2013) apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no Brasil. Sem os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos da doença.

Para os anos de 2012/2013, são esperados um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. O câncer de pele do tipo não melanoma foi o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata, de mama feminina, de pulmão, de cólon e reto, de estômago e de colo do útero (Brasil, 2011).

A partir destes dados epidemiológicos fornecidos pelo INCA, observamos a tabela abaixo a fim de facilitar a leitura dos dados (tabela 1).

Tabela 1 - Estimativas, para o ano 2012, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária

Localização Primária da Neoplasia	Estimativa de Casos Novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	60.180	-	60.180
Mama Feminina	-	52.680	52.680
Colo do Útero	-	17.540	17.540
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.210	10.110	27.320
Cólon e Reto	14.180	15.960	30.140
Estômago	12.670	7.420	20.090
Cavidade Oral	9.990	4.180	14.170
Laringe	6.110	-	6.110
Bexiga	6.210	2.690	8.900
Esôfago	7.770	2.650	10.420
Ovário	-	6.190	6.190
Linfoma não Hodgkin	5.190	4.450	9.640
Glândula Tireóide	-	10.590	10.590
Sistema Nervoso Central	4.820	4.450	9.270
Leucemias	4.570	3.940	8.510
Corpo do Útero	-	4.520	4.520
Pele Melanoma	3.170	3.060	6.230
Outras Localizações	43.120	38.720	81.840
Subtotal	195.190	189.150	384.340
Pele não Melanoma	62.680	71.490	134.170
Todas as Neoplasias	257.870	260.640	518.510

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

No que tange o sexo masculino (Figura1), observamos que os tumores mais incidentes para este sexo foram o câncer de pele não melanoma, de próstata, de pulmão, de estômago, de cólon e reto, cavidade oral, esôfago, leucemias e pele melanoma.

Figura 1 - Estimativas, para o ano 2012, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária

Localização primária	casos novos	percentual	
Próstata	60.180	30,8%	Homens 
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%	
Cólon e Reto	14.180	7,3%	
Estômago	12.670	6,5%	
Cavidade Oral	9.990	5,1%	
Esôfago	7.770	4,0%	
Bexiga	6.210	3,2%	
Laringe	6.110	3,1%	
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%	
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%	

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Um fato bastante relevante para o câncer é que a maioria dos casos da doença (80%) está relacionada a fatores ambientais, em maior ou menor grau evitáveis. Esses fatores envolvem água, terra, ar, ambiente de consumo (alimentos, medicamentos, fumo, álcool e produtos domésticos), ambiente cultural (estilo, costumes e hábitos de vida) e ambiente ocupacional (op.cit., 2011).

Como homens e mulheres possuem comportamentos sociais distintos, compreendemos as diferenças observadas entre as incidências dos tipos de câncer. Tal compreensão faz-se

importante uma vez que como enfermeiros, busquemos traçar estratégias eficazes ao gerenciar o cuidado.

A abrangência da atuação da enfermagem na atenção oncológica se dá nas esferas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Assim, a conscientização sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais que devem permear a gerência deste cuidado.

Focalizando o homem com câncer e, considerando as diferenças já citadas, destacaremos alguns aspectos importantes. Os cânceres de pulmão e estômago estão entre os que mais afetam os homens. Tal fato nos remete para características comportamentais que precisamos considerar enquanto responsáveis pela gerência do cuidado.

O câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos e o tipo mais letal de câncer no mundo todo. Em 90% dos casos diagnosticados está associado ao consumo de derivados de tabaco. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, sejam fumantes. Pesquisas da OMS comprovam ainda que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Por esta característica, a incidência em homens ainda é maior sendo a principal causa de mortes por câncer nos homens. No Brasil, dados do INCA, confirmam essa tendência mundial e, o número de casos novos de câncer de pulmão para o Brasil nos anos de 2012/2013, será de 17.210 entre homens e de 10.110 nas mulheres.

Além do tabagismo, outros fatores de risco relacionados são certos agentes químicos como o arsênico, asbesto, berílio, cromo, radônio, níquel, cádmio e cloreto de vinila, encontrados principalmente em um ambiente ocupacional que ainda é predominantemente ocupado por homens, fatores dietéticos como o baixo consumo de frutas e verduras, doença pulmonar

obstrutiva crônica como enfisema pulmonar e bronquite crônica, fatores genéticos que predis põem à ação carcinogênica de compostos inorgânicos de asbesto e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos e história familiar de câncer de pulmão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER, 2008).

No que se refere ao câncer de estômago, o pico de incidência se dá em sua maioria em homens, por volta dos 70 anos de idade. Em relação aos fatores de risco, a dieta é um fator preponderante no aparecimento do câncer de estômago assim como pessoas fumantes, que ingerem bebidas alcoólicas ou que já tenham sido submetidas a operações no estômago também tem maior probabilidade de desenvolver este tipo de câncer. Outros fatores ambientais como a má conservação dos alimentos e a ingestão de água proveniente de poços que contém uma alta concentração de nitrato também estão relacionados com a incidência do câncer de estômago (BRASIL, 2011).

Comprovando essas condições acima, a American Cancer Society (2008) apresentam dados epidemiológicos evidenciando que os países em desenvolvimento possuem incidência maior desta neoplasia quando comparados aos países desenvolvidos.

Uma característica comum aos cânceres de pulmão e estômago é que ambos são difíceis de serem descobertos em estágio inicial por apresentarem sintomas inespecíficos e comuns em doenças rotineiras como, por exemplo, resfriado ou gastrite. Assim, sendo o homem já sabidamente mais procrastinador no que se refere à sua saúde, a doença pode desenvolver-se silenciosamente, sem diagnóstico e agravar-se (GOMES, 2003).

Ao gerenciar o cuidado a esses homens, primariamente, o enfermeiro precisa desenvolver ações contra o tabagismo e o alcoolismo através do esclarecimento dos malefícios de ambos, estímulo aos bons hábitos alimentares, orientação quanto aos riscos ocupacionais e atenção

contra a poluição ambiental. Em fases posteriores, as ações devem visar o rastreamento, a detecção precoce, o acompanhamento e orientação durante todo o tratamento, educação para a reabilitação e, ainda, medidas de alívio de sintomas e promoção do conforto na fase paliativa (BRASIL, 2011).

Na especificidade do homem, encontramos os cânceres de próstata, pênis e testículos. Embora ainda existam controvérsias, fatores como alterações hormonais parecem exercer efeito sobre o desenvolvimento destes tipos de câncer. Outros fatores importantes são fatores culturais e sócio-econômicos.

O câncer de próstata é responsável pela segunda causa de óbito por câncer em homens. Para os anos de 2012/2013, 60.180 novos casos da doença estão previstos. O aumento da taxa ocorrido nos últimos anos pode ser parcialmente explicado pela melhora dos métodos diagnósticos, pela melhoria dos sistemas de informação no país e pelo aumento da expectativa de vida do brasileiro (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco para a doença são, assim como em outros cânceres, a idade, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam exponencialmente após a idade de 50 anos. História familiar de pai ou irmão com câncer da próstata antes dos 60 anos de idade pode aumentar o risco de câncer em 3 a 10 vezes em relação à população em geral, podendo refletir tanto fatores hereditários quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias (BRASIL, 2002).

Levando em conta a relação custos/benefícios, definiu-se que a melhor forma de diagnosticar o câncer da próstata é representada pela combinação de toque digital e dosagem do PSA (Prostate-Specific Antigen - Antígeno Prostático Específico), sendo o diagnóstico

diferencial efetuado pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata, que deve ser considerado sempre que houver anormalidades no toque retal ou na dosagem do PSA (op.cit.,2002).

O tratamento é definido em função da perspectiva de vida do paciente e do estadiamento da doença. Sabe-se que tratamentos para o câncer de próstata podem gerar alterações físicas, psicológicas e sociais, contudo, entre os fatores mais temidos pelos homens encontra-se a alteração físico-psicológica que é a alteração da sexualidade. Os tratamentos podem influenciar na sexualidade do homem, ocasionando perda do desejo sexual e disfunção erétil.

Witten e Lampert (1999) afirmam que além de efeitos fisiológicos do tratamento da doença, disfunções sexuais podem surgir decorrentes do medo da ameaça à vida, do isolamento, da perda da auto-estima muitas vezes relacionada à imagem corporal alterada.

Diversos estudos nos mostram ainda que o câncer de próstata é um “diagnóstico da relação” e não individual uma vez que, devido à idade em que ocorre, comumente os homens afetados são casados ou ainda tem relação estável com parceira (GRAY et. al.,1999; GORE et al, 2005). Sendo assim, um importante aspecto é envolver o casal nas orientações e opções de tratamento para que estratégias de enfrentamento e superação sejam realizadas pelo casal. Embasando tal colocação, Maliski (2002) nos mostra que homens casados apresentam maior sobrevida e melhor qualidade de vida quando comparados a homens solteiros, divorciados ou viúvos.

Ainda na especificidade do homem, o câncer de pênis é um tumor com maior incidência em indivíduos a partir dos 50 anos de idade, representa 2% de todos os casos de câncer no homem, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste. Está relacionado às baixas condições sócio-econômicas e de instrução, à má higiene íntima e a indivíduos não

circuncidados. Outro fator para o alto índice da doença no Brasil é cultural. Conforme exposto pela Sociedade Brasileira de Urologia (2008), diferentemente da mulher, o homem é mais resistente na hora de procurar o médico, ao apresentar sintomas como feridas. Eles acabam utilizando remédios caseiros e, quando o câncer de pênis é detectado, a doença já está avançada.

No que se refere ao câncer de testículo, este é um tumor menos frequente, mas com a agravante de ter maior incidência em pessoas jovens em idade produtiva. Dentre os tumores malignos do homem, 5% ocorrem nos testículos. O câncer de testículo atinge principalmente homens entre 15 e 50 anos de idade.

O INCA nos chama a atenção, pois o fato de ter maior incidência em pessoas jovens e sexualmente ativas possibilita a chance do câncer de testículo ser confundido ou até mesmo mascarado por inflamações dos testículos e dos epidídimos, geralmente transmitidas sexualmente. Uma importante ação é a orientação do usuário pois, se após a administração de medicamentos, não ocorrer melhora do inchaço ou sintoma, é recomendável que o mesmo procure atendimento novamente.

Sendo assim, diante do acima exposto compreendemos que homens nesta condição podem apresentar alterações nas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

O enfermeiro precisa estar preparado ainda para orientar sobre o estilo de vida sexual, ao lado de outras doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que a saúde e o comportamento dos homens influenciam diretamente na vida das mulheres. Assim, a promiscuidade sexual, a falta de higiene, a precocidade do início da vida sexual, bem como a pobreza, a variedade de parceiros, estão relacionados e contribuem à propagação de agentes sexualmente transmissíveis, capazes de induzir ao câncer (BRASIL, 2008).

Sobretudo, como enfermeiros que gerenciam o cuidado, precisamos ter um olhar atento e sensível a fim de diagnosticarmos e traçarmos ações e intervenções que devem ser fundamentalmente particulares e em resposta às necessidades individuais.

2.3 – A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Ao longo dos anos, grandes mudanças tem ocorrido o que exige que indivíduos e organizações se adaptem às mesmas. Sendo assim, as filosofias da administração e gestão apresentaram grandes transformações. Para entendimento destas mudanças e transformações, realizaremos uma breve contextualização.

No século XIX, a enfermagem, como outras profissões, foi marcada pelo sistema capitalista e incorporou alguns prenúncios das teorias administrativas na sua prática profissional, a partir da ciência da administração. Mais especificamente, pelos princípios da administração científica de Taylor e da teoria clássica de Fayol, foram identificadas as funções administrativas de planejamento, organização, comando, coordenação e controle (MARQUIS & HUSTON, 2010).

Considerando o período pós-guerra no qual estas teorias foram desenvolvidas, no qual o pleno capitalismo industrial acontecia, a gerência proposta era um instrumento para este modo de produção. Este período de crescimento do capitalismo perdurou até meados dos anos 1970 quando se deu o esgotamento do anterior regime de acumulação. A partir deste período, começam a ocorrer transformações nos padrões de consumo e produtos, emergindo assim a administração flexível, decorrente de mudanças lentas nas filosofias e nas gestões administrativas. A nova gestão compreende o processo de encaminhamento da empresa para

adquirir capacidade de resposta e sensibilidade, em curto prazo, diante das alterações no ambiente externo e das novas formas de concorrência, decorrentes do quadro de instabilidade no plano operacional das empresas e das inovações tecnológicas constantes. Essas mudanças surgem também no setor saúde e na enfermagem que, inserida neste contexto, as incorpora (FELLI & PEDUZZI, 2010).

A enfermagem tem sua gênese marcada pelo Modelo Nightingale e entendemos assim que a enfermagem moderna já surge exercendo a gerência. Tal afirmação se dá, pois a enfermagem assume tanto a organização do ambiente quanto a organização e treinamento dos agentes de enfermagem. Florence instituiu disciplina rigorosa em seus agentes, assim como também o processo de hierarquia. Havia os profissionais que gerenciavam as atividades de enfermagem e os profissionais que executavam os cuidados diretos aos doentes. As administradoras ela chamava de *lady nurses* e as prestadoras de cuidados chamavam-se *nurses* e deste modo surgiu a divisão social do trabalho da enfermagem. A gerência deste cuidado ainda se encontra predominantemente pautada nos conhecimentos oriundos das correntes funcionalistas tradicionais, às concepções administrativas de Taylor e Fayol (op. cit, 2010).

Contudo, diante das mudanças e transformações ocorridas nos anos 1970 anteriormente citadas, a enfermagem também encontra necessidade de incorporar novos mecanismos de gestão, menos mecanicistas e mais dinâmicos.

De modo mais claro, Felli e Peduzzi (2010) nos dizem que a gerência tomada enquanto processo de trabalho pode ser executada através de dois grandes modelos que são o modelo racional e o modelo histórico-social.

O modelo racional fundamenta-se, mais especificamente, na Teoria Geral Administrativa. Neste modelo, influenciado pela teoria taylorista, a tarefa da administração é interpretar os

objetivos propostos pela organização e transformá-los em ações organizacionais através do planejamento, da organização, da direção e do controle de todas as áreas institucionais. Sendo um modelo centrado na organização, é atribuída a existência de um objetivo geral que é perseguido por todos os segmentos da organização, deixando de evidenciar as constantes disputas em torno de objetivos corporativos, limitando a capacidade de intervenção na realidade. Na atualidade, este modelo exclusivamente, não dá conta, na maioria das vezes, da dinamicidade que caracterizam as organizações de saúde.

O modelo histórico-social, com foco nas práticas sociais busca, de outro modo, responder às contradições e tensões presentes no cotidiano dos serviços e volta-se de modo particular para a satisfação das necessidades de saúde da população, com base na autonomia dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado. Assim, as rápidas mudanças do atual mundo globalizado e repleto de avanços tecnológicos, conseguem espaço para serem atendidas, uma vez que a organização tem caráter flexível.

Entendemos que realizar a gerência do cuidado implica em tê-lo como foco das ações profissionais e em utilizar os saberes administrativos no sentido de sua concretização. Essa concretização pode ocorrer através de ações diretas do enfermeiro com o indivíduo, por intermédio de delegação ou articulação com outros profissionais da equipe de saúde. A esse encontro, Rossi e Silva (2005) afirmam que o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja e avalia os resultados do processo de cuidado, quando o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o indivíduo, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado.

No que se refere à especialidade da oncologia, a atuação da enfermagem evoluiu e seu foco abrange o paciente, sua família e a comunidade, visando a educação, provendo suporte

psicossocial, possibilitando a terapia recomendada, selecionando e administrando intervenções que diminuam os efeitos colaterais da terapia proposta, participando na reabilitação e provendo conforto e cuidado (MENEZES, 2007). Assim, o enfermeiro que gerencia o cuidado na oncologia precisa conhecer o indivíduo que cuida, pois cada um costuma reagir de maneira única diante do câncer (DEITOS, 2004).

Sendo assim, vamos ao encontro do pensamento de Backes e Erdmann (2009) quando afirmam que o enfermeiro que gerencia o cuidado precisa ser criativo e valorizador da participação dos usuários e dos membros da equipe, sendo fundamental que o mesmo se aproprie efetivamente do processo de cuidar. O grande desafio na gerência do cuidado, ainda sob a ótica dessas autoras, está em conceber o cuidado a partir de uma rede de relações, interações e associações entre os sujeitos deste processo.

Nesse sentido, observamos que a gerência do cuidado de enfermagem na atualidade busca a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial, focando suas ações no usuário. A articulação dessas duas dimensões implica em um desafio para o enfermeiro que precisa atender as necessidades não apenas do usuário, mas também os membros de sua equipe de trabalho e instituição.



Tela: Flower Garden – Vincent Van Gogh

CAPÍTULO III

“O estudo em geral, a busca da verdade e da beleza são domínios em que nos é consentido ficar crianças toda a vida”.

Albert Einstein

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para apresentarmos o espaço teórico-metodológico desta pesquisa, nos apropriamos de De Bruyne et al (1991) que nos apresentam o campo da prática científica de forma peculiar. Segundo os autores supracitados, o campo científico é estruturado a partir de uma metodologia geral em quatro pólos distintos que se complementam e interagem enquanto eixos de uma mesma prática metodológica: o pólo epistemológico, o pólo teórico, o pólo morfológico e o pólo técnico.

O pólo epistemológico tem a função de determinar as regras de produção do conhecimento, exercendo uma vigilância crítica. É comparado a um motor interno, de algum modo obrigatório, na investigação do pesquisador. Neste campo são colocadas questões epistemológicas que contribuem na resolução de problemas práticos e na elaboração de soluções teóricas válidas.

O pólo teórico guia a elaboração das hipóteses e a construção dos conceitos. É o lugar onde são propostas as regras de análise e interpretação da realidade a fim de subsidiar soluções para as problemáticas. Isto é, é o local onde os referenciais teóricos adotados são conjugados, tornando possível a criação de conceitos.

O pólo morfológico é a instância que anuncia as regras de estruturação, de formulação do objeto científico, impondo-lhe certa figura ou modelo e estabelecendo ordem entre seus elementos. Funciona como um espaço arquitetônico que articula os conceitos, os elementos e as variáveis descritas nos pólos epistemológico e teórico, permitindo a construção do objeto científico através de modelos aplicativos.

O pólo técnico controla a coleta dos dados. Estabelece as regras para obtenção dos mesmos e esforça-se por constató-los para posteriormente poder confrontá-los com a teoria que os suscitou.

Para De Bruyne et al (1991), a prática metodológica de uma pesquisa consiste nas escolhas desses pólos e na interação dos mesmos introduzindo um modelo topológico e não cronológico da pesquisa. Os quatro pólos não constituem momentos separados da pesquisa, mas aspectos particulares de uma mesma realidade de produção científica. Eles constituem um espaço metodológico no interior do qual diversas vias podem ser seguidas.

No presente estudo, buscamos compreender os significados da interação da masculinidade do homem que experencia o adoecimento do câncer com a gerência do cuidado de enfermagem. Sendo assim, um desenho de pesquisa qualitativa faz-se o mais adequado para esse ambiente uma vez que torna possível responder a questões muito particulares como o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reproduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

Nessa perspectiva, justificamos nossa opção por trabalhar com o espaço metodológico quadripolar apresentado por De Bruyne et al (1991), acreditando que o mesmo proporciona melhor visualização da coerência metodológica do estudo, garantindo rigor e cientificidade a esta pesquisa.

A fim de ilustrar o acima descrito, construímos a Figura 2, onde é exposto o espaço metodológico quadripolar adotado nesta pesquisa.

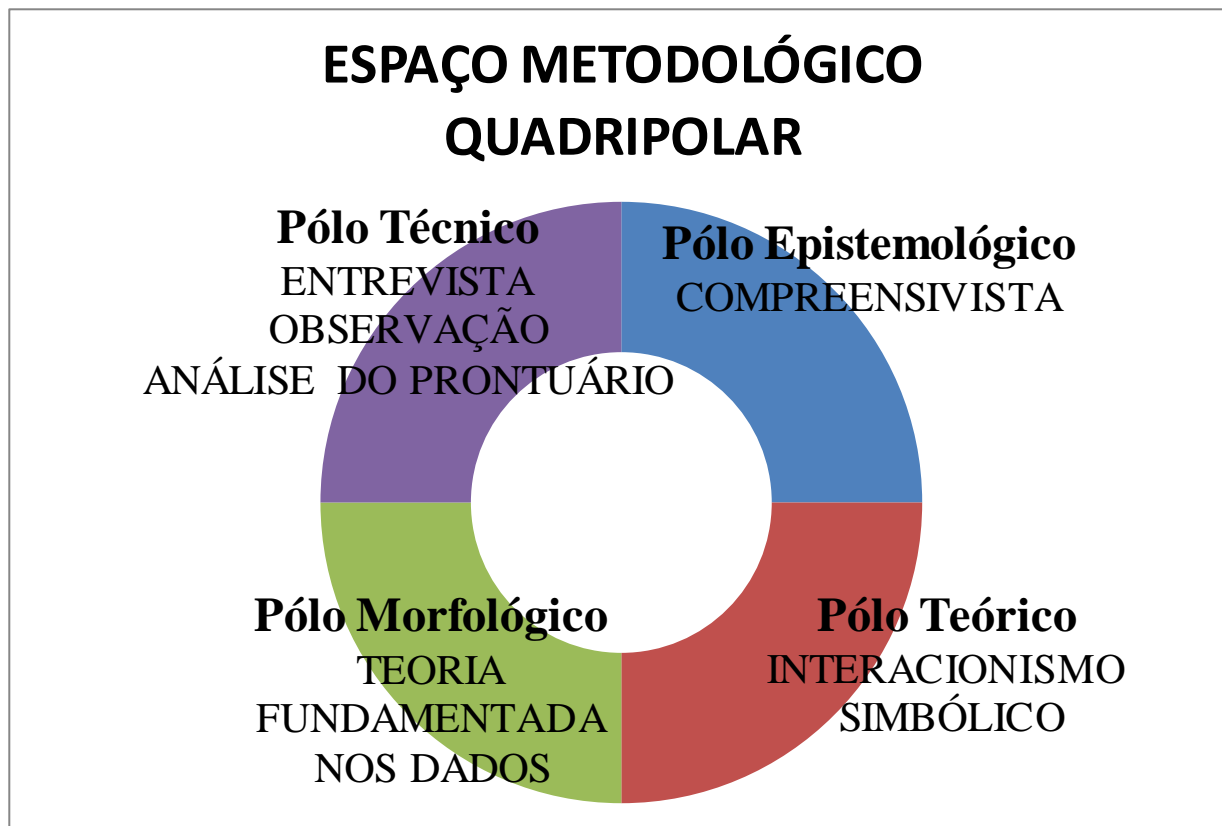


Figura 2 - Representação do Espaço Metodológico Quadripolar desta pesquisa. Adaptação da autora do espaço quadrangular de De Bruyne.

3.1 – PÓLO EPISTEMOLÓGICO DA PESQUISA - COMPREENSIVISTA

A visão de mundo adotada nesta pesquisa é a compreensivista pois esta privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais mostrando que o significado e a intencionalidade são distintos dos fenômenos naturais (MINAYO, 2007). Ao enfatizar esses aspectos, mostra-se uma abordagem coerente com os objetivos deste estudo que buscam compreender os significados da interação da masculinidade com a gerência do cuidado de enfermagem no processo de adoecimento dos homens com câncer.

A Sociologia Compreensiva foi proposta pelo sociólogo alemão Max Weber (1864-1920), sendo este considerado um dos principais sociólogos da modernidade. Weber observou

que as ciências sociais deveriam possuir modelos de explicação próprios, diferentes dos modelos utilizados pelas ciências naturais e, assim, propõe compreender a ação humana a partir do sujeito, em toda sua complexidade. Isto é, para a sociologia compreensiva de Weber a orientação é não partir de uma receita pré-determinada, uma vez que mais vale descobrir as diversas dimensões que influenciam a ação humana estudada que guiar-se por conceitos deterministas (JAPIASSU, 1992).

Assim, ao observarmos que a temática trabalhada nesta pesquisa envolve imprevisibilidade, uma vez que cada homem constrói sua masculinidade de acordo com variáveis socio-culturais e interação com outras pessoas, consideramos que a abordagem compreensiva proposta por Weber é a que melhor se adequa para nos ajudar a atingir nossos objetivos.

3.2. PÓLO TEÓRICO DA PESQUISA - O INTERACIONISMO SIMBÓLICO (IS)

Buscando um referencial teórico que nos fornecesse fundamentos para compreender os significados da masculinidade e sua interação com a gerência do cuidado de enfermagem atribuído pelos homens que experenciam o processo de adoecimento pelo câncer, encontramos no Interacionismo Simbólico (IS) esses fundamentos, uma vez que este referencial permite um olhar sobre como as pessoas podem construir seus comportamentos, individual e coletivamente, e a interação social (BAZZILI *et al*, 1998).

O Interacionismo Simbólico é um referencial originado da psicologia social e, assim, sua abordagem permite um olhar compreensivo para causas e significados ocorridos na esfera social. Iniciou-se com as ideias de George Mead no final do Século XX, inicialmente denominada behaviorismo social, uma vez que seus pensamentos descreviam o ato social como um

comportamento observável e não observável. Contudo, Mead tem suas ideias organizadas e publicadas apenas anos mais tarde, após sua morte, por Herbert Blumer em 1931. Esta publicação, intitulada *Mind, Self and Society* é considerada como um marco referencial nas pesquisas sociais e torna-se base do pensamento interacionista (COULON, 1995).

O IS busca conhecer o significado do fenômeno, isto é, o significado que o ser humano atribui às suas experiências. Assim, esse referencial se preocupa em compreender os aspectos internos experimentais da conduta humana, ou seja, a maneira como as pessoas percebem os fatos ou a realidade à sua volta e como elas reagem em relação às suas convicções; trata da interação social das pessoas, seus sentimentos e atitudes, a partir dos significados interpretados (BLUMER, 1969).

Para tal, o Interacionismo Simbólico baseia-se em três premissas básicas:

- 1- Os seres humanos procuram agir, em relação às coisas, com base nos significados que elas tem para eles. Entendem-se por “coisas” tudo o que o indivíduo nota em seu mundo - objetos físicos, outros seres humanos, individualmente ou em grupos, instituições, princípios orientadores, atividades dos outros, bem como as situações da vida cotidiana. O significado que tudo isso tem para o indivíduo influencia a formação do comportamento, e conhecê-lo é o que pode nos levar a compreender a ação humana.
- 2- O significado das coisas é derivado ou surge da interação social que os homens estabelecem uns com os outros. Os significados são produtos sociais que surgem da interação.
- 3- Os significados podem ser manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo indivíduo quando lida com as coisas que ele encontra.

Contextualizando essas premissas neste estudo, pensamos que a perspectiva de gênero para a reflexão das condições da saúde do homem com câncer perpassa pelo processo de socialização desses homens. Assim, o IS nos possibilitará evidenciar crenças, valores e significados para a construção do mundo social no qual esses homens se inserem, fornecendo assim dados e ferramentas para o enfermeiro que gerencia esse cuidado.

Neste contexto, faz-se importante destacar alguns conceitos importantes que constituem o Interacionismo Simbólico. São eles: Símbolos, Interação, Ser Humano, Self, Mente, Sociedade e Ação.

✓ Símbolos

São a representação de alguma coisa podendo ser objeto, ação ou palavra. Os símbolos permeiam os pensamentos, as ações e representam uma intencionalidade (DUPAS *et al*, 1997).

Assim, compreender que os símbolos são formados por interações nos leva a concluir que os mesmos podem assumir diferentes significados.

Mesquita (2009) identifica significados distintos no discurso sobre “ser homem” onde alguns reproduzem a imagem hegemônica do “machão” e outros já assumem comportamentos e discursos distintos, se permitindo demonstrar fragilidades e necessidades. A autora supracitada ressalta que a diferença de significados mostra-se associada às experiências individuais e coletivas vivenciadas no processo do adoecimento por câncer.

✓ Interação

Valadares (2006) nos esclarece que a interação é mais do que acontece entre as pessoas, sendo também resultado da nossa própria interação. A interação ocorre como resultado do que acontece dentro das pessoas e como as mesmas interagem umas com as outras. Mesquita (2008) experencia a interação com homens em tratamento antineoplásico e revela que o cuidado e a

ajuda emergiram da interação e comunicação entre usuário e profissional, devendo o mesmo “colocar-se no lugar do outro” para identificar suas necessidades.

✓ Ser Humano

Na perspectiva interacionista, o ser humano é o único ser na natureza capaz de interpretar símbolos e adaptar-se frente aos mesmos (MEAD, 1973). Assim, o ser humano também é capaz de modificar a natureza dos símbolos, atribuindo-os novo significado, gerando mudanças no processo de interação.

✓ Self

Mead (1973) nos revela que o ser humano age em relação a si mesmo da mesma forma como age em relação aos outros. O self tem caráter dialético e é composto pelo “EU” e pelo “MIM”. O “EU” é a atitude impulsiva do ser, imprevisível. O “MIM” obedece regras, é construído a partir da relação que estabelece numa sociedade, refletida na capacidade de alguém de julgar e interpretar símbolos. O “MIM” contém as visões que os seres humanos tem de si mesmos como os outros os veem. Ao passo que o “EU” encerra os desejos interiores do indivíduo, o “MIM” é a fonte de reflexão sobre como o indivíduo deveria atuar em uma situação particular a luz de como seus comportamentos serão vistos pelos outros.

✓ Mente

É uma ação interativa simbólica dirigida ao *self*, com vistas a comunicação com o mesmo através da manipulação dos símbolos. A ação humana é compreendida como uma resposta a essa interpretação/significação dos objetos (CHARON, 1989).

✓ Sociedade

Fuly (2009) nos diz que o homem é um ser social que no constituir da sociedade estabelece interações tão marcantes onde é impossível uma dissociação da ideia de homem da ideia de sociedade. Assim, a sociedade representa o contexto onde o *self* encontra seu lugar.

✓ Ação

Blumer (1969) nos apresenta a ação como individual e coletiva. A individual é aquela desenvolvida pelo indivíduo através de suas vivências, utilizando percepção e interpretação própria e a coletiva trata das interpretações que os indivíduos tem frente às ações dos outros.

Assim, elegemos o IS como referencial teórico deste estudo, por ele trazer ao pesquisador a possibilidade de focalizar sua análise no significado simbólico, a fim de entender o comportamento dos sujeitos como se ele estivesse no lugar dele, ou seja, entender o mundo a partir da perspectiva do sujeito (SANTOS e NÓBREGA, 2002).

Nesse sentido, o IS nos permite compreender os significados e interpretar os fenômenos presentes na interação do homem que experencia o processo de adoecimento pelo câncer com o enfermeiro que gerencia o cuidado de enfermagem.

Tendo em vista o acima exposto, observamos que esse referencial teórico tem sido bastante utilizado na enfermagem uma vez que os enfermeiros estão a todo momento construindo suas ações através do processo interativo com as pessoas, sejam elas usuários, membros da equipe de enfermagem ou membros da equipe multiprofissional.

A Figura 3 traz uma representação esquemática da interpretação da autora sobre o processo interativo do homem inserido em nossa sociedade quando se depara com o câncer.

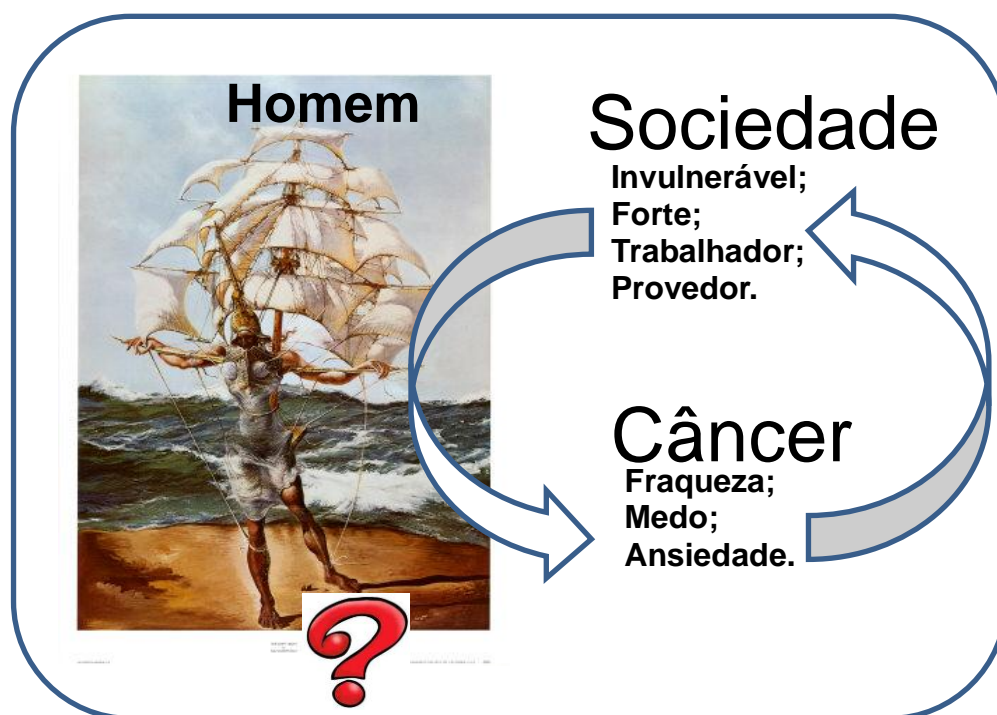


Figura 3 - Representação à luz do Interacionismo Simbólico dos preceitos da pesquisa, segundo a autora. Fonte: Adaptação da autora da pintura The Ship. Dali, Salvador; 1934.

3.3. PÓLO MORFOLÓGICO - A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Tendo sido apresentados os pólos epistemológico e teórico, apresentamos agora o pólo morfológico eleito como o mais coerente para desenvolvimento deste estudo.

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) apresentou-se como o modelo que melhor se aproximava das delimitações metodológicas desta pesquisa e, portanto, foi eleita como pólo morfológico da mesma.

Considerando a importância da historicidade na construção do conhecimento, é válido ressaltar o contexto do surgimento deste referencial, na Escola de Chicago, para melhor compreensão, inclusive, das pretensões da TFD. A Escola de Chicago é uma sociologia urbana,

que realizou estudos de cunho qualitativo, em especial, na busca de soluções para os problemas políticos e sociais, com destaque para a criminalidade em decorrência, principalmente, das sucessivas ondas migratórias que a cidade de Chicago enfrentava no início do século XX (COULON, 1995).

Inicialmente, Chicago teve destaque na produções de paradigma qualitativo, tendo sido considerado o reino desta corrente filosófica, mas em um segundo momento, foi igualmente enaltecido no que diz respeito às produções oriundas do paradigma quantitativo. Essas duas influências paradigmáticas caracterizam bem a TFD, que apesar da abordagem qualitativa, segue o método rigoroso na coleta e análise dos dados e concepções sistemáticas, tal como evidenciado nos métodos quantitativos.

A TFD foi construída na década de 1960, a partir das contribuições de Anselmo L. Strauss, discípulo da Escola de Chicago e explorador do método qualitativo, e Barney G. Glaser, da Universidade da Columbia, explorador do método quantitativo. Como seu próprio nome indica, finaliza construir uma teoria com base nos dados investigados para elucidar um determinado fenômeno presente na realidade. Trata-se de um referencial metodológico que valoriza os significados das coisas, considerando a relação entre o sujeito cognoscente e o objeto observado, na busca do conhecimento. Tem valor a partir do momento que gera uma teoria baseada em dados, como seu próprio nome diz (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Com relação à teoria construída a partir da aplicação do referencial metodológico da TFD, duas teorias podem ser formadas: a teoria substantiva (compreende os resultados de uma dada realidade); e a teoria formal (deixa de abranger apenas a realidade específica, podendo ser aplicada de forma generalizada) (CASSIANI *et al*, 1996). Nesse estudo, será lançada uma teoria substantiva relacionada com o objeto que se pretende explorar, a gerência do cuidado de

enfermagem a partir da perspectiva de gênero de homens com câncer, na dada realidade específica, que é o momento da realização do tratamento antineoplásico.

Segundo Strauss e Corbin (1990), a TFD possui algumas características, a saber:

- 1- A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa, sendo direcionada conforme exigência dos dados coletados;
- 2- Os dados são coletados e analisados concomitantemente, por exemplo, ao entrevistar um sujeito o pesquisador já inicia o processo de análise previamente à entrevista seguinte, permitindo ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, conforme exigência dos dados coletados;
- 3- O método é circular e, por isso, permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, reveladas pelos dados que vão entrando em cena;
- 4- As teorias são geradas a partir de áreas de pesquisa empírica, de campo. O conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e as ações humanas;
- 5- Há cautela quanto à influência excessiva na percepção do pesquisador, principalmente, através do uso limitado da literatura antes e durante a análise;
- 6- As hipóteses são criadas a partir do processo da coleta e análise dos dados, e não antes;
- 7- Trabalha com o conceito de amostragem teórica, ou seja, com a possibilidade do pesquisador buscar seus dados em locais ou através do depoimento de pessoas que indicam determinado conhecimento acerca da realidade a ser estudada;
- 8- Utiliza memorandos como registros ao longo da pesquisa de campo, pois representam as formas escritas de nossos pensamentos abstratos sobre os dados e os diagramas, que são representações gráficas das relações entre os conceitos.

Objetivando dar uma melhor ideia das etapas percorridas, apresentamos um esquema, didaticamente proposto por Cassiani *et al* (1996):

A) Coleta de dados empíricos;

B) Procedimentos de codificação ou análise dos dados

- ✓ Codificação aberta
- ✓ Codificação axial ou formação e desenvolvimento do conceito
- ✓ Codificação seletiva ou modificação e integração do conceito

C) Delimitação da teoria

Ressaltamos que o esquema acima é meramente didático uma vez que uma grande diferença dessa metodologia das demais é a simultaneidade, isto é, as etapas de coleta e análise dos dados ocorrem ao mesmo tempo, em comparação constante.

Como podemos observar, o primeiro passo que o pesquisador deve realizar é a coleta de dados empíricos, utilizando as técnicas que foram eleitas tendo em mente o espaço metodológico desenhado e o que se busca atingir de objetivos.

Logo em seguida, tem início os processos de codificação ou análise dos dados, começando então o ir e vir do pesquisador, imergindo-se nos dados. A codificação acontece com os dados sendo reorganizados, relacionados e conceitualizados. Assim, tem início a chamada codificação aberta.

A codificação aberta é marcada por três fases: fase de codificação dos dados, onde os dados são lidos linha a linha e o pesquisador estabelece códigos; fase de categorização, onde os códigos começam a ser comparados pelo pesquisador, sendo rearrumados de acordo com semelhanças e diferenças; fase de construção de conceitos, onde as categorias começam a ser

agrupadas pelo pesquisador devendo o mesmo manter-se atento para novos dados, comparando-os e selecionando-os (CASSIANI *et al*, 1996).

Sutilmente, vai se iniciando a segunda fase de codificação que é chamada de codificação axial. Nesta fase, os conceitos vão se formando de forma mais consistente e o pesquisador começa a expandí-los na tentativa de vislumbre da teoria, que já pode começar a se evidenciar nessa fase. O pesquisador, baseando-se no ponto de vista dos sujeitos, tendo em mente a cena social dos mesmos, observa como os próprios lidam com o problema em foco e tenta descobrir o principal problema em questão.

A codificação axial é marcada por etapas de redução e amostragem seletiva dos dados. A redução tem como objetivo diminuir o número de categorias a partir de minuciosa análise e comparações dos dados. Isto se dá através da identificação de correlações e elos encontrados entre as categorias. A amostragem seletiva de dados é a coleta intencional de dados que busquem complementar e intensificar a teoria emergente, ela procura expandir, dimensionar e limitar propriedades das categorias.

Após a codificação axial, tem início a terceira fase de codificação que é a codificação seletiva. Nessa fase, o objetivo principal é a compreensão dos fenômenos e a descoberta da categoria central, que ocorre através da modificação e integração dos conceitos. Essa última etapa ocorre quando as categorias já estão teoricamente saturadas e é considerada por Glaser e Strauss (1967) como sendo a etapa de delimitação da teoria, uma vez que é nesta etapa que a categoria central emerge a partir das relações teóricas entre as condições causais, o fenômeno, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias e consequências.

Assim, na TFD o pesquisador estabelece uma teoria de pequeno ou médio porte que emergiu graças às interrelações entre conceitos que possibilitaram a uma nova explicação do

fenômeno. Trezza (2002) esclarece que a diferença entre essa forma de construção de teorias e outros métodos, está no fato, de que em vez do pesquisador trabalhar com o fenômeno e conceitos previamente estabelecidos, ele (re)descobre o fenômeno, constrói conceitos acerca do mesmo, partindo do mundo real (dados) e, por fim, os inter-relaciona através de um cuidadoso trabalho teórico de abstração para chegar à teoria ou à nova explicação acerca do fenômeno.

A construção da teoria formulada através da TFD possuiu vertente dedutiva assim sendo, Strauss e Corbin (2008) recomendam que o modelo teórico ao final do estudo, representado de forma diagramada a partir da aplicação dos elementos do modelo paradigmático, significando uma forma de interpretação abstrata do pesquisador, deve ser validada, a fim de determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e também determinar se algo importante foi subtraído do esquema teórico.

3.4 – PÓLO TÉCNICO – ENTREVISTA, OBSERVAÇÃO NÃO-PARTICIPANTE E ANÁLISE DOCUMENTAL DO PRONTUÁRIO

De acordo com o anteriormente exposto, entendemos que o pesquisador precisa identificar um pólo técnico que forneça um caminho prático, de acordo com os demais pólos do espaço metodológico desenhado, especialmente em consonância com os pólos teórico e morfológico.

Observamos que a fundamentação para a construção da teoria que nos propomos tem como base os dados coletados em campo e, como consideramos essa temática complexa, envolvendo significados e experiências, as técnicas foram combinadas na intenção de se complementarem na obtenção dos dados. Assim, com a finalidade de obtermos esses dados,

utilizamos como pólo técnico deste estudo a entrevista semi-estruturada (apêndices C e G), a observação não-participante (apêndice D) e a análise documental do prontuário do usuário.

Vamos ao encontro de Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998) ao crer na entrevista como uma técnica útil para quando o pesquisador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte da vida cotidiana. A entrevista semi-estruturada consiste em uma opção recomendada para quem operacionaliza o pólo morfológico com a TFD uma vez que esta técnica permite maior flexibilidade ao pesquisador, isto é, permite que o mesmo redesenhe seu instrumento à medida que sente necessidade, a fim de esclarecer dados emergentes.

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e posteriormente transcritas, iniciando o processo de análise dos dados. Os dados da observação foram registrados manualmente pela pesquisadora durante seu período no campo, bem como a análise do prontuário do usuário.

A observação não-participante do campo foi guiada com base em um roteiro construído para observar o comportamento dos homens durante sua permanência na sala de quimioterapia, com o objetivo de fornecer mais dados para atender uma perspectiva sistêmica do fenômeno.

A pesquisadora elaborou ainda dois instrumentos para caracterização do perfil dos sujeitos, um contendo dados sócio-demográficos (Apêndice E) que era preenchido no início da entrevista e outro, preenchido após a entrevista, contendo dados clínicos colhidos nos prontuários (Apêndice F).

Memorandos foram elaborados ao longo da coleta de dados pela pesquisadora. Strauss & Corbin (2008) afirmam que os memorandos podem ser registrados de forma escrita ou através de diagramas e devem ser conceituais ou analíticos e não descritivos. Os memorandos criados nesse

estudo foram elaborados de forma escrita e tiveram cunho teórico, metodológico e reflexivo, dependendo da necessidade que o dado despertou na pesquisadora.

A coleta e análise dos dados ocorreram em dois períodos, entre Maio a Agosto de 2011, quando foram coletados os dados do primeiro grupo amostral e entre Março a Julho de 2012, quando ocorreu a coleta dos dados do segundo grupo amostral. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, individualmente, no ambulatório de oncologia do Hospital Federal de Bonsucesso.

O início da análise dos dados ocorreu logo após a primeira observação e entrevista, gerando informações que induziram e conduziram o pesquisador a realizar modificações/adaptações para a coleta de dados subsequente. Assim ocorreu durante todo o processo de coleta de dados, seguindo as recomendações de Strauss e Corbin (2008), a pesquisadora realizou a entrevista, a transcreveu, analisou e decidiu por manter/adaptar/alterar sua abordagem para a próxima entrevista.

Um desafio para quem trabalha com essa metodologia é manter o equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade necessárias para quem trabalha com a TFD. Segundo Strauss e Corbin (2008), objetividade e subjetividade são igualmente necessárias, uma vez que a objetividade favorece a interpretação do fenômeno de forma acurada e imparcial, livre das concepções e crenças do pesquisador, enquanto a sensibilidade é importante para perceber sutilezas e os significados dos dados, bem como reconhecer as conexões entre os conceitos.

3.5 – TRILHANDO O CAMINHO DA PESQUISA

*“É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer.”
(ARISTÓTELES)*

Após construir o objeto do estudo, objetivos e o espaço metodológico da pesquisa, demos início ao processo investigativo que abaixo apresentaremos, descrevendo com maiores detalhes.

3.5.1 - REVELANDO O CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário desta pesquisa foi o Ambulatório de Oncologia do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), situado no bairro de Bonsucesso, zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, na Área Programática 3.1 (AP 3.1) do Município do Rio de Janeiro, atualmente cadastrada no Ministério da Saúde como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON - I.

Entende-se por CACON o hospital que possui as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Os CACONs são classificados como: CACON I, II e III (BRASIL, 1998).

Quadro 1 - Classificação dos Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CACON	MODALIDADE ASSISTENCIAL
<p>CACON I: Hospitais Gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, tumores linfomatosos e da infância e adolescência). Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados, dentro de uma</p>	<p>Diagnóstico; Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica, Hematologia, Oncologia pediátrica (todas, duas ou uma, conforme o perfil da Unidade Prestadora de Serviço) Suporte;</p>

<p>mesma estrutura organizacional e atenderem ao paciente numa perspectiva multiprofissional integrada.</p>	<p>Reabilitação; Cuidados Paliativos;</p>
<p>CACON II: Instituições dedicadas, prioritariamente, ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento as neoplasias malignas mais frequentes. Caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis.</p>	<p>Diagnóstico; Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica; Radioterapia; Medidas de Suporte; Reabilitação; Cuidados Paliativos; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Odontologia; Oftalmologia; Pediatria Cirúrgica; Cirurgia Plástica Reparadora; Cirurgia de Tecido Ósseo e Conjuntivos; Unidade de Órteses e Próteses; Fonoaudiologia; Emergência Oncológica; Voluntariado.</p>
<p>CACON III: Instituições dedicadas, exclusivamente, ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasia maligna, em todas as modalidades assistenciais. Caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios.</p>	<p>Diagnóstico; Cirurgia Oncológica; Oncologia Clínica; Radioterapia; Medidas de Suporte; Reabilitação; Cuidados Paliativos; Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Odontologia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Pediatria Cirúrgica; Cirurgia Plástica Reparadora; Cirurgia de Tecido Ósseo e Conjuntivos; Unidade de Órteses e Próteses; Fonoaudiologia; Voluntariado; Biologia Molecular; Emergência oncológica; Serviço de Cuidados Paliativos com Assistência domiciliar; Unidade de Imagenologia equipada com aparelhos de raio –X com dispositivo de estereotaxia e aparelho de ressonância magnética; Serviço de Radioterapia equipado também com Simulador, Acelerador Linear de mais</p>

	<p>de 6 MeV com feixe de elétrons; Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com a Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN); Unidade de Transplante de Medula Óssea; Laboratório de Histocompatibilidade, podendo ser serviço de terceiros; Unidade de Hemoterapia e Aferese.</p>
--	---

Figura 4: Hospital Federal de Bonsucesso



Prédio 4, onde fica localizado o ambulatório de oncologia.

Fonte: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/hospital/localizacao/foto_planta.asp

O HFB, como podemos observar na figura 4, é um complexo hospitalar composto por 06 prédios, sendo considerado o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos, sendo categorizado como hospital geral com porta hospitalar de emergência e reconhecido como Centro Regional Terciário.

O Serviço de Oncologia do HFB fica situado no prédio 04, ocupando todo o quarto andar do mesmo, tendo sido credenciado no final de 2001 pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, como CACON I conforme registrado na Portaria n.º927, publicada no Diário

Oficial da União, de 28 de novembro de 2002. O parecer positivo ao credenciamento foi elaborado após avaliação rigorosa das secretarias de saúde do Estado e do Município, do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e da Coordenação Geral de Sistemas de Alta Complexidade.

O serviço de Oncologia Clínica do HFB é considerado de alta complexidade, atualmente referência para a região metropolitana e todo o Estado do Rio de Janeiro, atendendo aos usuários após diagnóstico de neoplasia maligna realizado por uma das unidades funcionais do sistema único de saúde.

O Ambulatório de Oncologia possui um corredor de entrada com acesso por elevador e escada, uma sala de espera, uma sala de aplicação de quimioterapia, três banheiros (sendo um banheiro destinado exclusivamente aos funcionários), uma copa, três consultórios e uma sala destinada ao arquivo e documentos administrativos.

A sala de administração de quimioterapia é composta por 06 poltronas reclináveis, 01 cadeira comum (para atendimentos extras, contudo frequentemente utilizada apenas quando há excesso de demanda) e 02 macas para os usuários mais debilitados ou que exijam procedimentos de maior duração. Esta sala possui 01 televisão com a finalidade de distrair os usuários durante a administração dos medicamentos.

O preparo e a manipulação da medicação quimioterápica antineoplásica é realizado externamente, através de um serviço terceirizado. Aos enfermeiros da unidade cabe o planejamento, execução e controle/supervisão das atividades desenvolvidas pela equipe, dentre elas: a consulta de enfermagem, manipulação de cateteres centrais e punção de veias periféricas, administração de medicamentos, realização de curativos, monitorização dos sinais vitais, identificação e intervenção nas situações de emergência, orientação dos usuários e seus familiares, dentre outras.

Cabe ainda aos enfermeiros a elaboração de rotinas e protocolos terapêuticos voltados para a prevenção, tratamento e minimização dos efeitos adversos inerentes à terapia antineoplásica; o treinamento permanente da equipe; a gerência dos recursos humanos e materiais e, a gerência do ambiente deste espaço assistencial.

Ao profissional de nível médio de enfermagem cabe executar as ações de Enfermagem sob sua responsabilidade aos usuários, sob a supervisão do enfermeiro.

Tendo em vista o acima exposto, destacamos que a atuação dos enfermeiros e dos demais profissionais de nível médio do serviço vão ao encontro da Resolução COFEN 210/1998 que dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápico antineoplásicos e, ainda, da Resolução COFEN 257/2001 que acrescenta dispositivo ao regulamento aprovado pela Resolução COFEN N° 210/98, facultando ao Enfermeiro o preparo de drogas quimioterápicas.

A equipe de enfermagem da unidade é composta por dezesseis pessoas sendo seis enfermeiros e dez auxiliares de enfermagem. A escala de serviço tem a seguinte distribuição: dois enfermeiros diaristas e duas equipes plantonistas contendo dois enfermeiros e cinco auxiliares de enfermagem cada.

3.5.2. CONSIDERANDO OS ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo foi solicitado ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, a autorização necessária para o seu desenvolvimento, como podemos observar no apêndice A.

Visando atender a Resolução do Ministério da Saúde número 196/96, que diz respeito aos aspectos éticos envolvendo pesquisa com seres humanos, foi fornecido aos participantes um

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas cópias, uma para o entrevistador e uma para o entrevistado, no qual os mesmos autorizaram por escrito a utilização dos depoimentos coletados. O mesmo encontra-se para consulta no apêndice B.

Foi assegurado aos participantes privacidade através do anonimato de sua identidade, adoção de codinomes, bem como sigilo de seus depoimentos, sendo ainda esclarecidos que a desistência de participação na pesquisa não acarretaria em nenhum prejuízo para o mesmo e seu tratamento.

A aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição ocorreu através do Parecer CEP/HFB nº 03/11 e encontra-se disponível para consulta no Anexo A.

3.5.3 – ELEGENDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Além da análise comparada, o que faz com que a coleta e a análise de dados aconteça de forma simultânea, outro importante conceito para quem trabalha a TFD é o de amostragem teórica. A amostragem teórica da pesquisa, segundo Glaser (2005), é direcionada de acordo com os dados emergentes, a fim de desenvolver a teoria de acordo com a realidade social que está sendo investigada, deste modo, a escolha dos grupos de sujeitos da pesquisa é definida ao longo da mesma e não no início, a partir da exigência dos próprios dados.

Dessa forma, a amostragem teórica é formada mediante as hipóteses que são levantadas no processo de investigação. É a partir das hipóteses emergentes que os procedimentos visam identificar, desenvolver, relacionar e comparar conceitos, a fim de aprofundar e desenvolver adequadamente as categorias, por conseguinte, o fenômeno central (GLASER, 2005).

De acordo com o caminho apontado pelo objeto de estudo, que se refere a gerência do cuidado de enfermagem a partir da perspectiva de gênero de homens em tratamento

antineoplásico, os sujeitos entrevistados no início da pesquisa foram os homens com câncer. Esses sujeitos revelaram que alguns símbolos da masculinidade se fazem presentes em seus modos de socialização, em suas identidades e ainda, no modo que eles definem como se comportar em relação à saúde sinalizando que os enfermeiros precisam considerar questões de gênero na gerência do cuidado.

Sendo assim, tais dados exigiram que novas dimensões fossem investigadas, por meio do levantamento de hipóteses acerca da importância da participação de outro sujeito no cenário do cuidado de enfermagem, nesse caso os enfermeiros. Sendo assim, a seguinte hipótese emergiu:

- O enfermeiro observa que questões de gênero se fazem presentes no processo de interação com os homens com câncer e a partir destas, busca estratégias para a gerência do cuidado a esses homens.

Conforme acima descrito, foram inicialmente convidados a participar desta pesquisa homens com câncer em tratamento antineoplásico ambulatorial com os seguintes critérios de inclusão: idade acima da 18 anos (maioridade civil), capacidade de compreensão e verbalização adequadas para participar da coleta de dados, os que apresentaram desejo em participar da pesquisa após terem recebido informações sobre a mesma, os que possuíam disponibilidade de tempo para a entrevista. Como critérios de exclusão: menores de idade, capacidade verbal prejudicada e capacidade cognitiva prejudicada.

O convite ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Os sujeitos foram convidados de maneira verbal, individualmente, sendo explicado aos mesmos, os objetivos do estudo, a importância de sua participação e, ainda, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Posteriormente, diante da hipótese que se apresentou, os enfermeiros do ambulatório de oncologia também foram convidados de maneira verbal, individualmente, sendo explicado aos mesmos, os objetivos do estudo, a importância de sua participação e, ainda, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão para o grupo dos enfermeiros foram: ser enfermeiro com vínculo empregatício com o HFB; estar atuando no ambulatório de oncologia por no mínimo seis meses no momento da coleta de dados; permitir a gravação da entrevista em gravador digital de voz; e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5.4 – INICIANDO O PROCESSO DE CODIFICAÇÃO

A obtenção dos dados teve início com o processo de transcrição das entrevistas, logo após a realização das mesmas. Esta estratégia nos foi bastante útil uma vez que permitiu que detalhes, como expressões e diferenças na entonação de voz pudessem ser registradas.

Para organização dos dados, escolhemos uma cor diferente para cada sujeito, o que facilitou no momento de identificar a quem pertencia a citação. Essa estratégia ajudou no momento que as entrevistas eram recortadas e reagrupadas, de acordo com as semelhanças, com as citações de outros sujeitos, para construir as categorias.

Ainda descrevendo a organização dos dados, construímos um quadro com duas colunas onde em uma eram colocados os dados brutos e, na outra, os códigos.

O processo de codificação iniciou-se com a codificação aberta, na qual o pesquisador deve ingressar com o mínimo de pré-conceitos e manter-se aberto a todo e qualquer sinal que os dados possam indicar. O pesquisador começa a analisar os dados de todas as maneiras possíveis,

percorrendo o texto linha a linha e procurando identificar códigos substantivos. Trata-se de uma codificação aberta pois expõe todo o conteúdo dos dados para análise livre.

✓ CODIFICAÇÃO ABERTA

A codificação aberta é o processo analítico por meio do qual se identificam conceitos. Os verbos dos códigos preliminares e demais conceitos da TFD devem ser redigidos no gerúndio para conferir dinamicidade e movimento, pertinentes ao método.

Observamos no Quadro 2 como códigos preliminares emergiram a partir da análise linha por linha dos dados brutos obtidos nas entrevistas.

Quadro 2 - Recorte dos dados brutos e códigos preliminares da segunda entrevista

DADOS BRUTOS	CÓDIGOS PRELIMINARES
DESCRIÇÃO DO DISCURSO E DO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DA 2ª ENTREVISTA	
<p>Pesquisadora: Quando o senhor percebeu que tinha algo diferente com a sua saúde?</p> <p>Quando comecei a evacuar sangue, eu pensei que fosse hemorróida, aí vi que não era, era câncer no reto. Eu estava normal, só aquele negócio de ir ao banheiro toda hora. Eu ia no banheiro toda hora e evacuava sangue. Aí eu comprava remédio para hemorróida mas não era. Eu pensava que fosse hemorróida. Aí eu vi que não passava e eu emagrecendo, aí eu vim na emergência, o doutor me atendeu, fez o toque e constatou.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Começando a evacuar sangue • Fazendo auto-diagnóstico para sua condição como hemorróida • Recebendo o diagnóstico de câncer no reto • Achando-se normal • Evacuando sangue constantemente • Realizando auto-medicação • Retardando a busca por atendimento à saúde • Continuando a sentir os sintomas e emagrecendo • Buscando atendimento na emergência

Como observamos, essa primeira fase de codificação representa uma fase de exploração, indagação e atribuição de significados às unidades de análise. Trata-se de um momento muito trabalhoso e que exige bastante do pesquisador, pois concordamos com Fuly (2009) no pensamento

que essa atividade requer objetividade e sensibilidade teórica do autor, tendo em vista que a atribuição de significados aos dados, com a separação das informações relevantes à pesquisa, é uma tarefa que trará repercussões ao longo de toda a análise dos dados.

Após essa primeira fase de análise, foi iniciado o processo de codificação axial, em que os códigos preliminares foram agrupados por similaridade e diferenças, buscando a identificação de componentes, formulação de subcategorias e construção de categorias que serão apresentadas posteriormente.

✓ CODIFICAÇÃO AXIAL

A codificação axial é o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, sendo denominada axial, pois ocorre ao redor de um eixo, integrando as categorias quanto às suas propriedades e dimensões, formulando explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Esta fase ocorre quase que concomitante com a codificação aberta e há interação entre o pesquisador e os dados, de forma que o pesquisador está reagindo ativamente aos dados e trabalhando com eles. (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Nesse sentido, os autores destacam que “a experiência e o conhecimento sensibilizam o pesquisador para problemas e questões importantes nos dados, permitindo-lhe ver explicações alternativas e reconhecer propriedades e dimensões de conceitos emergentes” na tentativa de desvendar o principal problema na cena social descrita pelos sujeitos e como eles lidam com o problema (op. cit, 2008).

Assim, a codificação axial resolve questões como “quando, onde, por que, quem, como e com que consequências” (CHARMAZ, 2009). Para tal, aplica-se o modelo paradigmático proposto pelos autores Strauss e Corbin (2008) que é uma perspectiva assumida em relação aos dados, representando um outro ponto de vista analítico, que auxilia no processo de reunião e

ordenação dos dados com fim de integrar estrutura e processo. Este modelo paradigmático é composto por alguns elementos fundamentais que apresentaremos abaixo para maior esclarecimento:

- ❖ *Condições causais*: são conjuntos de fatos ou acontecimentos que criam situações, questões e problemas pertencentes a um fenômeno, e que demonstram o porque, onde, quando e como determinados comportamentos ou respostas acontecem;
- ❖ *Contexto*: conjunto de condições reunidas para produzir uma situação específica;
- ❖ *Condições intervenientes*: são constituídas pelo tempo, espaço, cultura, situação econômica e tecnológica, história, biografia pessoal, dentre outros;
- ❖ *Estratégias de ação/interação*: respostas estratégicas ou rotineiras dadas pelos indivíduos ou grupos acerca dos temas, problemas e acontecimentos que emergem sob essas condições;
- ❖ *Consequências*: são os resultados ou expectativas das ações e interações.
- ❖ *Fenômeno*: é a ideia ou acontecimento central aos quais as ações e interações estão relacionadas.

Assim nos remetemos a Fuly (2009), que nos atenta para antes de iniciar a análise do paradigma faz-se necessário: identificar múltiplas categorias durante a codificação aberta que podem pertencer a um fenômeno, as condições, as ações/interações ou as consequências; o pesquisador busca no processo de codificação conseguir explicações e compreender a natureza dos fenômenos e os tipos de relações que eles denotam; lembrar que não se trata de uma relação de causa e efeito, é algo muito mais complexo.

No quadro abaixo, exemplificamos mais uma etapa do processo de codificação realizado pelas autoras.

Quadro 3 - Recorte da codificação dos dados da categoria 1 utilizando as entrevistas.

CÓDIGOS	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Sendo encaminhado para o ambulatório para iniciar o tratamento após atendimento na emergência - Ouvindo do médico que seu problema não era hemorróida - Iniciando a busca pelo diagnóstico - Recebendo o toque retal do médico - Realizando exames como raio-x e colonoscopia para o diagnóstico 	<p>Buscando um diagnóstico que explicasse o que estava acontecendo com a saúde</p>	<p>Buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde</p>	<p>Descrevendo o comportamento do homem com câncer</p>

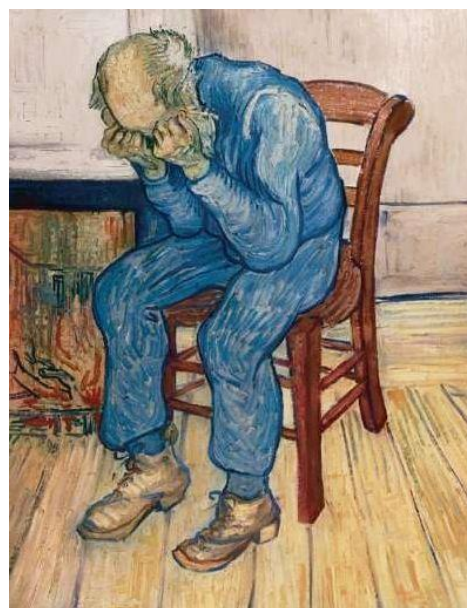
✓ CODIFICAÇÃO SELETIVA

Após a codificação axial, foi iniciada a denominada codificação seletiva. O marco desta etapa analítica é o surgimento da categoria central, que representa o tema principal da investigação a partir das categorias. Refere-se, portanto, a última etapa do processo de codificação ou análise dos dados, também considerada como a etapa de modificação e integração dos conceitos (ALCANTARA, 2005).

Nesta fase de codificação seletiva, o pesquisador passa a codificar somente eventos relacionados à esta categoria central de modo suficientemente significativo para a elaboração da teoria. Essa delimitação começa a ocorrer no momento da redução das categorias e quando elas se tornam teoricamente saturadas, isto é, quando nenhum dado novo ou relevante emerge. O

pesquisador descobre o que há de comum no grupo original de categorias e pode assim formular a teoria, com um grupo pequeno de conceitos de alta abstração (GLASER & STRAUSS, 1967).

Strauss (1987), Strauss e Corbin (2008) listam uma série de critérios para escolher uma categoria central: deve ser central, ou seja, todas as outras categorias devem relacionar-se com ela; deve aparecer com frequência nos dados; a explicação que resulta da relação das categorias é lógica e consistente; o nome ou a frase utilizados para descrevê-la devem ser suficientemente abstratos para que possam ser utilizados em outras áreas substantivas de investigação; à medida que o conceito se refina analiticamente por meio de sua integração a outros conceitos, a teoria cresce em profundidade e poder explicativo; o conceito consegue explicar as variações, casos contraditórios ou alternativos, ou seja, quando variam as condições, a explicação se mantém ainda que ajustada.



Tela: The old man in sorrow – Vincent Van Gogh

CAPÍTULO IV

“A compreensão de outrem somente progredirá com a partilha de alegrias e sofrimentos”.

Albert Einstein

COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS DA INTERAÇÃO DA MASCULINIDADE COM A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ADOECIMENTO DO HOMEM COM CÂNCER

4.1 – CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

A amostragem teórica do estudo foi composta por dois diferentes grupos, a saber: o grupo dos homens com câncer em tratamento antineoplásico e o grupo dos enfermeiros do serviço de oncologia.

Como já citado, de acordo com o caminho apontado pelo objeto de estudo, no que se refere à gerência do cuidado de enfermagem a partir da perspectiva de gênero de homens em tratamento antineoplásico, os sujeitos entrevistados no início da pesquisa foram os homens com câncer, e tais dados empíricos exigiram que novas dimensões fossem investigadas, por meio do levantamento de hipótese acerca da importância da participação de outro sujeito no cenário do cuidado de enfermagem. Sendo assim, apontando a necessidade de um novo grupo amostral, foram também entrevistados os enfermeiros do setor para a composição da matriz teórica sobre a gerência do cuidado de enfermagem a partir da perspectiva de gênero de homens com câncer.

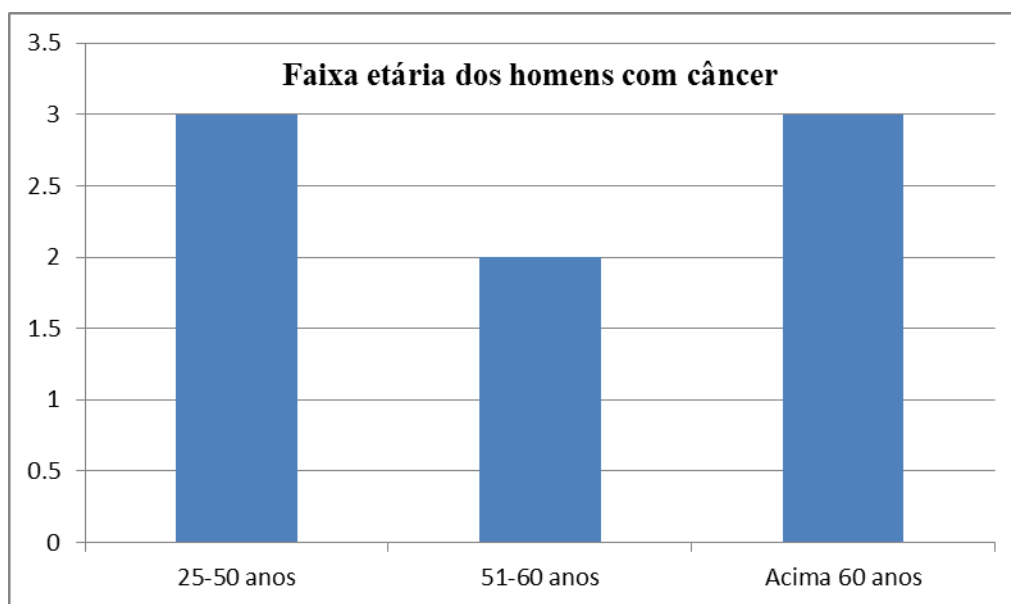
4.1.1 – CARACTERIZANDO O GRUPO AMOSTRAL DOS HOMENS COM CÂNCER

Participaram do estudo, 08 (oito) homens que estavam realizando tratamento antineoplásico, mais especificamente em tratamento quimioterápico, no momento da realização da coleta de dados.

Trazemos como esclarecimento que a motivação deste estudo parte das vivências dos homens com câncer, assim no processo de recrutamento não nos preocupamos em selecionar sujeitos de acordo com critérios relacionados à patologia em si como tipo de câncer, localização, estadiamento, prognóstico, entre outros; mas sim nos preocupamos em selecionar sujeitos que pudessem dividir conosco a experiência do adoecimento e os significados atribuídos a todo o processo.

No que se refere à variável de idade, três homens encontravam-se na faixa dos 25 – 50 anos, dois homens na faixa dos 50 – 60 anos e, três na faixa acima dos 60 anos, como observamos no Gráfico 01.

Gráfico 01- Distribuição da faixa etária dos homens com câncer em tratamento antineoplásico entrevistados no primeiro grupo amostral



Apresentamos no Quadro 4 a caracterização dos homens com câncer em tratamento antineoplásico entrevistados no primeiro grupo amostral

Quadro 4 - Principais características dos homens com câncer em tratamento antineoplásico entrevistados no primeiro grupo amostral

Usuário	Idade	Escola- ridade	Situação conjugal	Situação profissional	Religião	Diagnóstico clínico	Protocolo QT	Tempo Diagnóstico
H1	52	Ensino Médio Incomp	casado	licença médica	católica	Linfoma de Hodgkin	Adriamicina/ Bleomicina/ Vinblastina/ Docarbazina	6 meses
H2	63	Ensino Médio	casado	aposentado	católica	CA Reto	Leucovorin/ Fluoracil/ Irinotecano	3 anos
H3	56	Ensino Médio	casado	licença médica	espírita	CA Cólon	Leucovorin/ Fluoracil	6 meses
H4	47	Funda mental	solteiro	licença médica	acredita em Deus	Linfoma Não- Hodgkin	Isofosfamida/ Mesna/ Carboplatina/ Etoposide	1 ano
H5	67	Funda mental	casado	licença médica	católica	CA Pulmão	Carboplatina/ Genzar	6 meses
H6	29	Ensino Médio	solteiro	licença médica	evangélico	CA Rim	CDDP/ Gemzar	6 meses
H7	64	Ensino Médio	casado	licença médica	umbandista	CA Retroperitôneo	Adriamicina	6 meses
H8	29	Ensino Médio	Casado	licença médica	católico	Ca Testículo	Cisplatina+ Etoposídeo+ Bleomicina	6 meses

Inicialmente, podemos observar que os homens com câncer em tratamento antineoplásico entrevistados no primeiro grupo amostral do estudo, encontram-se bem distribuídos nas diferentes faixas etárias.

O aumento dos casos diagnosticados de câncer no país também ocorreu devido ao avanço da ciência e da tecnologia que possibilitou a melhoria dos meios de diagnóstico e de tratamento. Assim, algumas doenças que matavam passaram a ser previamente diagnosticadas, tratadas e não mais levam à morte, como doenças infecciosas e parasitárias, sendo assim a mortalidade dos que escapam destas doenças é desviada para os dois principais grupos das que ainda não foram

controladas, as doenças cardiovasculares e as neoplásicas. A importância do câncer vem, assim, aumentando à medida que ocorre o controle progressivo de outras enfermidades.

Dentre os fatores determinantes sociais para o câncer, observamos que a industrialização e a consequente urbanização trouxeram diversas mudanças sociais, como mudanças nos ambientes de trabalho com a exposição dos trabalhadores a algumas substâncias, como os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, o níquel, o asbesto e o ácido vinil-clorídrico, relacionadas a diversos cânceres ocupacionais. Outro ponto a ser observado é a crescente poluição que, mesmo ainda não totalmente evidenciado seu potencial carcinogênico, acarreta em prejuízo à saúde da atual população e das futuras gerações. Observamos ainda mudanças nos hábitos de vida como, por exemplo, o aumento do tabagismo e do etilismo, além de hábitos alimentares inadequados (BRASIL, 2011).

No que se refere à situação profissional, dos 08 (oito) entrevistados, apenas 01 (um) encontrava-se aposentado; os demais 07 (sete) encontravam-se ativos profissionalmente, contudo enfrentando uma fase de licença médica. A maioria dos entrevistados possuíam renda familiar entre quatro a seis salários mínimos.

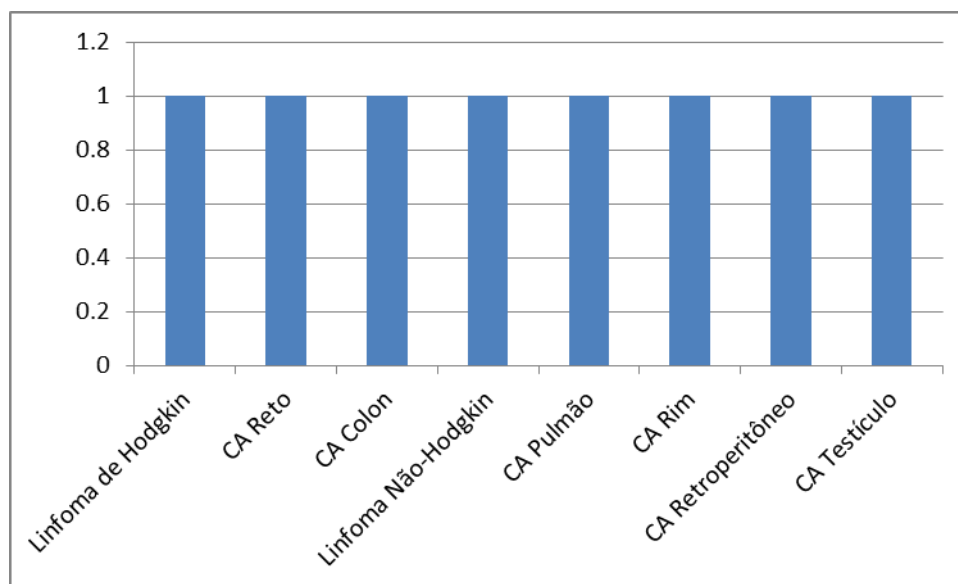
Observamos que a importância do trabalho vai muito além das necessidades do capital, pois envolve também as necessidades humanas individuais. Através do seu trabalho, o homem não apenas produz bens individuais e coletivos, os quais promovem o desenvolvimento pessoal, familiar e de um país, mas também passa a desempenhar influência plena sobre o indivíduo e sua relação com o meio em que vive. Essa questão da relação homem-trabalho será melhor discutida no capítulo de resultados.

Outro aspecto a ser considerado na caracterização dos sujeitos deste estudo é a espiritualidade. No que se refere à espiritualidade, observamos que todos os entrevistados

acreditavam em um Ser Superior, sendo comprovado que a espiritualidade e a religiosidade estão muito presentes na vida dos entrevistados influenciando, inclusive, no comportamento dos mesmos diante do câncer. Enquanto enfermeiros, entendemos que existem formas diversas de intervir no cuidado ao ser humano e esse se altera de acordo com a compreensão de mundo de quem cuida e de quem é cuidado. Por isso, é necessária a aproximação o tanto quanto possível da compreensão de mundo daquele que é cuidado, incluindo-se as crenças religiosas e as diversas formas de expressar a religiosidade que o indivíduo manifesta (SALGADO, 2007).

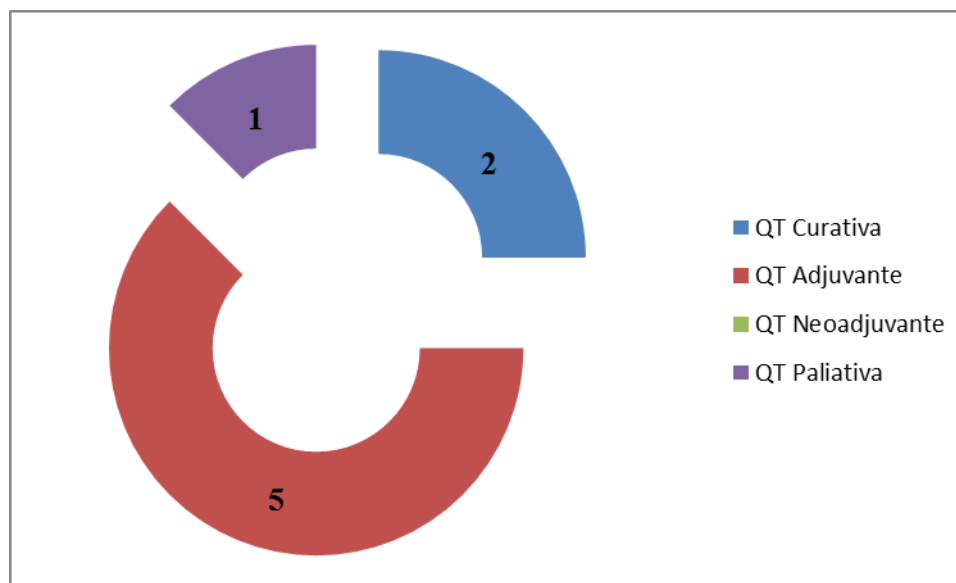
Ao analisarmos a incidência das neoplasias nos sujeitos, observamos no gráfico 02 (dois), que os usuários apresentavam oito tipos de câncer, sendo eles: Linfoma de Hodgkin, CA de Reto, CA de Cólon, Linfoma Não-Hodgkin, CA de Pulmão, CA de Rim, CA de Retroperitônio e CA de Testículo. Tal achado pode ser em parte explicado principalmente pelo fato de termos coletado os dados na sala de quimioterapia, o que praticamente exclui portadores do câncer mais incidente em homens, o CA de próstata, já que esse tipo de câncer não tem como tratamento de escolha a quimioterapia.

Gráfico 2 - Incidência dos tipos de câncer apresentados pelos homens com câncer em tratamento antineoplásico do primeiro grupo amostral



No que se refere ao tratamento antineoplásico quimioterápico dos usuários homens, como nos mostra o gráfico 3 (três), dos 08 (oito) entrevistados, 05 (cinco) já haviam enfrentado intervenção cirúrgica e estavam realizando quimioterapia adjuvante (realizada posteriormente ao tratamento principal, busca erradicar a doença residual), 02 (dois) realizavam quimioterapia curativa (objetiva a erradicação de evidências de neoplasia), 01 (um) realizava quimioterapia paliativa (visa melhorar a qualidade de vida do paciente, minimizando sintomas relacionados à proliferação celular) e nenhum realizava quimioterapia neoadjuvante (realizada previamente ao tratamento principal, objetiva tanto a redução do volume do tumor quanto à eliminação de metástases já existentes ou eventualmente formadas na manipulação cirúrgica).

Gráfico 3 - Tratamento Antineoplásico Atual dos homens com câncer em tratamento antineoplásico do primeiro grupo amostral



Segundo Bonassa (2005), as drogas quimioterápicas interferem no processo de crescimento e divisão celular, destruindo as células tumorais, mas também agredindo as células normais que possuem características semelhantes. Ela está ainda associada a efeitos colaterais físicos, como náuseas, vômitos, anorexia, constipação, diarreia, fadiga e mucosite que variam

fundamentalmente de acordo com os tipos de medicamentos utilizados e das condições de resposta do organismo do indivíduo. A fim de exemplificar o acima descrito, podemos incluir as seguintes falas:

“Nessa quimioterapia, até cair no banheiro eu cá... Olha, me deu uma tontura, água não descia, comida não descia, eu ficava só deitado. Tomava água porque a gente que faz quimioterapia tem que beber muito líquido. Mas, para comer, eu comia sem vontade nenhuma, tudo amargava na minha boca.” (H4.)

“E até hoje, estou fazendo, acho que eu já fiz dezoito ou vinte sessões de quimioterapia, não sei, não recordo agora, só olhando o meu cartão mas não estou sentindo nada até agora.” (H3)

Neste sentido, Bonassa (2005) relata que a intensidade e os efeitos colaterais dependem fundamentalmente dos tipos de medicamentos utilizados e das condições de resposta do organismo do indivíduo. Isto significa que alguns efeitos colaterais desagradáveis podem ocorrer com uma pessoa, enquanto outra nada sente ou os têm de forma mais amena.

Tendo em vista o acima exposto, esses dados obtidos buscaram nos mostrar em parte o perfil dos homens com câncer em tratamento antineoplásico que foram sujeitos deste estudo.

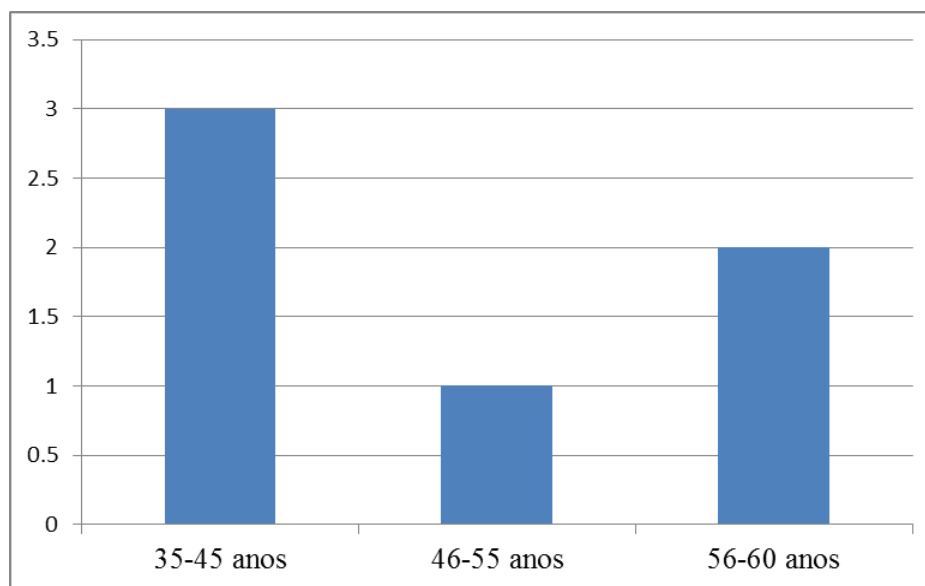
4.1.2 – CARACTERIZANDO O GRUPO AMOSTRAL DOS ENFERMEIROS DA ONCOLOGIA

No que se refere ao grupo amostral dos enfermeiros foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação no serviço de oncologia e a titulação destes enfermeiros na área de conhecimento da especialidade.

Foram entrevistados todos os enfermeiros que compõem o grupo do serviço da oncologia (seis) e adotaremos a partir de agora o feminino para referenciá-las pois todos os seis profissionais enfermeiros do serviço são do sexo feminino. As enfermeiras do serviço organizam seu trabalho em duas diaristas e quatro plantonistas diurnas, uma vez que o serviço funciona de forma ambulatorial de 8 às 17 horas.

No que se refere à faixa etária das profissionais, três enfermeiras encontram-se na faixa dos 35 a 45 anos de idade, uma na faixa dos 46 a 55 anos de idade e duas na faixa dos 56 a 60 anos de idade, como observamos no Gráfico 4.

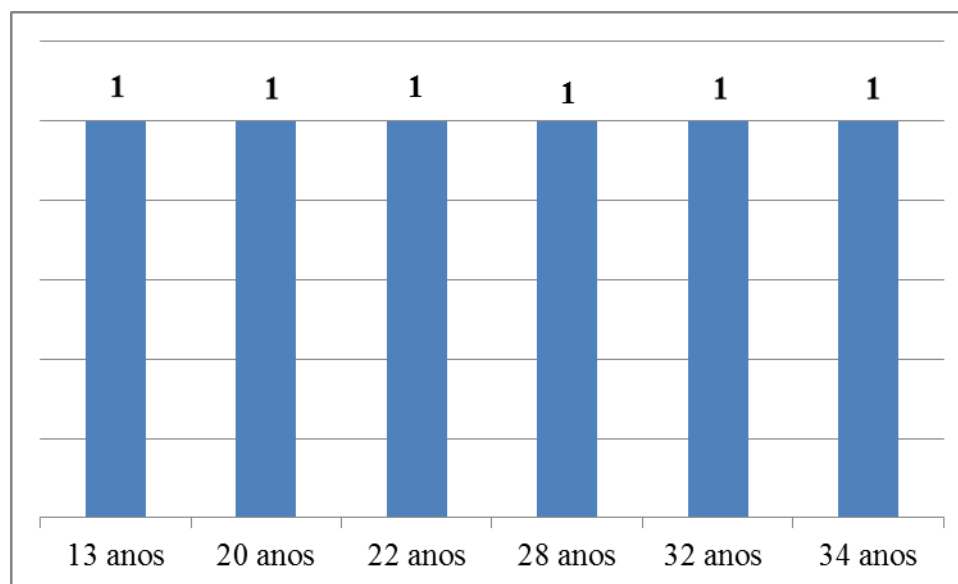
Gráfico 4: Distribuição das enfermeiras da oncologia entrevistadas no segundo grupo amostral por faixa etária em anos



A variável tempo de atuação na enfermagem, nos apresenta um grupo de enfermeiras que atuam há mais de dez anos na área. Ao buscarmos relação entre tempo de atuação e experiência profissional, nos deparamos com O'Leary (2012), que relaciona os anos de atuação na enfermagem com a competência de enfermeiros, afirmando que existe vínculo entre essas variáveis. O autor supracitado apresenta dados que mostram que ao longo dos anos de atuação na prática clínica, os enfermeiros apresentam ganhos de experiência que os fazem se autoavaliarem mais competentes para

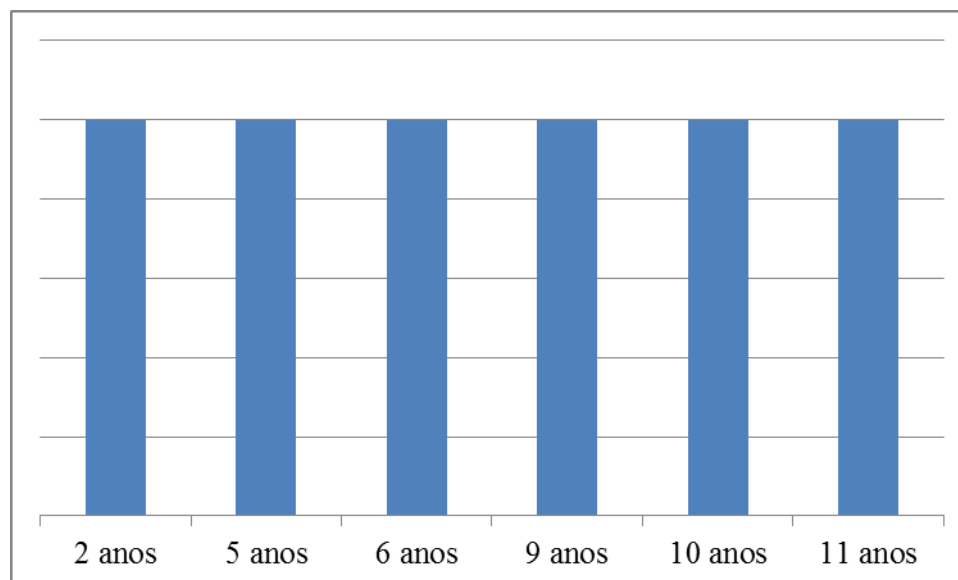
aplicar as habilidades específicas de enfermagem como, por exemplo, priorizar as ações de enfermagem a realizar, reconhecer usuários que se apresentam em situações com risco de vida, planejar e agir de forma eficiente frente às situações que envolvem usuários com risco de vida, entre outras. Sendo assim, podemos caracterizar esse grupo de enfermeiras como experientes e competentes em sua área de atuação.

Gráfico 5: Distribuição numérica absoluta do tempo em anos de atuação na enfermagem das seis enfermeiras entrevistadas no segundo grupo amostral



Ao focarmos nosso olhar para observar o tempo de atuação na especialidade da Oncologia, notamos que as enfermeiras possuem menos tempo de atuação nessa área, sinalizando que durante a trajetória profissional das entrevistadas, a oncologia foi um caminho escolhido.

Gráfico 6: Distribuição numérica absoluta do tempo de atuação na área da oncologia das enfermeiras entrevistadas no segundo grupo amostral



Quando observamos a titulação acadêmica das enfermeiras, evidenciamos que todas possuem pós-graduação Lato-Sensu na área da Oncologia, sinalizando que ao optarem por atuar nesta especialidade, essa opção veio acompanhada pelo desejo em especializarem-se.

Os cursos de pós-graduação Lato Sensu na área de enfermagem na atualidade propõem ao profissional um preparo direcionado a uma área determinada do conhecimento com vistas a aprimorar a prática do cuidado ao usuário, família e comunidade, sendo importante tanto para o profissional, que sente-se mais satisfeito por especializarem-se, quanto para o usuário, que ganha em qualidade na assistência recebida.

4.2 – APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS NA CODIFICAÇÃO DOS DADOS: O SURGIMENTO DAS CATEGORIAS

Todas as categorias, suas subcategorias e componentes são provenientes do movimento de comparação e interação entre os dados brutos, os códigos preliminares e os códigos substantivos, em um movimento de “ir e vir”, de forma que o modelo paradigmático, ao final, seja gerado a partir da estreita relação entre os dados e os códigos conceituais, ou seja, as próprias categorias. A criação dos códigos conceituais acontece a partir dos dados empíricos e avança para os conceitos teóricos de forma a responder cientificamente pelos processos que acontecem na realidade social, de um modo teoricamente sensitivo (GLASER, 2005).

De acordo com esse “ir e vir” as categorias desenvolveram-se em propriedades e dimensões emergindo assim as subcategorias e componentes. Sendo assim, revelamos agora os resultados, apresentando-os de acordo com os grupos amostrais.

4.2.1 - APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS NA CODIFICAÇÃO DOS DADOS DO GRUPO DOS HOMENS COM CÂNCER EM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO

Durante a fase de codificação axial nesse primeiro grupo amostral, emergiram cinco categorias relevantes para o estudo: **1) Descrevendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde; 2) Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença; 3) Experenciando o tratamento antineoplásico; 4) Sendo um usuário do Sistema Único de Saúde; 5) Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer.**

CATEGORIA 1: DESCREVENDO O COMPORTAMENTO DO HOMEM COM CÂNCER EM RELAÇÃO À SUA SAÚDE

A categoria **Descrevendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde** é composta por quatro subcategorias, sendo elas: 1) Renegando a busca pelo atendimento à saúde em decorrência de um estado supostamente saudável; 2) Procrastinando a busca pelo atendimento mesmo com algo errado na saúde por não julgar graves os sintomas; 3) Buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde; 4) Recebendo o diagnóstico do câncer.

Diagrama 1: Categoria 1 - Descrevendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

A categoria, suas respectivas subcategorias e seus componentes, apresentados no Diagrama 1, revelam o comportamento dos homens com câncer em relação à saúde ainda no contexto supostamente saudável, passando pelo momento do início dos sintomas, processo de tomada de decisão sobre que atitude tomar em relação a esses sintomas, culminando com o diagnóstico da doença.

Como observamos, essa categoria é composta por quatro subcategorias, algumas contendo componentes, que contribuem para a compreensão dos processos contidos nos dados, ou seja, essas subcategorias e componentes contribuem revelando as propriedades e dimensões destes dados.

1.1- SUBCATEGORIA 1.1: Renegando a busca pelo atendimento à saúde em decorrência de um estado supostamente saudável

Essa subcategoria revela que os homens no contexto supostamente saudável não possuíam o comportamento de buscar atendimento à saúde. Esses dados trazem uma possível vinculação entre o significado de ser homem e a associação de atributos e características tidas como padrão ideal de masculinidade como a força física e a virilidade. Ilustrando o acima exposto, destacamos as falas abaixo:

“Eu tenho sessenta e quatro anos de idade e nunca tive nada. A não ser uma dorzinha de cabeça que passa e tal, entendeu? [...] Não, eu não acho que tem que procurar se não tiver alguma coisa. Como eu, no meu caso, eu sempre tive uma saúde constante, boa, eu não achava necessário estar procurando assistência.” (H7)

“Porque eu sou abusado. Se houvesse a necessidade de eu pegar uma caixa, para ajudar um companheiro, independente da minha posição de chefia, de jogar uma caixa, de carregar um caminhão, isso aí não é um problema para mim, eu sempre fiz isso.” (H3)

Assim, observamos que esse padrão de masculinidade não condiz com a percepção de vulnerabilidade às doenças e atenção à saúde.

Nesse sentido, a subcategoria **Renegando a busca pelo atendimento à saúde em decorrência de um estado supostamente saudável**, nos evidencia que para os homens, não havendo sintomas, não há necessidade de buscar atendimento à saúde. A mesma pode ser melhor visualizada no Quadro 5 abaixo.

“Procurar atendimento, eu não, eu não imaginava que eu ia ter isso, eu não tinha nada, o que eu tinha, quando tinha, era resfriado.” (H1)

Quadro 5 : Subcategoria 1.1 - Renegando a busca pelo atendimento à saúde em decorrência de um estado supostamente saudável

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Estando sempre bem de saúde; - Não ficando doente até então; - Não tendo a rotina de ir ao médico; - Procurando atendimento à saúde quando apresenta problemas que julga ser grave. - Acreditando que só se busca atendimento à saúde se sentir algo de errado; - Julgando que não havendo problema de saúde, não há necessidade de se buscar atendimento; - Sentindo-se sempre bem. 	<p>Renegando a busca pelo atendimento à saúde em decorrência de um estado supostamente saudável</p>	<p>Descrevendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde</p>

1.2- SUBCATEGORIA 1.2: Procrastinando a busca pelo atendimento mesmo com algo errado na saúde por não julgar graves os sintomas

Essa subcategoria mostra que para os homens ter algum sintoma não significa necessariamente a busca por um atendimento à saúde, é preciso que esse sintoma seja reconhecido como grave ou representar uma ameaça a esse homem, como por exemplo, o ameaçar na execução de seu trabalho.

“Pensei que era gripe, depois achei que tinha pego novamente, tossia muito. Não procurei naquela hora, fiquei quase um ano, nesse vai e não vai. Começou a dar uma dor nas costas, parecia que era nas costelas. Eu estava trabalhando com o meu filho e tinha dado mau jeito há tempos atrás e, eu achava que era aquilo. Resolvi bater uma chapa em uma UPA em Nova Iguaçu, aí acusou, tumor no pulmão.” (H5)

Quadro 6 : Subcategoria 1.2 – Procrastinando a busca pelo atendimento mesmo com algo errado na saúde por não julgar graves os sintomas

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Começando a evacuar sangue e não valorizar achando ser hemorróida; - Fazendo auto-diagnóstico, achando que era hemorróida; - Insistindo na auto-medicação para hemorróida; - Acreditando que a diarreia era associada a hábitos de vida como a alimentação e a cerveja; - Procrastinando a busca por atendimento de saúde por um ano; - Surgindo um caroço no dedo; - Observando o crescimento do caroço no dedo; 	<p>Procrastinando a busca pelo atendimento mesmo com algo errado na saúde por não julgar graves os sintomas</p>	<p>Descrevendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Pensando que o problema de saúde era algo bobo; - Realizando auto-diagnóstico; - Procrastinando a busca por atendimento por não valorizar os sintomas que tinha; - Tratando-se por conta própria; - Julgando sem importância os primeiros sintomas que teve; 		
--	--	--

No que se refere ao comportamento do homem com câncer no contexto ainda supostamente saudável, observamos que os homens se sentiam imunes à doença e que nenhum problema poderia acontecer a eles. Nesse caso não seria apenas uma questão de não preocupação com possíveis problemas de saúde, mas sim uma percepção de invulnerabilidade.

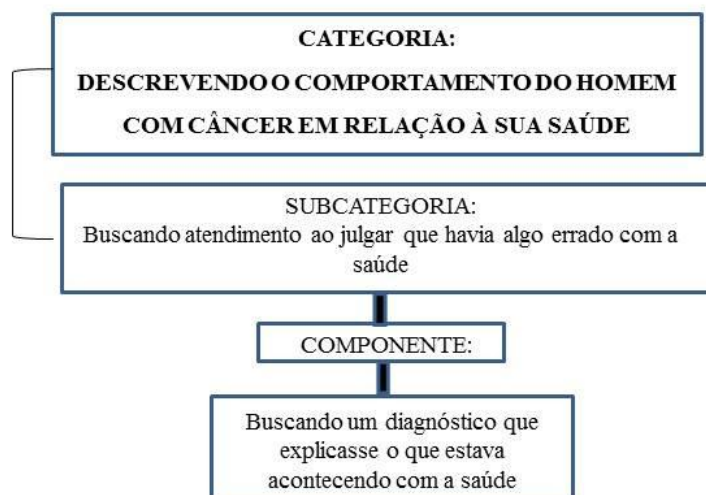
1.3 – SUBCATEGORIA 1.3 – Buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde

Essa subcategoria apresenta uma mudança de comportamento e aborda como os homens passaram a valorizar os sintomas que possuíam e o processo de tomada de decisão em buscar um atendimento.

A subcategoria **Buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde** é composta pelo componente: Buscando um diagnóstico para o que estava acontecendo.

“Bom, eu sentia uma dorzinha meio que boba, mas ignorei essa dor porque passava. Até que chegou um dia que não deu para conter a dor e a dor não passou. Então, foi o momento que eu fui procurar ajuda do médico na emergência”. (H6)

Diagrama 2: Subcategoria 1.3 - Buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde



A relação subcategoria, componente e seus códigos conceituais são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7: subcategoria 1.3 - buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Procurando a emergência tendo febre, dor de cabeça, moleza no corpo, cansaço; - Trabalhando sentindo-se muito mal; - Procurando a emergência já que o sangramento não parava; - Iniciando outros sintomas além de sangramento; - Perdendo peso; - Procurando a 	<p>Buscando um diagnóstico que explicasse o que estava acontecendo com a saúde</p>	<p>Buscando atendimento ao julgar que havia algo errado com a saúde</p>	<p>Descrivendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde</p>

<p>emergência quando sentiu-se mal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percebendo que seu problema era sério após intensificação dos sintomas; - Buscando atendimento somente quando surgiu uma ferida; - Buscando atendimento na emergência após sua condição piorar. 			
---	--	--	--

1.3.a - Buscando um diagnóstico que explicasse o que estava acontecendo

Esse componente possui dados que representam a concepção dos homens em relação a exarcebação de seus sintomas e a busca por uma explicação para a sua nova condição de saúde.

Esses dados são melhor averiguados na fala que segue.

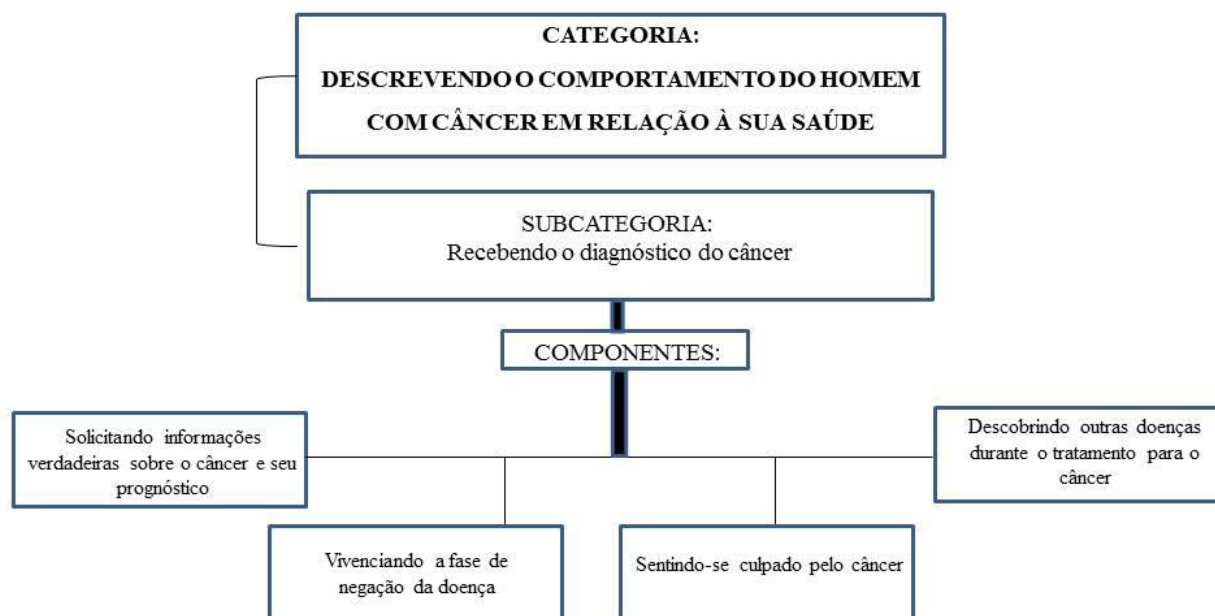
“Estava normal, só aquele negócio de ir ao banheiro toda hora. Eu ia no banheiro toda hora e evacuava um pouco de sangue. Eu pensava que era hemorróida, aí comprava remédio para hemorróida mas não era. Eu vi que não passava e eu emagrecendo, comecei a evacuar mais sangue, aí eu fui na emergência. Mas quando cheguei na emergência o doutor disse: isso aí não está parecendo hemorróida. O doutor mandou eu ir ao ambulatório, aí ele fez o toque e constatou, bati chapa, fiz colonoscopia. Primeiro foi o toque, ele fez o toque que constatou que era um tumor no reto. Aí eu comecei o tratamento”. (H2)

1.4 - SUBCATEGORIA 1.4 - Recebendo o diagnóstico do câncer

Essa subcategoria denota o comportamento do homem no momento em que recebe o diagnóstico do câncer, englobando suas dimensões compostas por sentimentos e atitudes.

A subcategoria apresenta quatro componentes: Solicitando informações verdadeiras sobre o câncer e seu prognóstico; Vivenciando a fase de negação da doença; Sentindo-se culpado pelo câncer; Descobrendo outras doenças durante o tratamento para o câncer.

Diagrama 3: Subcategoria 1.4 – recebendo o diagnóstico do câncer



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 8.

Quadro 8: Subcategoria 1.4 – Recebendo o diagnóstico do câncer

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Querendo saber de tudo sobre o tratamento - Pedindo para não ser enganado sobre sua doença e prognóstico 	Solicitando informações verdadeiras sobre o câncer e seu prognóstico	Recebendo o diagnóstico do câncer	Descrevendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde
<ul style="list-style-type: none"> - Negando possuir um tumor maligno - Afirmando que seu câncer de colon é um tumor benigno - Recusando-se a pensar sobre o câncer - Afirmando não colocar na cabeça que está doente - Afirmando não se importar com o câncer - Enfatizando acreditar que a doença não mata, o que mata é a preocupação na doença - Relatando que quem busca informações sobre a doença com o médico é sua mulher e filho - Enfatizando que não deseja saber sobre o próprio câncer - Pontuando que estar com câncer é inaceitável 	Vivenciando a fase de negação da doença		
-Sentindo-se culpado pelo câncer			

<p>-Julgando que demorou muito a procurar o atendimento de saúde</p> <p>- Admitindo hábitos de vida como fumo e riscos ocupacionais (pintor sem usar máscara) que acredita terem contribuído para o surgimento do câncer</p> <p>- Afirmando ter tido atitudes que causaram prejuízo à saúde</p> <p>- Acreditando que o cigarro contribuiu para o aparecimento do câncer</p>	<p>Sentindo-se culpado pelo câncer</p>	<p>Recebendo o diagnóstico do câncer</p>	<p>Descrevendo o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde</p>
<p>- Descobrimo uma hérnia ao ser examinado pelo cirurgião</p> <p>-Sendo diagnosticado com trombose concomitante ao câncer</p> <p>- Descobrimo comorbidades durante o tratamento do câncer (diabetes e HAS)</p> <p>- Descobrimo ter pressão alta após começar a frequentar o hospital para tratamento do câncer</p>	<p>Descobrimo outras doenças durante o tratamento para o câncer</p>		

1.4.a – Solicitando informações verdadeiras sobre o câncer

Esse componente aborda a necessidade que os homens demonstraram em tomar conhecimento sobre sua condição de saúde, ou seja, qual o diagnóstico real e qual o prognóstico que os mesmos deveriam esperar. Esse resultado demonstra o caráter de objetividade característico dos homens.

“Aí eu perguntei para ele (o médico), se realmente a quimioterapia era necessária. Ele falou que essa quimio, é uma quimio de contenção, depois da cirurgia, pois eles tinham extirpado o tumor. Eu falei para ele então, não me engana, eu não tenho idade para ser enganado.” (H8)

1.4.b – Vivenciando a fase de negação da doença

A doença geralmente é vista pelo indivíduo como uma ameaça, uma doença grave como o câncer, modifica a relação da pessoa com o mundo e consigo mesmo desencadeando uma série de sentimentos como impotência, desesperança, desvalorização, apreensão. Como reação a esses sentimentos, o indivíduo pode apresentar uma negação da doença como observamos nas falas abaixo destacadas.

“Eu não fico com aquela coisa, martelando na minha cabeça, eu estou com câncer. É um tumor benigno, mas é para se preocupar.” (H3)

“Não, eu não penso nada, sobre a minha vida, sobre a doença... Eu não penso nessas coisas. Mas isso para mim não é doença não, graças à Deus, eu não estou doente de jeito nenhum.” (H4)

1.4.c – Sentindo-se culpado pelo câncer

Nesse componente, alguns homens relatam se sentirem culpados pelo desenvolvimento do câncer. Esse sentimento merece estudo e avaliação por parte dos profissionais uma vez que traz abalo emocional, o indivíduo pode interpretar a doença como punição, gerando angústia e sofrimento. Como sabemos, a eficácia do tratamento do câncer, tanto cirúrgico quanto quimio e radioterápico, dependerá muito do estado emocional do paciente.

“Eu demorei muito para procurar um médico. O único culpado de eu estar assim sou eu mesmo. Eu fumava. Fiz bastante coisas que prejudicaram minha saúde. Eu trabalhava colocando massa nas paredes, pintava e não usava máscara.” (H5)

1.4.d – Descobrendo outras doenças durante o tratamento para o câncer

Esse componente revela que por não buscarem o atendimento à saúde em decorrência de um estado supostamente saudável, é também no momento do diagnóstico do câncer que outros diagnósticos são feitos. A existência de doenças crônicas, muitas vezes silenciosas por não apresentarem sintomas, como a hipertensão arterial e a diabetes, foi detectada a partir do momento em que os homens passaram a frequentar o ambiente hospitalar e a realizar exames.

“Olha, tem bastante tempo que eu não sei o que é ficar doente. Nem sei o que te responder. Fiquei muitos anos sem ficar doente, sem doença nenhuma, agora de repente, além do câncer, apareceu diabetes, apareceu pressão.” (H5)

“Mas, como eu, no meu caso, eu sempre tive uma saúde constante, boa, eu não achava necessário estar procurando médico. [...] Porque comecei a ver a minha pressão, ela fica assim, oscilante. Acredito que se deve ao fato de eu ser muito ansioso. Não, não sabia, eu soube agora, de janeiro para cá é que minha vida revirou.” (H7)

“Descobri que também tinha uma hérnia umbilical, mas o médico falou que isso era o de menos e marcou o ambulatório para mim uns quatro dias depois. Aí eu vim no ambulatório, ele me examinou, perguntou se podia fazer o toque e eu falei, pode. Aí ele deu o toque e falou, seu problema não é hemorróida, a hérnia deixa para lá, o seu problema é um tumor no reto e está grande”.
(H2.)

CATEGORIA 2 : REVELANDO A INFLUÊNCIA DA MASCULINIDADE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Essa categoria apresenta como a masculinidade influencia a vida dos homens no que se refere ao processo saúde-doença. Isto é, revela como o significado de ser homem afeta na adoção de crenças, valores e hábitos de vida que acabam por implusionar um comportamento arriscado no que se refere à saúde.

Essa categoria é formada por três subcategorias sendo elas: 1) Julgando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas em relação à saúde; 2) Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença; 3) Confessando ter dificuldade para conversar certos assuntos com os profissionais de saúde.

Diagrama 4: Categoria 2 - Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

2.1 – SUBCATEGORIA 2.1 - Julgando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas em relação à saúde

Essa subcategoria foi construída a partir do momento em que os homens com câncer constatarem que existem diferenças sobre o comportamento em relação à saúde entre homens e mulheres. Nesse momento, as concepções de gênero emergem e demonstram afetar as práticas e entendimentos acerca dos cuidados de saúde.

Quadro 9 - Subcategoria 2.1 - Julgando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas em relação à saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Referindo que a esposa procura assistência de saúde periodicamente; - Referindo perceber que as mulheres tem uma perspectiva diferente em relação à saúde que os homens; - Relatando acreditar que as mulheres conversam mais entre si sobre saúde e que isso ajuda; - Afirmando que os homens não conversam sobre saúde; - Zombando da esposa e amigas por elas conversarem sobre saúde e doença; - Acreditando que homens e mulheres são diferentes no cuidado de si; - Acreditando que o fato das mulheres serem obrigadas a fazer o exame preventivo as aproxima mais dos serviços de saúde; - Pensando que é mais fácil para as mulheres perceberem algo diferente na saúde pelo fato de serem orientadas a realizar, por exemplo, o auto-exame das mamas; - Afirmando que os homens só percebem algo errado com a saúde se forem ao médico pois não existem orientações de auto-exame como nas mulheres. 	<p>Julgando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas em relação à saúde</p>	<p>Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença</p>

2.2 – SUBCATEGORIA 2.2 – Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença

Nessa subcategoria há o entrecruzamento entre questões de gênero e saúde. A subcategoria **Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença** é composta por quatro componentes: Reconhecendo a existência de fatores culturais que influenciam o processo de busca por atendimento à saúde; Lembrando dos hábitos de vida que podem ter influenciado no processo de adoecimento; Evidenciando a dificuldade relacionada com a mudança de hábitos de vida; Acreditando que o câncer não aconteceria.

Diagrama 5: Sucategoria 2.2 - Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença



Os componentes da subcategoria e seus códigos são apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 – Subcategoria 2.2 - Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando que homens demoram a buscar ajuda por se acharem fortes; - Dizendo que os homens sentem dor e suportam a dor por se acharem que não é nada grave e vai passar; - Refletindo que a conduta do homem de postergar a busca por atendimento prejudica a saúde dos homens; - Afirmando que homens não gostam de falar sobre seus problemas para ninguém; - Acreditando que os homens se prejudicam por causa de seu jeito de ver as coisas; - Julgando que os homens são prejudicados por não terem o hábito de buscar o atendimento de saúde; - Afirmando que por não terem o hábito de buscar o atendimento de saúde homens são diagnosticados em estágios mais avançados; - Afirmando que homens gostam de 	<p>Reconhecendo a existência de fatores culturais que influenciam o processo de busca por atendimento à saúde</p>	<p>Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença</p>	<p>Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença</p>

<p>cuidar e não serem cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confessando que não deixava que as pessoas soubessem de seus problemas; - Revelando que não exterioriza suas emoções negativas apenas o próprio sabe como está; - Julgando que os hábitos de vida dos homens como comer gordura e beber com mais frequência são bastante prejudiciais; - Não fazendo o exame do toque por vergonha; - Recebendo perguntas dos amigos sobre o exame do toque; - Acreditando que os homens não fazem o exame de próstata por machismo; - Ouvindo os amigos falarem que não farão o exame de próstata; - Não acreditando na mudança de hábitos de vida dos amigos a partir de seus conselhos; - Percebendo que os amigos também só procuram atendimento a saúde quando sentem problemas; - Destacando características masculinas em si; 	<p>Reconhecendo a existência de fatores culturais que influenciam o processo de busca por atendimento à saúde</p>	<p>Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença</p>	<p>Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Possuindo maus hábitos de alimentação; - Tendo um trabalho agitado; - Comendo qualquer coisa; - Descobrimo o câncer em estágio avançado por não buscar a saúde; - Buscando o atendimento a saúde tardiamente; - Concluindo que se tivesse procurado atendimento antes teria sido mais fácil seu tratamento; - Admitindo hábitos de vida como fumo e riscos ocupacionais que acredita terem contribuído para o surgimento do câncer; - Acreditando que o cigarro contribuiu para o aparecimento do câncer; - Refletindo ter sido um pouco relaxado com a saúde; 	<p>Lembrando dos hábitos de vida que podem ter influenciado no processo de adoecimento</p>	<p>Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença</p>	<p>Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sendo obrigado a mudar hábitos de vida; - Julgando um sacrifício mudar hábitos como comer e beber; - Mantendo hábitos de vida não tão saudáveis como a cerveja e o churrasco; - Mantendo hábitos alimentares mesmo após a doença; 	<p>Evidenciando a dificuldade relacionada com a mudança de hábitos de vida</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - Mantendo o hábito da cerveja; - Credo que apenas bebidas fortes, com muito álcool, fazem mal; - Mantendo os hábitos alimentares deixando de comer apenas a carne de porco; - Afirmando não alterar hábitos de vida por causa da doença; - Continuando a tomar uma cervejinha quando não está realizando quimioterapia; 	<p>Evidenciando a dificuldade relacionada com a mudança de hábitos de vida</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Não imaginando que teria câncer; - Não imaginando que pudesse ter câncer; - Refletindo que as pessoas não acreditam que o câncer acontecerá com elas; - Acreditando que os irmãos não acreditam que algo pode acontecer a eles; - Afirmando que nunca imaginou que teria câncer; - Julgando que a maioria das pessoas, inclusive o próprio, pensa que o câncer pode acontecer com os outros mas não consigo; - Afirmando que jamais pensou que pudesse ter câncer. 	<p>Acreditando que o câncer não aconteceria</p>	<p>Destacando aspectos da masculinidade que podem influenciar no processo saúde-doença</p>	<p>Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença</p>

2.2.a – Reconhecendo a existência de fatores culturais que influenciam o processo de busca por atendimento à saúde

Esse componente indica que quando pensam nos cuidados e problemas de saúde, o significado do ser homem, através do modelo hegemônico, faz parte da vida destes homens. Os homens constroem sua masculinidade embasados em paradigmas, tendo de apresentar-se com uma imagem de autosuficiência em que não percebem sua vulnerabilidade. Isso os leva a não dar a atenção necessária à saúde, e gera empecilho no acesso aos serviços médicos ao criar o pensamento de que os homens não precisam se cuidar. Assim, pensar em saúde, se cuidar, parece não fazer parte da identificação masculina, mas sim feminina.

“O homem demora muito a procurar ajuda, porque a gente se acha forte. Ah, estou com uma dor de cabeça mas daqui a pouco passa. Vai ao médico, a mulher fala. Ah, não precisa, daqui a pouco isso já vai passar. Depois vai ver, era uma coisa que se tivesse ido e feito uma consulta, poderia ter evitado problemas maiores”. (H8.)

“Eu acho que prejudica muito os homens serem desse jeito, dá problema. Agora estou vendo as coisas do lado certo, mas antes eu não via. [...] Claro que prejudica. Porque não procura médico. Quando vai, descobrir alguma coisa, já está em processo adiantado. Eu acho que a mulher, gosta mais de se cuidar. Homem e mulher são diferentes. Mulher se cuida mais e homem se cuida menos.” (H5)

2.2.b – Lembrando dos hábitos de vida que podem ter influenciado no processo de adoecimento

Possuir hábitos de vida como má-alimentação, bebida alcoólica, tabagismo, riscos ocupacionais e excesso de trabalho pareceu para os homens como fatores que influenciaram no

desenvolvimento do câncer. Assim, a masculinidade parece ainda estar associada a uma cultura de hábitos de vida prejudiciais como o cigarro, a bebida e uma alimentação rica em gorduras.

“Eu sempre fui um cara muito agitado, batalhador, trabalhador, eu sempre queria as coisas, muito trabalho. Além de muito trabalho no fim-de-semana, ficava muito com os amigos, com a família também, mas mais com os amigos, a cervejinha no bar, eu sempre fui muito disso, nunca abri mão disso, tanto que estou no quarto casamento por causa disso, mas hoje estou diferente, né. [...] Eu nunca tive assim, por causa da agitação do trabalho, nunca tive tempo para almoçar, ter que comer salada, essas coisas. Comia de qualquer jeito, fazia lanche, entendeu, isso não fazia bem.” (H1)

“Minha vida é normal. Tomo minha cervejinha, faço meu churrasco em casa, meus irmãos vão lá, eu faço angú. Conversamos sobre campeonatos, futebol, essas coisas’ (H2)

2.2.c – Evidenciando a dificuldade relacionada com a mudança de hábitos de vida

A mudança de hábitos de vida não é algo simples, uma vez que implica em mais do que apenas mudanças comportamentais, mas também implica muitas das vezes em mudanças de comportamentos e atitudes que estão ligados à identidade do indivíduo. Assim, torna-se difícil para o homem abandonar certos hábitos, pois os mesmos estão intimamente ligados ao significado de ser homem.

“Beber, comer, curtir e vai levando a vida, é isso o que eu faço. Às vezes o doutor fala, não pode comer isso, não pode comer aquilo, aí vai sendo aquele sacrifício.” (H5)

“Não, a alimentação eu continuo fazendo a mesma, a alimentação normal. A única comida que eu parei foi carne de porco, eu era viciado em carne de porco, o mas eu parei de forma radical mesmo. Mas é uma paixão que eu tenho por carne de porco, às vezes eu olho assim, ah meu Deus do céu, que vontade! Mas, não parei de tomar minha cerveja, não parei de ir para a Lapa no final de semana, porque sou apaixonado pela Lapa, vou com meus amigos, pois minha esposa é muito caseira.” (H3)

2.2.d – Acreditando que o câncer não aconteceria

Esse componente denota que os homens não imaginavam que poderiam ter uma doença como o câncer. Tal fato parece estar ligado no modo como a masculinidade faz com que os homens construam uma imagem de fortes, invulneráveis a problemas físicos. Assim, não se importar com a saúde, não valorizar alterações físicas, não reconhecer sintomas parece estar associado a “natureza” de ser homem.

“Nunca, imaginei! A gente acha sempre que vai acontecer com o vizinho, mas com a gente não. Ah, aconteceu com o vizinho, caramba, que pena. Mas, com a gente mesmo, não pensamos que pode ocorrer também. Opa, comigo não. Você nunca acha que vai acontecer contigo. A gente só acredita mesmo quando realmente acontece. Porque é como eu já havia falado, é que o homem demora muito a procurar ajuda, porque a gente se acha forte.”
(H6)

“Uma pessoa que nunca teve nada como eu, e você fica exposto a sorte da doença. Eu não sabia ainda o que era. E aí eu fiquei como estou até hoje, arrasado. Arrasado. Não vou mentir para você, dizer que isso é aceitável, porque não é. Jamais pensei que isso fosse me acontecer” (H8)

2.3 – SUBCATEGORIA 2.3 – Confessando ter dificuldades para conversar certos assuntos com os profissionais de saúde

Essa subcategoria aponta a dificuldade que os homens tem de conversar sobre certos assuntos com os profissionais da saúde. Observamos que os homens não são acostumados a falar sobre o que sentem, pois isso pode ser confundido com fragilidade. Mesmo no âmbito da atenção à saúde, esse comportamento parece se reproduzir prejudicando o atendimento e o tratamento desses homens. Outro ponto é o fato dos profissionais de saúde não receberem uma formação

voltada às diferenças das concepções de gênero na saúde e como as mesmas podem influenciar os indivíduos. Com isso, situações deixam de ser identificadas e intervenções deixam de acontecer por desconhecimento ou falta de habilidade dos profissionais para lidar com a situação.

Quadro 11 - Subcategoria 2.3 – Confessando ter dificuldades para conversar certos assuntos com os profissionais de saúde

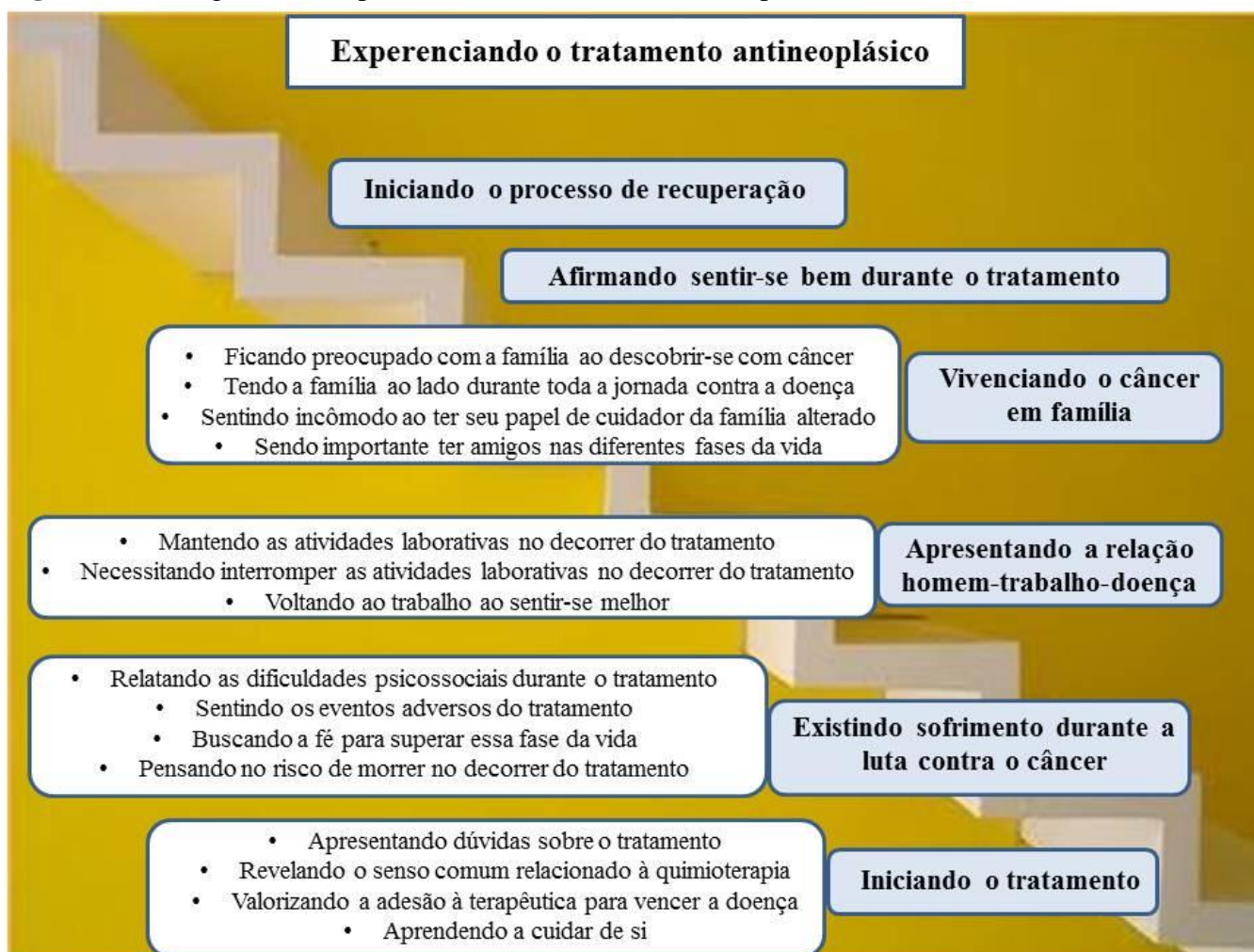
CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando ter dificuldades para conversar sobre seus problemas de saúde com os profissionais de saúde; - Afirmando que muitas pessoas se sentem envergonhadas de conversar com os profissionais de saúde sobre seus problemas; - Afirmando que apenas dependendo da situação conversa com o profissional de saúde. 	<p>Confessando ter dificuldade para conversar certos assuntos com os profissionais de saúde</p>	<p>Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença</p>

“Poderia ter um método melhor das informações prestadas no serviço de saúde, as informações poderiam ser melhoradas para os homens. Meu problema, é que eu nunca procurei um profissional de saúde para conversar. Dificuldade a gente tem, mas dependendo do grau de dificuldade das coisas a gente acaba conversando. Às vezes a pessoa se sente envergonhada de conversar. Tem pessoas que sentem vergonha, de qualquer coisa, envergonhada de tudo.” (H6)

CATEGORIA 3 – EXPERENCIANDO O TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO

A categoria **Experenciando o tratamento antineoplásico** é constituída por seis subcategorias sendo elas: 1) Iniciando o tratamento; 2) Existindo sofrimento durante a luta contra o câncer; 3) Afirmando sentir-se bem durante o tratamento; 4) Vivenciando o câncer em família; 5) Apresentando a relação homem-trabalho-doença; 6) Iniciando o processo de recuperação.

Essa categoria apresenta como os homens vivenciam o tratamento antineoplásico e a dimensão que esse tratamento assume em suas vidas. Após o impacto de descobrir-se com câncer é iniciado o tratamento antineoplásico e nesse momento os homens experienciam dúvidas, valorizam a adesão ao tratamento para melhora, relatam dificuldades, revelam o sofrimento enfrentado, dividem com a família essa fase, tem dificuldade em abandonar a rotina laboral e sentem que suas vidas foram alteradas.

Diagrama 6: Categoria 3 – Experienciando o tratamento antineoplásico

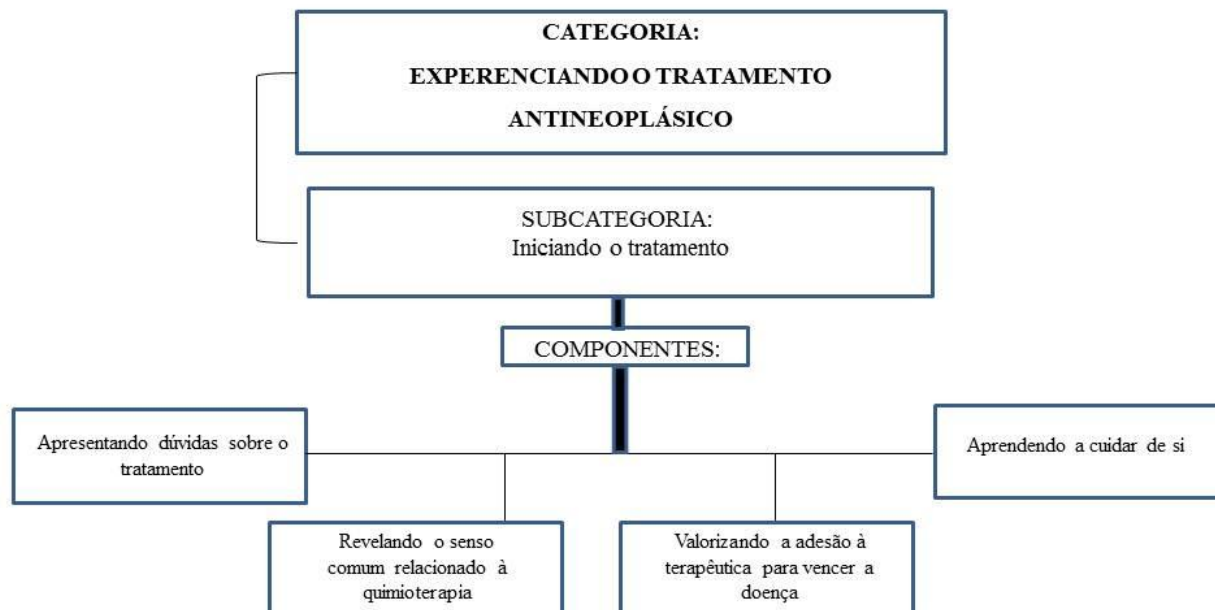
Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

3.1 – SUBCATEGORIA 3.1 – Iniciando o tratamento

Essa subcategoria marca os momentos iniciais do tratamento, evidencia as dúvidas, revela crenças que giram em torno da quimioterapia, adquire importância na vida dos homens, pois simboliza a possibilidade de melhora do câncer e exige destes homens uma nova maneira de cuidar de si.

Assim, essa subcategoria é composta por quatro componentes: Apresentando dúvidas sobre o tratamento; Revelando o senso comum relacionado à quimioterapia; Valorizando a adesão à terapêutica para vencer a doença; Aprendendo a cuidar de si.

Diagrama 7: Subcategoria 3.1 - Iniciando o tratamento



Os componentes da subcategoria e os códigos são apresentados no Quadro 12.

Quadro 12 – Subcategoria 3.1 - Iniciando o tratamento

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Perguntando se era realmente necessário realizar a quimioterapia; - Perguntando qual seria o tratamento para seu tipo câncer; - Desejando saber sobre eventos adversos; 	Apresentando dúvidas sobre o tratamento	Iniciando o tratamento	Experenciando o tratamento antineoplásico

<ul style="list-style-type: none"> - Perguntando se poderia trabalhar durante a quimioterapia ou se ficaria fraco; - Perguntando se o cabelo cairia; - Tendo dúvidas sobre alimentação durante o tratamento; 	<p>Apresentando dúvidas sobre o tratamento</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Realizando uma quimioterapia leve e sem eventos adversos; - Afirmando sentir o trajeto da quimioterapia em seu corpo; - Possuindo crenças em relação à quimioterapia; - Julgando que a quimioterapia não estava fazendo efeito por ele não sentir nada; - Sentindo a quimioterapia “esquentar” ao ser administrada e acreditar que esta faria efeito. 	<p>Revelando o senso comum relacionado à quimioterapia</p>	<p>Iniciando o tratamento</p>	<p>Experenciando o tratamento antineoplásico</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Levando o tratamento a sério; - Não faltando a quimioterapia; - Não abandonando o tratamento antes do término por julgar estar bom; - Acreditando que os medicamentos são a salvação para quem tem câncer; - Ressaltando a necessidade de seguir à risca o tratamento; 	<p>Valorizando a adesão à terapêutica para vencer a doença</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - Sentindo-se ansioso na véspera da quimioterapia; - Ressaltando a necessidade da realização da quimioterapia adjuvante; - Aconselhando as pessoas com câncer a levarem o tratamento a sério; - Acreditando na necessidade de realizar todo o tratamento para melhorar; - Acreditando que a única opção a se fazer após o diagnóstico do câncer é realizar logo o tratamento; - Afirmando estar disposto a realizar qualquer tratamento para ficar curado; - Fazendo todo o ciclo de quimioterapia mesmo sofrendo com os eventos adversos; - Fazendo sacrifícios pelo tratamento; - Obedecendo às recomendações recebidas durante o tratamento; - Seguindo a terapêutica proposta para melhorar; 	<p>Valorizando a adesão à terapêutica para vencer a doença</p>	<p>Iniciando o tratamento</p>	<p>Experenciando o tratamento antineoplásico</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Aprendendo a lidar com a bolsa de colostomia; - Recebendo orientações de como lidar com a colostomia; 	<p>Aprendendo a cuidar de si</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - Recebendo apoio de outros pacientes com câncer; - Aprendendo a realizar o curativo ao observar as enfermeiras; - Realizando o próprio curativo diariamente; - Criando estratégias mentais de enfrentamento da doença; - Conseguindo superar as adversidades da doença; 	<p>Aprendendo a cuidar de si</p>	<p>Iniciando o tratamento</p>	<p>Experenciando o tratamento antineoplásico</p>
--	---	--------------------------------------	---

3.1.a – Apresentando dúvidas sobre o tratamento

Os homens apresentam dúvidas a respeito do tratamento antineoplásico e buscam ativamente esclarecê-las através de questionamentos sobre a necessidade de realizar este ou aquele tratamento, como o tratamento o afetará fisicamente, se é possível trabalhar e realizar quimioterapia, que tipo de alimentação é a mais adequada durante o tratamento ou ainda como a quimioterapia afetará a autoimagem. Assim, os mesmos tentam obter uma previsão de como será o período do tratamento, como sua rotina será afetada e que atitudes devem ser planejadas para enfrentar essa fase.

“Eu perguntei então, tem tratamento? A médica disse que sim. Então perguntei qual seria o tratamento e o que eu teria que fazer. Ela disse que seria a quimioterapia e eu respondi que tudo bem, que faço o que vocês quiserem, o meu problema é que eu quero ficar bom.” (H4)

“Eu tomava medicamento mas não deu pois estourava a mão, aí ele passou para esse outro e eu perguntei se ia cair o cabelo mas

logo depois eu falei, já estou meio careca mesmo, não é um problema. O problema é que tem que acabar o problema do caroço.” (H2)

“O que eu espero sempre é a informação. Eu sempre pergunto, entendeu? Procuo perguntar sempre dentro da medicina, para saber o que fazer, o que esperar. Não fugir do assunto.” (H7)

3.1.b – Revelando o senso comum relacionado à quimioterapia

O câncer e seu tratamento ainda se encontra muito envolvido por conhecimentos, crenças e saberes do senso comum. Esse senso comum não tem fundamentação científica, geralmente é passado de indivíduo a indivíduo, de geração em geração, pela observação ou experiência pessoal e apresenta proposições que aparecem com raízes culturais e sociais. Sendo assim, muitos dos homens chegam a essa fase revelando crenças e dúvidas oriundas desse senso comum.

“Cheguei aqui para fazer a quimioterapia e aí no primeiro dia, quando o remédio bateu aqui dentro eu senti, ele esquentou. Eu sinto quando a quimioterapia bate dentro de mim, eu sinto nos nódulos, sinto uma queimurazinha. Eu sempre fico prestando atenção, quando o líquido vai, quando ele entra, eu fico olhando, porque eu sinto. Aí esquentou aqui e eu pensei, esse vai resolver. Graças à Deus, com esse daqui eu vou ficar bom.” (H4)

“O médico me passou uma quimioterapia leve, rápida, não vai durar mais que trinta minutos e, não tem efeito colateral.” (H3)

3.1.c – Valorizando a adesão à terapêutica para vencer a doença

Na luta contra o câncer, o tratamento é reconhecido como a única alternativa para se obter o controle ou a cura da doença. Assim, os homens entendem que seguir adequadamente o

tratamento é o caminho certo a trilhar, ou seja, segui-lo de maneira correta significa esperança de melhora dos sintomas e cura da doença.

“Olha, em primeiro lugar, é levar o tratamento a sério. Porque eu tive um exemplo na família, que é meu primo, que não levou o tratamento a sério e acabou morrendo. Ele marcava quimioterapia e não ia porque ficava no trabalho. Ele também achava que estava ficando bom antes de acabar o tratamento. Então o conselho que eu dou é esse, em primeiro lugar é a saúde, levar o tratamento a sério e mudar alguns hábitos.” (H1)

“É preciso levar o tratamento a sério. Eu conheço pessoas, teve até um sobrinho, filho de uma prima minha, ele teve e abandonou. Ele se achou pela idade, porque ele é garoto, hoje ele tem trinta anos. Ele se revoltou um pouco e abandonou a quimio, não vai. Fez dez sessões de quimio, diz que não sente mais nada e abandonou. Eu falo, você é maluco? Mas ele não escuta, não vai mais.” (H8)

3.1.d – Aprendendo a cuidar de si

O câncer fez com que os homens tivessem novas necessidades, e estas o impulsionam a adquirirem uma nova forma de cuidar de si.

“Eu mesmo quem fazia o curativo, eu via fazendo aqui no hospital. Eu via as enfermeiras fazendo tudo, eu via e aprendi. Aí eu comprei soro, comprava gaze, comprava a pasta, eu comprava tudo. Eu lavava com soro, limpava, lavava com soro bem lavado, depois botava a gaze. Aprendi direitinho. E eu ainda trabalhava com a perna desse jeito. Eu fazia o curativo e ia trabalhar. Aí depois ficou tudo bem, foi secando e secou a ferida da perna.” (H4)

“Depois disso, eu operei, aí botei a bolsinha de colostomia, a doutora falou que eu ia ficar um mês mas fiquei um ano e pouco, um ano e meio mais ou menos. Ah, você tem que aprender muito, porque controlando, o negócio vai tranquilo. Você sabendo mexer na bolsa, limpar, tudo isso eu aprendi. Aprendi no próprio hospital, com os pacientes, quando você está internado os pacientes vão dizendo as coisas. Quando eu botei, tinha um do meu lado que tinha acabado de tirar, tinha umas bolsas de

reserva, ele me deu, aí eu fui começando a aprender. Cada um faz de um jeito, né... Eu mesmo tirava, colocava, limpava, me virava mesmo.” (H2)

3.2 – SUBCATEGORIA 3.2 – Existindo sofrimento na luta contra o câncer

Essa subcategoria comprova que os homens com câncer vivenciam situações de sofrimento durante o tratamento. Esse sofrimento tem múltiplas fontes, pode ser de origem física através dos eventos adversos, social através das dificuldades encontradas para manter-se financeiramente, comprar remédios, entre outras e psicológica através do medo da morte.

Tal achado nos remete ainda a necessidade de como profissionais de saúde não nos reduzirmos ao modelo biomédico hegemônico, uma vez que os usuários demonstram que este modelo centrado apenas na doença, no tratamento ou na cura, não dá conta das suas necessidades uma vez que os mesmos desejam e tem o direito de uma vida com qualidade. Assim, observamos que as respostas a essas necessidades dos indivíduos nem sempre podem ser atendidas por profissionais da saúde, requerindo ações intersetoriais, ainda pouco discutidas no que se refere à complementaridade do cuidado.

A subcategoria **Existindo sofrimento na luta contra o câncer** possui quatro componentes sendo eles: Relatando as dificuldades psicossociais durante o tratamento; Sentindo os eventos adversos do tratamento; Buscando a fé para superar essa fase da vida; Pensando no risco de morrer no decorrer do tratamento.

Diagrama 8: Subcategoria 3.2 – Existindo o sofrimento na luta contra o câncer

Os componentes da subcategoria e seus códigos são apresentados no Quadro 13 abaixo.

Quadro 13 – Subcategoria 3.2 – Existindo o sofrimento na luta contra o câncer

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Enfrentando dificuldades de transporte para realizar o tratamento de radioterapia; - Tendo o salário reduzido por estar de licença médica; - Precisando comprar remédios pois nem todos são oferecidos pelo SUS; - Pegando ônibus cheio para ir ao tratamento; 	Relatando as dificuldades psicossociais durante o tratamento	Existindo sofrimento na luta contra o câncer	Experenciando o tratamento antineoplásico
<ul style="list-style-type: none"> - Aparecendo pequenas lesões na 			

<p>pele durante o período de quimioterapia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouvindo do médico que as lesões na pele são devido ao medicamento quimioterápico; - Perdendo peso; - Sentindo os eventos adversos da quimioterapia como enjôo, febre e cansaço; - Passando muito mal com a quimioterapia; - Sofrendo uma queda no banheiro em decorrência da fraqueza acarretada pela quimioterapia; - Permanecendo grande parte do tempo deitado por sentir-se fraco da quimioterapia; - Ficando sem comer devido à quimioterapia; - Sentindo dor com o novo ciclo de quimioterapia prescrito; - Sentindo alguns eventos adversos do tratamento quimioterápico como a mucosite; 	<p>Sentindo os eventos adversos do tratamento</p>	<p>Existindo sofrimento na luta contra o câncer</p>	<p>Experenciando o tratamento antineoplásico</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Encontrando ajuda na fé em Deus para seguir o tratamento; - Agarrando-se na fé; - Rezando muito; - Crendo na cura de Deus; - Pedindo a Deus pela recuperação; 	<p>Buscando a fé para superar essa fase da vida</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - Sentindo que a fé o ajudou; - Afirmando que sua religião o ajuda a lidar com a doença e a morte; - Crendo que Deus atua no processo de vida das pessoas; - Aceitando a doença como provação; - Acreditando que sua religião o ajuda a entender a vida pois acredita que já veio ao mundo com um trato estabelecido; - Confiando em Deus e pedindo a cura a Ele; - Afirmando que após ter feito uma oração, acordou no dia seguinte com as feridas melhores; - Julgando que Deus realizou um milagre nele com a melhora e cicatrização das feridas. 	<p>Buscando a fé para superar essa fase da vida</p>	<p>Existindo sofrimento na luta contra o câncer</p>	<p>Experenciando o tratamento antineoplásico</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Acreditando no risco de morrer durante a internação; - Tendo medo de morrer de câncer; - Preocupando-se com sua expectativa de vida; - Pensando que teria pouco tempo de vida no momento do diagnóstico - Pedindo ao cirurgião que não o deixasse morrer na cirurgia; - Preocupando-se em 	<p>Pensando no risco de morrer no decorrer do tratamento</p>		

morrer e deixar os três filhos.			
---------------------------------	--	--	--

3.2.a – Relatando dificuldades psicossociais durante o tratamento

Esse componente nos dá a comprovação de que o câncer afeta não somente aspectos físicos de uma pessoa, mas sim sua vida como um todo. Assim, além de ter que enfrentar um desgaste físico e possíveis eventos adversos advindos da quimioterapia, os homens precisam aprender a contornar as dificuldades sociais que também aparecem.

“Por enquanto, não estou trabalhando. É que eu trabalho de autônomo. Eu trabalho por conta própria. [...] Eu precisava fazer o curativo e tinha que comprar as coisas. Aí eu comprei soro, comprava gaze, comprava a pasta, eu comprava tudo. E fica difícil, é muita despesa e sem trabalhar fica ainda mais difícil.”
(H4)

“Ah, foi difícil. Eu tive que fazer a radio todo dia, fazia lá no Catete. Aí eu saía de Mesquita, pegava o ônibus, pegava o metrô, fazia todo dia, durante 30 dias, fiz 30 sessões. Saía da Pavuna, pegava o metrô largava no Largo do Machado, naquela época tinha aquela baldeação que trocava de metrô no Estácio, agora não, você vai direto mas naquela época tinha. Eu ia todo o dia, de vez em quando meu garoto me levava de carro. Agora não, já posso andar com minhas próprias pernas mas naquela época, nossa como era difícil, e não era coisa demorada não, era coisa de cinco minutos a radio, você demorava mais na viagem que lá na radio mesmo. Lá era rápido que acabava, mas fazer isso todo o dia, a viagem cansava.” (H2)

3.2.b – Sentindo os eventos adversos do tratamento

Os quimioterápicos não atuam exclusivamente sobre as células tumorais. As células normais que se renovam constantemente, como as da medula óssea, os pêlos e a mucosa do tubo

digestivo, são também atingidas pela ação dos quimioterápicos. Por esse motivo surgem os eventos adversos mais comuns do tratamento.

Esses eventos adversos apresentam toxicidade variável para os diversos tecidos e depende da droga utilizada. Assim, precisamos estar atentos a como cada indivíduo reage ao tratamento a fim de que a intervenção seja planejada e realizada de forma efetiva, ou seja, acordo com a necessidade de cada indivíduo.

Esse componente nos descreve os eventos adversos que os homens experienciaram durante a quimioterapia.

“Nessa quimioterapia, até cair no banheiro eu caí. Olha, me deu uma tontura, água não descia, comida não descia, eu ficava só deitado. Tomava água porque a gente que faz quimioterapia tem que beber muito líquido. Mas, para comer, eu comia sem vontade nenhuma, tudo amargava na minha boca.” (H4.)

“Apareceram essas manchinhas no meu rosto. Tem dado esses caroços. Uma época inflamou um pouco a gengiva e a boca e ficava difícil de me alimentar.” (H8)

3.2.c – Buscando a fé para superar essa fase da vida

As questões da espiritualidade e da fé estão muito presentes na vida das pessoas, principalmente nos momentos mais difíceis, como no momento do enfrentamento de um câncer. Nesse sentido, a fé foi descrita pelos homens como uma forma particular e espontânea para enfrentar as dificuldades do tratamento e ajudá-los a seguir em frente.

“Mas o negócio é o seguinte, eu também nunca perdi a fé, em momento algum, vinham esses pensamentos em minha cabeça, mas eu começava a rezar, começava a pedir a Deus até melhorar. Eu tenho muita fé e isso me ajudou bastante a sair dessa”. (H1)

“Tenho muita fé em Deus. A minha fé é tão grande, que eu não coloco nada na cabeça. E o que eu quero, eu consigo. Tudo que eu

peço a Deus, ele me dá. Tudo, tudo! Não tem dificuldade para mim não”. (H4)

3.2.d – Pensando no risco de morrer de câncer

Nesse componente observamos que para os homens, o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa ideia vem acompanhada de angústia e temores que perpassam o desenrolar do tratamento. Assim, o medo do desconhecido, da interrupção dos planos e a preocupação com a família marcaram os pensamentos desses homens.

“Para mim, eu tenho para mim que eu nasci de novo. Eu achava que... Quando eu fiquei internado aqui, eu fiquei internado aqui um mês, eu achava que... Eu só emagrecia, não conseguia descobrir... Eu achava que eu não voltava mais para casa. [...] Eu rezava, eu pedia muito a Deus quando eu rezava que não queria ir embora e deixar meu filho nessa idade não. Eu queria viver para cuidar dele, ele tem dois anos de idade”. (H1)

“No momento do diagnóstico eu pensei que ia morrer. No ato, pensei, se eu tiver mais três anos de vida já está bom. Foi isso que eu pensei.” (H3)

3.3 – SUBCATEGORIA 3.3 - Afirmando sentir-se bem durante o tratamento

Essa subcategoria demonstra que apesar do tratamento antineoplásico ser difícil, muitos homens conseguem diminuir o impacto da doença na rotina, contornando dificuldades como eventos adversos e problemas sociais e, como resultado, referem sentirem-se bem durante o tratamento.

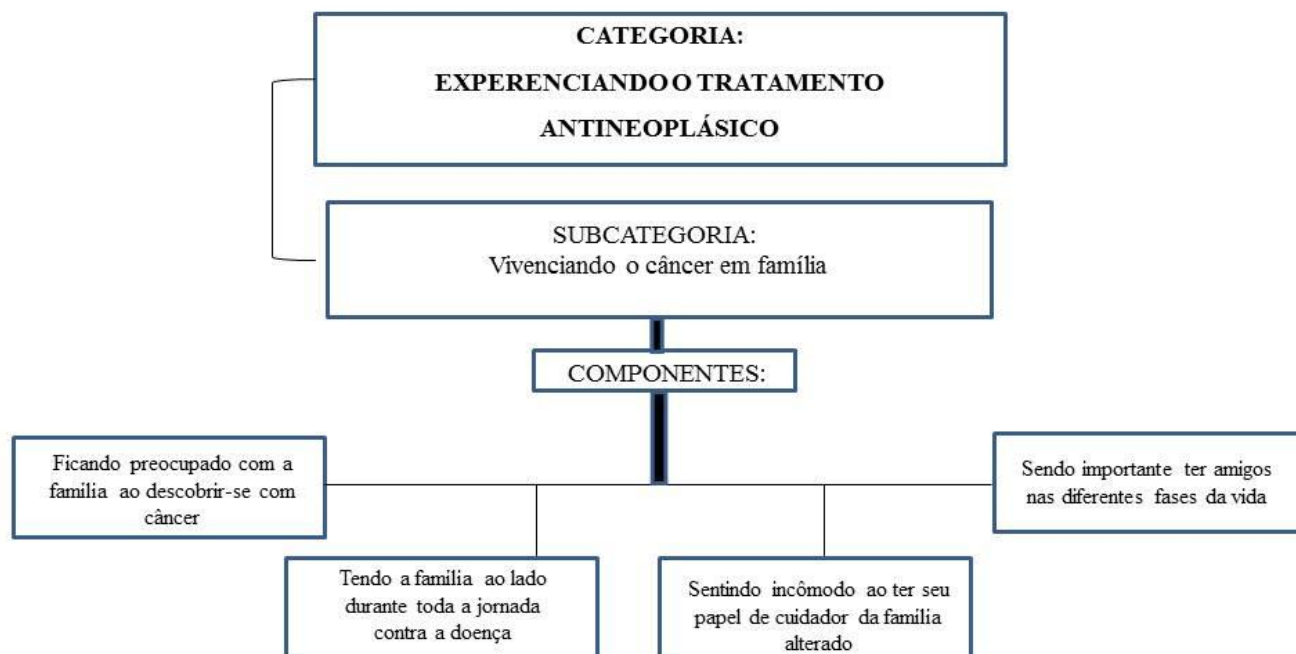
Quadro 14 - Subcategoria 3.3 - Afirmando sentir-se bem durante o tratamento

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Sentindo-se bem durante o período de quimioterapia; - Ressaltando sentir-se bem durante o período de quimioterapia; - Sentindo-se melhor já no término da primeira sessão de quimioterapia; - Ocorrendo a ruptura dos nódulos com o início da quimioterapia; - Fazendo a quimioterapia sem sentir efeitos colaterais; - Conseguindo trabalhar mesmo realizando quimioterapia. 	Afirmando sentir-se bem durante o tratamento	Experenciando o tratamento antineoplásico

3.4 – SUBCATEGORIA 3.4 - Vivenciando o câncer em família

Essa subcategoria nos revela que os homens com câncer, mesmo preocupados, decidiram por vivenciar o câncer em família. A família é o primeiro grupo o qual o ser humano faz parte, sendo uma unidade emocional e afetiva caracterizada essencialmente pelas suas dimensões psicológica e social. Assim, observamos que os membros de uma família são parte de um todo e uma mudança em um de seus membros afeta todo o grupo.

A subcategoria **Vivenciando o câncer em família** é composta por quatro componentes que dimensionam como foi para os homens partilhar a doença com suas famílias. São eles: Ficando preocupado com a família ao descobrir-se com câncer; Tendo a família ao lado durante toda a jornada contra a doença; Sentindo incômodo ao ter seu papel de cuidador da família alterado; Sendo importante ter amigos nas diferentes fases da vida.

Diagrama 9: Subcategoria 3.4 – Vivenciando o câncer em família

Os componentes da subcategoria Vivenciando o câncer em família e seus códigos são apresentados no Quadro 15.

Quadro 15 - Subcategoria 3.4 – Vivenciando o câncer em família

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Encorajando os irmãos a realizarem exames de saúde; - Preocupando-se com o filho de dois anos; - Não querendo morrer para criar o filho pequeno; - Precisando cuidar do filho pequeno; - Desejando viver para conhecer os 	Ficando preocupado com a família ao descobrir-se com câncer	Vivenciando o câncer em família	Experenciando o tratamento antineoplásico

<p>netos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupando-se em morrer na cirurgia e deixar os três filhos; - Sendo o provedor da família; - Ponderando que gosta de ajudar às pessoas, principalmente à família; - Contando que sempre trabalhou para ajudar a família que mora na Paraíba; - Sendo o provedor da família desde da morte do pai; - Afirmando pensar mais na família do que em si próprio. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Recebendo apoio da família; - Recebendo a preocupação da família; - Recebendo o apoio da esposa para levá-lo à quimioterapia quando sente-se mal; - Recebendo o apoio do filho para levá-lo à radioterapia quando sentia-se mal; - Recebendo apoio e preocupação da família; - Sendo tomado conta pela esposa e filhos no dia a dia; - Relatando que quem busca informações sobre a doença com o médico é sua mulher e filho - Sendo cuidado pela 	<p>Tendo a família ao lado durante toda a jornada contra a doença</p>	<p>Vivenciando o câncer em família</p>	<p>Experenciando o tratamento antineoplásico</p>

<p>esposa que controla sua dieta</p> <p>-Voltando a morar com a mãe para ser cuidado por ela nesta fase da doença</p>			
<p>-Precisando obedecer os filhos quando eles o chamam a atenção</p> <p>-Incomodando-se de ser chamado a atenção pela família</p> <p>-Entendendo que a família o chama a atenção por querer seu bem</p> <p>-Sentindo-se como criança novamente ao ser chamado a atenção pela família</p> <p>-Afirmando que a esposa toma conta</p> <p>-Afirmando que agora tem recebido o cuidado da família que antes cuidava</p>	<p>Sentindo incômodo ao ter seu papel de cuidador da família alterado</p>		
<p>-Tendo muitos amigos ao lado</p> <p>-Contando estar com câncer para os amigos</p> <p>-Precisando deixar o convívio com os amigos por um tempo</p> <p>-Recebendo a preocupação dos amigos</p> <p>-Voltando ao convívio dos amigos</p> <p>-Contando ao amigos sobre o câncer</p> <p>-Não escondendo estar com câncer para os amigos</p> <p>- Contando sobre o tratamento do câncer para os amigos;</p>	<p>Sendo importante ter amigos nas diferentes fases da vida</p>	<p>Vivenciando o câncer em família</p>	<p>Experenciando o tratamento antineoplásico</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Estimulando o amigo a fazer o exame do toque; - Recebendo apoio dos amigos; - Possuindo amigos que considera como família; - Sentindo-se apoiado pelos amigos. 			
---	--	--	--

3.4.a - Ficando preocupado com a família ao descobrir-se com câncer

Mesmo nos dias atuais onde a maioria das mulheres trabalham, os homens ainda constroem a imagem de provedores do lar. Observamos que a dimensão simbólica de ser homem compromete-se com a família e com a responsabilidade de ser o chefe da mesma, de dar o sustento dos filhos e da mulher. Assim, ter esse papel ameaçado pela doença gera grande apreensão aos homens. Outro fator que chama a atenção é o fato dos homens preocuparem-se com a possibilidade de outros familiares também desenvolverem a doença. Assim, muitos homens solicitaram a seus familiares que realizassem exames, o que nem sempre foi cumprido.

“Nossa, pensei na minha esposa, nos meus outros filhos, que eu tenho mais três, mas o Pedro é tudo para mim, o Pedro é tudo. Eu rezava, eu pedia muito a Deus quando eu rezava que não queria ir embora e deixar ele nessa idade não. Eu queria viver para cuidar dele, ele tem dois anos de idade.” (H1)

“E quando eu descobri essa situação comigo, eu fiz associação dos dois irmãos do meu pai. Os dois morreram, faleceram de câncer do intestino. Já falei com meus irmãos, para eles fazerem exames, mas até agora nada. Cada um tem uma cabeça diferente, sei lá. E são todos esclarecidos, meus irmãos tem nível universitário. Não eram para fazer esse tipo de coisa.” (H3)

3.4.b – Tendo a família ao lado durante toda a jornada contra a doença

Durante o tratamento antineoplásico, ter a família ao lado, apoiando, foi de grande significado para os homens pois os fez sentir amparados e mais seguros para enfrentar essa fase da vida.

“Minha mulher e meu filho conversam sempre com o médico, procuram saber. [...] Agora é ela (a esposa) quem quer que eu coma sem sal. Não pode comer doce. Mudou porque eu comia de tudo. Eu só gostava de comida pesada, agora é só saladinha, legumes. Porque eu estou precisando recuperar o meu peso. Eu perdi oito quilos nessa brincadeira. (H5)

3.4.c – Sentindo incômodo ao ter seu papel de cuidador alterado

Vivendo em uma sociedade ainda predominantemente patriarcal e acostumados a serem os chefes da família, os verdadeiros cuidadores da esposa e dos filhos, não é fácil aceitar a troca de papéis imposta pela doença. Assim, receber orientações e ordens da mulher e/ou dos filhos parece ir de encontro ao que simboliza a masculinidade para esses homens.

“Minha família me apoia, fica preocupada. E me controlam, você não pode comer isso, olha o abuso, está pegando peso, essas coisas. Mas eu tampo o ouvido às vezes. Quando te chamam a atenção para determinada coisa, é difícil. Sei quando a gente chama a atenção, a gente não chama por mal. A gente chama para o bem estar do ser humano, independente do motivo que seja. Chama para aquela pessoa acertar e não errar. Então, para evitar, para não dar mau exemplo aos meus filhos, eu acato o que eles falam. Eu falo para eles, depois que eu tive esse problema, eu virei criança, um brinquedo nas mãos deles, porque o que eles falam eu sou obrigado a respeitar.” (H3)

“Sempre buscava resolver os problemas da minha família e nunca deixei ninguém saber que eu também tinha problemas. E agora são eles que têm de cuidar de mim. Eles têm que me dar força, para eu poder voltar a cuidar deles.” (H6)

3.4.d - Sendo importante ter amigos nas diferentes fases da vida

Atualmente, entendemos que o conceito de família vai além dos laços cosanguíneos e pode ser considerada como um grupo de indivíduos que se identificam e estão vinculados por uma ligação emocional. Para os homens, receber o apoio dos amigos nessa fase foi de grande importância.

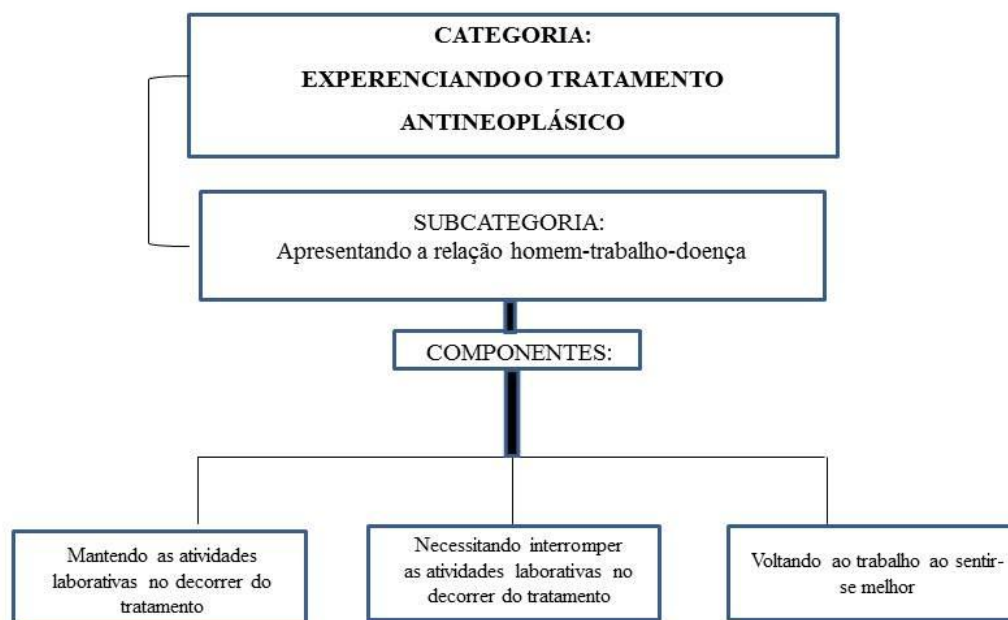
“Eu tenho grandes amigos. Onde eu chego me tratam bem, é uma família, eu considero como uma família.” (H8)

“Olha, eu sempre fui uma pessoa que não gostava de briga, sempre tive muitos amigos, tanto da balada quanto não da balada também e esses amigos estão sempre do meu lado. [...] Eu andei sumido mas agora eu estou voltando, sábado mesmo eu estive lá, conversando com a galera e eles perguntam e tem que falar, né, eu vou esconder por que. Eu falei para eles que tive que fazer tratamento, que estive doente, que estou com câncer, mas graças à Deus estou me recuperando. Eu tenho uns seis amigos realmente gente boa, dispostos a me ajudar se eu precisar de alguma coisa.” (H1)

3.5 – SUBCATEGORIA 3.5 - Apresentando a relação homem-trabalho-doença

Entendemos que o status profissional desempenha um papel importante no senso de identidade, auto-estima e bem-estar psicológico de uma pessoa. Para os homens, identificamos que o trabalho é por muitas vezes o local onde eles homens se sentem valorizados, parte de um círculo social, que o possibilita ganhar dinheiro e assim fazer parte da sociedade assumindo seu papel como mantenedor da família.

Essa subcategoria possui três componentes: Mantendo as atividades laborativas no decorrer do tratamento; Necessitando interromper as atividades laborativas no decorrer do tratamento; Voltando ao trabalho ao sentir-se melhor.

Diagrama 10: Subcategoria 3.5 - Apresentando a relação homem-trabalho-doença

Apresentamos no Quadro 16 os componentes e códigos da subcategoria Apresentando a relação homem-trabalho-doença.

Quadro 16: Subcategoria 3.5 - Apresentando a relação homem-trabalho-doença

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Permanecendo no trabalho durante o tratamento antineoplásico; - Trabalhando normalmente durante o tratamento antineoplásico; - Julgando desnecessário afastar-se do trabalho durante o tratamento 	Mantendo as atividades laborativas no decorrer do tratamento	Apresentando a relação homem-trabalho-doença	Experenciando o tratamento antineoplásico

<p>antineoplásico;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recusando afastar-se do trabalho durante o tratamento antineoplásico; - Continuando a trabalhar mesmo com a perna ulcerada pela ruptura dos nódulos 			
<ul style="list-style-type: none"> - Ficando sem trabalhar por causa da doença; - Não conseguindo mais trabalhar por falta de condições físicas; - Aposentando-se devido ao câncer; - Estando <i>encostado</i> pelo INSS; - Estando de licença médica devido ao câncer; - Sentindo-se triste por não estar trabalhando; - Referindo sentir-se parado por não estar trabalhando; - Referindo-se agoniado pela falta do trabalho; - Afirmando não aguentar mais estar sem trabalhar; - Não gostando de ficar em casa sem trabalhar 	<p>Necessitando interromper as atividades laborativas no decorrer do tratamento</p>	<p>Apresentando a relação homem-trabalho-doença</p>	<p>Experenciando o tratamento antineoplásico</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sendo o trabalho de suma importância na vida de um homem; - Enfatizando a importância do trabalho para sua vida; - Valorizando o 	<p>Voltando ao trabalho ao sentir-se melhor</p>		

trabalho; - Considerando o trabalho como tudo na vida de um homem.			
---	--	--	--

3.5.a - Mantendo as atividades laborativas no decorrer do tratamento

O trabalho apresenta-se como a principal maneira de inserção do homem no mundo público e, portanto, sendo um dos pilares sobre o qual se ergue a identidade masculina tradicional, uma vez que é através do sucesso profissional que o homem será socialmente reconhecido como tal. Sendo assim, mesmo doentes os homens procuraram manter-se trabalhando o máximo possível.

“Mesmo com a ferida na perna e a dor eu ia trabalhar. Eu ainda trabalhava com a perna desse jeito. Eu fazia o curativo e ia trabalhar.” (H4)

3.5.b - Necessitando interromper as atividades laborativas no decorrer do tratamento

Como observamos, o trabalho ocupa um papel fundamental na vida dos homens. Assim, quando há ruptura deste importante papel desenvolvido pelo trabalho, mesmo sendo causado por uma situação de saúde, observamos que muitos indivíduos sentem como se suas vidas tivessem sido interrompidas e tem dificuldades em se adaptar à nova rotina.

“Meu médico que me operou queria me dar um tempo de licença, ele queria me dar esse tempo. O tempo que eu fiquei foi só um mês de convalescência, esse tempo eu quis. Chegou um mês, ele queria me dá mais um mês, eu disse: Negativo, eu quero voltar a trabalhar, não consigo ficar dentro de casa. É a pior coisa que tem! Tenho três filhos que trabalham e fazem faculdade. Saem de casa cinco horas da manhã e retornam onze horas da noite. Tenho uma esposa que trabalha. Eu vou ficar fazendo o quê aqui dentro de casa? Ficar olhando para as paredes, cuidando de papagaio,

dando banho em cachorro, varrendo o quintal..., não é a minha praia!” (H3)

3.5.c - Voltando ao trabalho ao sentir-se melhor

Diante da importância que o trabalho representa para os homens, fazendo-os sentirem-se valorizados, parte de um círculo social, assim que se sentem melhores, os homens optam por voltar a trabalhar. Parece ser o momento onde a vida volta ao normal.

“Sim, o trabalho é bastante importante. Porque a gente precisa do trabalho. Eu já não agüento mais essa licença. Estou acostumado ao trabalho, desde muito cedo. Assim que puder, eu volto correndo a trabalhar com certeza.” (H6)

“Fiquei três meses sem trabalhar quando descobri que estava doente, comecei a me tratar mas agora o tratamento está dando resultado e eu retomei o meu trabalho, graças à Deus. Já estou me sentindo bem e já estou na batalha já.” (H1)

3.6 – SUBCATEGORIA 3.6 - Iniciando o processo de recuperação

Essa subcategoria revela o significado da recuperação para os homens com câncer. Para eles, a recuperação é percebida através da melhora dos sintomas e retomada das atividades diárias que possuíam antes do adoecimento. Assim, a recuperação não significa bons resultados de exames ou uma cirurgia considerada bem sucedida, mas sim a recuperação do peso, a volta ao convívio dos amigos, a retomada do trabalho, entre outros.

“Estou começando a me recuperar... Hoje eu estou com setenta e três quilos e meio já. Minha aparência já está voltando ao normal. Antes eu me olhava no espelho e chorava”. (H1)

Quadro 17: Subcategoria 3.6 - Iniciando o processo de recuperação

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Sentindo-se melhor; - Sentindo o tratamento dar resultado; - Voltando a ter a vida normal; - Saindo novamente para a casa de familiares e amigos; - Voltando a rotina com cautela; - Trabalhando moderado agora; - Achando rápida a recuperação; - Tendo a aparência voltando ao normal; - Continuando a vida; - Mantendo a rotina normal mesmo com câncer; - Sentindo-se bem com o tratamento; - Recuperando-se bem; - Ficando curado das feridas/nódulos na perna; - Recuperando o peso durante o tratamento. 	Iniciando o processo de recuperação	Experenciando o tratamento antineoplásico

CATEGORIA 4 - SENDO UM USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A categoria **Sendo um usuário do Sistema Único de Saúde** busca mostrar as interações existentes entre os homens e os serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Observamos que não é fácil para esses homens ingressar nesse sistema de saúde e que essa dificuldade prejudica o cuidado dos mesmos.

Dados anteriormente apresentados nos mostram que por questões socioculturais os homens tem dificuldades de perceber suas necessidades de saúde com isso, a entrada no serviço

de saúde acaba acontecendo de forma traumática, com a exacerbação dos sintomas e quase sempre pelos serviços de emergência.

Sendo assim, esses dados ilustram um dos motivos que colaboram para a sobrecarga existente nos serviços de emergência do país, que acabam por abrigar tanto os casos reais de emergência como traumas, emergências clínicas, etc, mas que também abrigam situações passíveis de atendimento ambulatorial.

Outro dado importante ressaltado pelos homens é a sobrecarga existente no SUS onde o atendimento dos profissionais muitas vezes é prejudicado pelo excesso de demanda, a marcação de exames é demorada, pois não dá conta de tamanha procura e ainda a existência de problemas na gestão da assistência farmacêutica culminando com a falta de medicamentos.

Apesar de tantas dificuldades há ainda elogios ao sistema de saúde. Esses elogios são frutos de profissionais comprometidos que fazem a diferença para os usuários.

A categoria **Sendo um usuário do Sistema Único de Saúde** é composta por três subcategorias sendo elas: 1) Experenciando problemas no sistema único de saúde; 2) Criticando o tratamento recebido no hospital; 3) Elogiando o tratamento recebido no hospital.

DIAGRAMA 11: Categoria 4 - Sendo um usuário do sistema único de saúde

Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

4.1 – SUBCATEGORIA 4.1 – Experienciando problemas no sistema único de saúde

Essa subcategoria evidencia alguns problemas enfrentados pelos homens enquanto usuários do SUS. Não são poucos os problemas enfrentados pelo SUS e seus usuários, observamos a dificuldade de acesso ao sistema, profissionais que não estão preparados para atender bem a população, carência de recursos gerando falta de medicamentos e insumos, dificuldades para se conseguir uma internação, grande demora nos encaminhamentos e na marcação para serviços mais especializados.

Diante das dificuldades, os homens com câncer se vem duplamente vítimas, da doença e do sistema de saúde no qual estão inseridos. Essas dificuldades podem ainda refletir no comportamento de saúde destes homens, que diante das adversidades encontradas acabam por deixar de procurar os serviços.

“Precisei marcar uma colonoscopia e mesmo com a solicitação da doutora que estava me acompanhando dizendo que era urgência, me marcaram para três meses depois. Aquilo me incomodou. Só sei de uma coisa, urgência não são noventa dias. É muito tempo noventa dias.” (H3)

Quadro 18 - SUBCATEGORIA 4.1 – Experienciando problemas no sistema único de saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Faltando medicamento no hospital; - Pedindo que não ocorra mais a falta de medicamentos; - Tendo dificuldades para marcar a colonoscopia por excesso de exames; - Buscando realizar exames em outras instituições; - Conseguindo realizar a colonoscopia em outra instituição com ajuda da esposa que trabalhava no hospital; - Descrevendo um mal atendimento recebido; - Discutindo com o médico por não ter recebido um atendimento adequado; - Pensando que se as pessoas reagissem ao serem atendidas de forma inadequada talvez o sistema melhorasse; - Acreditando que se as pessoas se indignassem e exigissem mais o sistema poderia ser diferente; - Ficando sem fazer 	<p>Experienciando problemas no sistema único de saúde</p>	<p>Sendo um usuário do sistema único de saúde</p>

quimioterapia por falta de medicamento no hospital; - Afirmado que é difícil o acesso à saúde pelo SUS e que o atendimento particular é caro.		
--	--	--

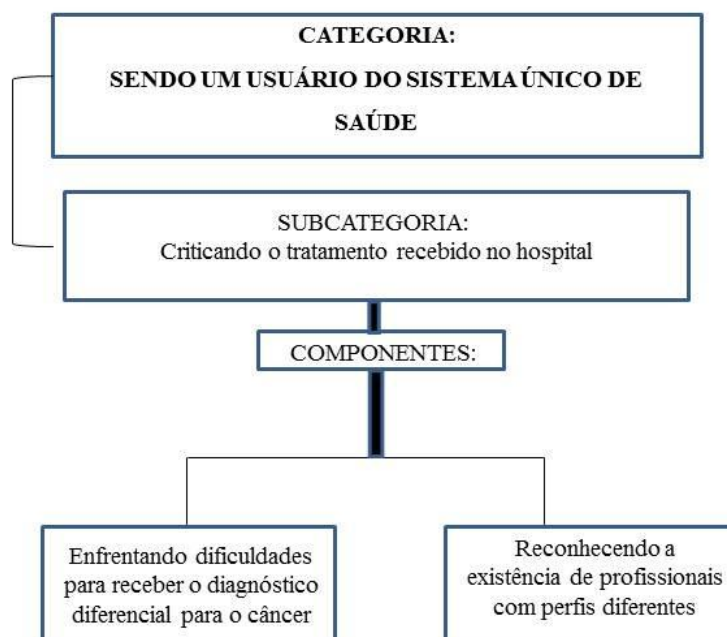
4.2 – SUBCATEGORIA 4.2 - Criticando o tratamento recebido no hospital

Essa subcategoria aponta as dificuldades que os homens enfrentaram no hospital durante o tratamento antineoplásico.

Destacam-se dificuldades relacionadas ao sistema em si, como a dificuldade em realizar exames, demora em se obter um diagnóstico, entre outros, e também dificuldades relacionadas aos recursos humanos como profissionais que não estão preparados para atender bem a população.

A subcategoria **Criticando o tratamento recebido no hospital** é composta por dois componentes: Enfrentando dificuldades para receber o diagnóstico diferencial para o câncer; Reconhecendo a existência de profissionais com perfis diferentes.

Diagrama 12: Subcategoria 2 - Criticando o tratamento recebido no hospital



Apresentamos abaixo no Quadro 19 os componentes e códigos da subcategoria Criticando o tratamento recebido no hospital.

Quadro 19: Subcategoria 4.2 - Criticando o tratamento recebido no hospital

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Recebendo o diagnóstico errado de dengue; - Fazendo vários exames; - Descartando o diagnóstico de dengue; - Recebendo o diagnóstico errado de Tuberculose; - Procurando novos médicos particulares; - Não conseguindo um diagnóstico rapidamente; - Demorando a receber o diagnóstico; - Ficando sem solução para seu problema em um atendimento inicial; - Observando sua condição piorar mesmo realizando o tratamento indicado; - Demorando a receber o resultado da biópsia; - Ficando sem diagnóstico por falta do resultado da biópsia; - Aparecendo manchas inconclusivas na 	<p>Enfrentando dificuldades para receber o diagnóstico diferencial para o câncer</p>	<p>Criticando o tratamento recebido no hospital</p>	<p>Sendo um usuário do sistema único de saúde</p>

<p>tomografia e precisando ser operado para fechar o diagnóstico.</p>			
<p>- Julgando que algumas pessoas não se comprometem verdadeiramente e apenas cumprem carga horária em seus trabalhos</p> <p>- Destacando que apesar do caos da saúde existem profissionais que vestem a camisa da profissão</p> <p>-Percebendo diferença no cuidado entre as equipes</p> <p>-Apegando-se mais a umas equipes do que com outras</p> <p>-Acreditando na vocação profissional</p> <p>-Acreditando que existem profissionais de saúde na profissão errada;</p> <p>- Julgando que as pessoas precisam se adaptar ao sistema pois não são capazes de mudá-lo;</p> <p>- Concluindo que é preciso que as pessoas abracem suas causas com satisfação e prazer;</p> <p>- Acreditando que alguns profissionais fazem suas escolhas por amor e que isso faz a diferença;</p>	<p>Reconhecendo a existência de profissionais com perfis diferentes</p>	<p>Criticando o tratamento recebido no hospital</p>	<p>Sendo um usuário do sistema único de saúde</p>

4.2.a - Enfrentando dificuldades para receber o diagnóstico diferencial para o câncer

Receber o diagnóstico do câncer não foi simples para muitos homens e isso ocorreu geralmente por dois motivos principais, a própria dificuldade do caso, uma vez que os primeiros sintomas do câncer podem ser similares aos de enfermidades comuns, dificultando o diagnóstico e, ainda, problemas oriundos da falta de recursos como demora na execução de exames, entrega dos resultados, etc. Assim, os homens revelaram que até receberem o diagnóstico diferencial do câncer um caminho de luta e sofrimento foi trilhado.

“O diagnóstico do câncer foi difícil. O que eu sentia era muita febre, muita dor de cabeça, moleza no corpo, cansaço, e aí falaram que eu estava com dengue. Fiz vários exames, é dengue, não é dengue... Depois começou a dar negativo para dengue, aí começaram a fazer mais exames, e eu já não conseguia mais trabalhar que era febre todo dia e todo dia, muita dor de cabeça, dor no corpo, aí falaram era Tuberculose, comecei a fazer exames do pulmão. Isso eu fazendo exames e passando mal. Eu fiz uma tomografia e o médico falou, o que a gente vê aqui nessa tomografia é que você tem uns nódulos aqui nessa região aqui. Mas você vai precisar de um exame mais detalhado. Aí eu vim aqui, a médica me viu e falou, olha, você está muito debilitado, eu preciso internar você para fazer os exames mais detalhados. Eu me internei, fizeram uma biópsia e aí acusou Linfoma de Hodgkin.” (H1)

“Olha só, isso aí aconteceu assim, começou a coçar, uma coceira boba, no dedão. Depois criou um tipo uma espinha. E eu coçando, então, quanto mais eu coçava, que eu gostava de coçar, aquilo foi crescendo, aquele carocinho, nunca ficava bom. Eu trabalhava e aquilo crescendo. Não, eu não procurei assistência porque eu pensei que era um negócio bobo. Depois aquele caroço feriu e foi se abrindo, parecendo uma rosa, então eu procurei o médico passou um antibiótico e passou uma pomada para usar durante dez dias. Depois aquilo foi crescendo e eu vim aqui fazer uma ficha, só que demorou um mês para eu ser atendido. Quando eu fui atendido, decidiram fazer uma biópsia e me mandaram esperar vinte dias úteis para sair o resultado da biópsia. Só que aí eu já tinha muita dor, doía muito e eu não aguentei esperar o resultado em casa, vim para a emergência e o médico acabou me

internando. Fiquei internado só tomando dipirona. Eu não estava tomando mais nada porque eles não descobriam o que era. Aí eu fiz todo o tipo de exame, me mandaram fazer tomografia. Aí descobriram que era um câncer, um Linfoma Não-Hodgkin.” (H4)

4.2.b - Reconhecendo a existência de profissionais com perfis diferentes

Esse componente retrata a interação entre os homens com câncer e os profissionais de saúde que os atenderam. Aqui observamos como o processo de interação entre as pessoas é complexo e repleto de variáveis. Os homens falam de profissionais que trabalham com comprometimento e isso significou para eles que esses profissionais trabalhavam por vocação, enquanto que profissionais que deixavam a desejar adquiriram o significado de profissionais que trabalhavam por necessidade, sem verdadeira vocação.

Observamos que essa interação influenciou os homens na construção de significados positivos e negativos no que se referem aos profissionais e ao seu próprio tratamento. Pontos positivos levantados foram: conversar, dar orientações, ser atencioso, atender aos chamados dos pacientes, demonstrar preocupação. Essa interação positiva com os profissionais é benéfica, pois permite a criação de confiança e vínculo proporcionando assim que os homens se sintam à vontade para manifestar suas necessidades sem constrangimento, contribuindo para o tratamento.

Entretanto, pontos negativos também foram apontados sendo eles, trabalhar de mau-humor, agir mecanicamente nos procedimentos, falta de interesse, demora no atendimento. Essa interação negativa com os profissionais os fizeram criar estratégias como conhecer o plantão para saber como agir, esperar determinado profissional para então manifestar sua necessidade. Essa interação negativa demonstra grande seriedade quando ouvimos ainda no relato destes homens que os mesmos acreditam que muitos casos de erro expostos na mídia são frutos destes

profissionais sem vocação. Outro relato que chama a atenção é o de medo de reclamar do serviço e ser vítima de retaliação do profissional. Assim, os homens declararam que diante de uma interação negativa, não se manifestarão, o que acarretará em prejuízo ao tratamento.

“Você vê que as pessoas se tornam pelo tempo de trabalho, se tornam uma coisa assim, tão mecânica. Aqui não. A atenção, a forma de carinho, de você perceber que aquele ser humano que está te tratando, está te tratando como um ser humano. Não está te tratando como mais um pedaço de papel que ela tem que dobrar de forma correta. Isso para gente é importante, porque você se sente gente. Você ser tratado como ser humano, é muito bom. Aí você percebe que nesse mundo podre que nós vivemos porque isso aqui é podre, existem pessoas humanas. Existem pessoas que se importam com os problemas alheios. E aqui eu percebo isso.”
(H3)

“Bem, tem as equipes, né, tem umas que você se apega mais, outras nem tanto. Tem umas que se apegam mais contigo, outras já chegam com problema, principalmente à noite. Tem umas aí que nem conversam contigo mas tem outras que não, fazem anotação, tudo certo. Tinha outras que já vinham mau-humoradas de casa, tem que trabalhar em outro emprego, quando tinha o plantão de uma lá, que nem pedir nada era um bom negócio, a gente já falava, hoje é o plantão da fulana. Tinham muitas boas mas tinha umas que já vinham com problema de casa, aí você quer mais é que o plantão passe logo. Não adianta reclamar com elas porque acho que é até pior, você tenta reclamar e se quiserem te matar ali até te matam. Não é reclamando ali que vai adiantar até porque a maioria era boa.” (H2)

4.3 – SUBCATEGORIA 4.3 - Elogiando o tratamento recebido no hospital

Apesar das dificuldades enfrentadas, os homens também elogiaram o tratamento recebido. Foi constatado que o SUS enfrenta problemas e desafios, entretanto ele viabiliza assistência integral e gratuita a população brasileira, realizando desde de procedimentos simples como consultas à alta complexidade como exames avançados de imagem e cirurgias.

“Para mim o atendimento é bom, eu é quem nunca tinha ido procurar. Eles sempre estiveram de portas abertas aqui, eu é que não procurava o atendimento. [...] Aqui, para mim, é bom o cuidado das enfermeiras. Elas querem o meu bem-estar, aqui eu me sinto bem. Quem faz tudo aqui são elas. Eu só sento aqui e elas cuidam de tudo. Elas colocam soro na veia, administram o remédio. Para mim, o tratamento é muito bom. (O.)

Quadro 20: Subcategoria 4.3 - Elogiando o tratamento recebido no hospital

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Julgando bom o atendimento no hospital; - Achando que teve sorte em seu tratamento; - Julgando-se satisfeito com o atendimento recebido no hospital; - Elogiando o atendimento recebido pelos profissionais de saúde do hospital; - Possuindo a ajuda de médicos e enfermeiros; - Tranquilizando-se ao conversar com a equipe multiprofissional; - Considerando o atendimento da oncologia muito bom; - Percebendo um cuidado humano da equipe da oncologia como um todo; - Destacando que a equipe da oncologia o atende <i>olhando nos olhos e não de cabeça baixa</i>; - Julgando-se satisfeito com o tratamento recebido na oncologia pelos profissionais serem humanos. 	<p>Elogiando o tratamento recebido no hospital</p>	<p>Sendo um usuário do sistema único de saúde</p>

CATEGORIA 5 - MODIFICANDO O PROCESSO DE VIVER APÓS O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

A comprovação de estar com uma doença grave e estigmatizada como o câncer inspirou nos homens a necessidade de reflexão. A doença os fez repensar sobre suas vidas, seus valores, suas escolhas, suas atitudes.

Assim, esses homens foram levados a construir um novo significado para suas vidas e o processo de reconstrução desse significado os fez sentir diferentes e os inspirou a realizarem mudanças.

A categoria **Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer** é composta por três subcategorias: 1) Refletindo sobre a vida com o câncer; 2) Sentindo estar diferente após a doença; 3) Repriorizando aspectos da vida com mudança de valores.

Diagrama 13: Categoria 5 – Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

5.1 – SUBCATEGORIA 5.1 - Refletindo sobre a vida com o câncer

O diagnóstico do câncer é ainda visto por muitos como uma sentença de morte e está vinculado à dor e ao sofrimento físico e psíquico. Assim, ao receber o diagnóstico do câncer, os homens foram impactados pela quebra de sua invulnerabilidade e com a possibilidade da morte.

Nesse sentido, os homens se viram envolvidos em uma situação nova, de crise, onde passam a ser vivenciados acontecimentos que exigiram enfrentamento, redefinições e mudanças no funcionamento de suas vidas.

Como consequência, os homens relataram que sentiram a necessidade de reavaliar suas vidas, uma vez que as mesmas sofreram um comprometimento que vai além do aspecto físico.

Esse processo de avaliação, englobou questões como o modo de socialização masculino, onde o mesmo busca ser o forte, provedor, voltado para a independência e para o trabalho; a influência de hábitos de vida como alimentação e tabagismo no desenvolvimento das doenças; reconhecimento da vulnerabilidade frente a doenças.

“Eu fiz um retrospecto de tudo aquilo que eu fiz na vida. Imagina, fazer um processo de avaliação de todo o meu processo de vida. Foi isso que eu fiz.” (S.J.)

Quadro 21 – Subcategoria 5.1 - Refletindo sobre a vida com o câncer

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Fazendo um processo de avaliação da vida; - Contentando-se com os acontecimentos e continuando a viver; - Acreditando que a vida é bela; - Aprendendo muito com a doença; - Julgando não adiantar se revoltar com a doença; - Levando a concluir com a doença que o ser humano não é nada; - Percebendo-se vulnerável a doenças; - Concluindo que o melhor é aceitar a doença e tentar melhorar; 	<p>Refletindo sobre a vida com câncer</p>	<p>Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Julgando a maioria das pessoas possuem problemas de saúde; - Refletindo sobre pessoas que ficam doentes sem fatores de risco e pessoas com fatores de risco que não adoecem; - Sentindo falta da vida que levava antes do câncer; - Desejando ter sua rotina reestabelecida; - Ficando emocionado ao pensar nas mudanças que o câncer trouxe para a própria vida; - Reconhecendo a importância da família; - Manifestando o desejo de ficar curado e voltar a cuidar da família como fazia antes de adoecer. 	<p>Refletindo sobre a vida com câncer</p>	<p>Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer</p>
--	--	--

5.2 – SUBCATEGORIA 5.2 – Sentindo estar diferente após a doença

Após o processo de reflexão desencadeado pelo câncer, os homens relatam se sentirem diferentes, isto é, relatam que reavaliaram suas vidas e que essa reavaliação os transformaram.

No momento em que os homens foram levados a refletir sobre suas vidas é também feita uma reflexão sobre seu conceito de masculinidade, e uma vez que a masculinidade é socialmente construída e em um processo de interação com outros, eles reavaliam características em suas masculinidades e permitem se tornar homens diferentes no modo de pensar e agir.

“Hoje eu vejo a vida diferente, né... Vejo que a vida a gente tem que estar ali, fazendo, tentando. Daqui para frente, qualquer coisa que eu tiver, que eu sentir, eu corro para o médico, para tentar assim que puder, diagnosticar rápido. Eu tenho muita vontade de viver, eu tenho um filho de dois anos. [...] Me descrevo hoje mais centrado, vivendo mais para casa e para o trabalho, já não saio tanto com os amigos. Como te falei, minha vida agora é outra.”
(H1)

“Penso diferente agora. Acho que tem que buscar mais a miúdo, procurar a assistência médica de vez em quando, fazer um check-up, para prevenir o início. Porque quando eu fui, posso dizer que já fui no final mesmo quando já não aguentava mais.” (H2)

Quadro 22 - Subcategoria 5.2 – Sentindo estar diferente após a doença

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Vendo a vida diferente; - Nascendo de novo; - Vivendo cada dia; - Tendo muita vontade de viver; - Sendo mais centrado; - Sendo diferente hoje; - Acreditando na necessidade das pessoas fazerem exames periódicos; - Acreditando na necessidade de se realizar o exame de próstata; - Reconhecendo a importância de fazer o exame de próstata; - Procurando o médico por qualquer coisa; - Reconhecendo a importância da prevenção; - Acreditando que a prevenção ajuda na detecção precoce da doença; - Afirmando que a doença não o mudou para pior; - Procurando buscar ser melhor a cada dia. 	<p>Sentindo estar diferente após a doença</p>	<p>Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer</p>

5.3 – SUBCATEGORIA 5.3 – Repriorizando aspectos da vida com mudança de valores

Após refletirem e sentirem-se diferentes, os homens adotam mudanças em suas vidas. Essas mudanças são o resultado de todo processo interativo homem-câncer-tratamento vivenciado.

Assim, atitudes que eram consideradas habituais e condizentes com a masculinidade como falta de atenção com a saúde, alimentação descontrolada, tabagismo, excesso de trabalho, saídas com amigos em detrimento da família, entre outras, tem seu significado alterado e atitudes que até então eram consideradas como sinal de uma fraqueza e vulnerabilidade, não condizentes com a masculinidade, também tiveram seu significado alterado e agora passaram a se mostrar importantes na vida destes homens, havendo assim uma repriorização de crenças, valores e atitudes.

“Poxa, mudei, da água para o vinho. Sou outra pessoa. Do jeito de vida que eu levava e agora como estou levando. A farra, bebida, noites perdidas em vão. Agora a minha mente é outra, totalmente. Minha filha está mais presente. Sente falta de mim e liga pra falar que estava com saudades. Vi que o que eu estava fazendo não era certo. Se a pessoa pára para pensar, consegue perceber que aquilo era errado. Mudei a alimentação, frituras, eu evito e também não estou bebendo como eu bebia antes.” (H6)

“Mudou porque eu comia de tudo. Eu só gostava de comida pesada, agora é só saladinha, legumes. Porque eu estou precisando recuperar o meu peso. Parei de fumar também.” (H5)

Quadro 23 - Subcategoria 5.3 – Repriorizando aspectos da vida com mudança de valores

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando que o câncer o fez repensar sobre a vida e mudar; - Julgando ter mudado bastante seus valores após o 	Repriorizando aspectos da vida com mudança de valores	Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer

<p>câncer;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorizando mais a família após o câncer; - Julgando errada a vida que levava antes de ter câncer; - Aprendendo a viver diferente; - Desistindo das noitadas pela saúde; - Desistindo da balada; - Diminuindo a agitação; - Correndo para o médico ao sentir qualquer coisa após a experiência do câncer; - Vivendo mais para a família; - Reaprendendo a comer e beber; - Sendo obrigado a comer e beber melhor pela saúde; - Preocupando-se com opções mais saudáveis de hábitos de vida; - Tendo a saúde em primeiro lugar; - Não fazendo certas coisas por causa da doença; - Prestando mais atenção na própria saúde; - Incorporando a rotina de buscar atendimento periódico a saúde; - Repensando a saúde como prioridade. 	<p>Repriorizando aspectos da vida com mudança de valores</p>	<p>Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer</p>
---	---	--

4.2.2 – APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS NA CODIFICAÇÃO DOS DADOS DO GRUPO DAS ENFERMEIRAS

Durante a fase de codificação axial deste grupo amostral, emergiram sete categorias, a saber: **1) Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade; 2) Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no trabalho do**

enfermeiro; 3) Reconhecendo questões de gênero interferindo na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer; 4) Identificando fatores restritivos ao trabalho gerencial do enfermeiro; 5) Constatando barreiras no Sistema Único de Saúde; 6) Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero e 7) Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer. Cada categoria, com respectivas subcategorias e componentes, quando presentes, será detalhada a seguir.

CATEGORIA 6: BUSCANDO TRABALHAR NA ONCOLOGIA DE ACORDO COM O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

A categoria Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade é composta por três subcategorias, sendo elas: 1) Valorizando a prática interdisciplinar no serviço de oncologia; 2) Desenvolvendo vínculo com usuários da oncologia; 3) Apontando a informação como aliada do usuário na busca por seu direito à saúde.

A categoria e suas subcategorias mostram que as enfermeiras da oncologia trabalham vislumbrando atender ao princípio da integralidade presente em nosso Sistema Único de Saúde. Observamos que essa integralidade se viabiliza através da interação enfermeira-usuário, que acaba por se constituir em vínculo, que por sua vez torna possível que esse usuário tenha suas necessidades conhecidas pelo profissional enfermeiro que busca atendê-las, seja de forma direta, seja através do trabalho interdisciplinar.

Diagrama 14: Categoria 6 - Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

6.1 - SUBCATEGORIA 6.1: Valorizando a prática interdisciplinar no serviço de oncologia

Essa subcategoria apresenta o valor atribuído pelas enfermeiras ao trabalho interdisciplinar realizado no serviço de oncologia. Nesse sentido, elas ressaltaram que a interação entre os profissionais da equipe multidisciplinar ocorre de forma positiva e integrada, isto é, os profissionais tem conhecimento das múltiplas causas e fatores envolvidos em dada realidade relatada pelo usuário, e a partir do exercício da comunicação, esses profissionais realizam o

encaminhamento dos usuários para os demais membros da equipe multiprofissional, convergindo para a integralidade do atendimento. Exemplificando, destamos as falas das enfermeiras E1:

“Tem lugar que é só quimioterapia, o paciente já passou pela consulta e a QT é separada, mas aqui nós fazemos junto, o acompanhamento, nós trabalhamos de forma interdisciplinar. Então, nutrição, serviço social, psicologia, farmácia, nós fazemos isso tudo, nós trabalhamos junto. Às vezes tem algum problema, vai o serviço social, nós trabalhamos junto, um acionando o outro quando precisa e periodicamente a gente se reúne. O paciente sai do médico, passa no serviço social, passa na nutrição, se precisar vai na psicologia, passa na enfermagem se tem quimioterapia e tem que orientar e ainda passa na farmácia também. Então é tudo interligado, nós trabalhamos juntos”. (E1)

“Existe uma boa interação entre a equipe, entre todo mundo, todos ficam aqui, todos se conhecem e todos se dão bem. Tem facilidade de acesso entre os profissionais. Existe um bom desempenho multiprofissional. Os médicos são bem acessíveis então se precisar, não tem aquela formalidade ou barreira de medo se será ouvida ou bem recebida, todos são bastante acessíveis. Trabalhamos de forma interdisciplinar. A psicóloga está sempre presente pergunta se tem necessidade dela. Se eu vejo algo, encaminho para ela. Não há formalidade de encaminhamento, um formulário, é feito de forma verbal mesmo. Eu posso até registrar no prontuário esse encaminhamento, mas não tenho que preencher formulário para pedir o parecer, é mais fácil o acesso, menos burocracia.” (E4)

Quadro 24: Subcategoria 6.1: Valorizando a prática interdisciplinar no serviço de oncologia

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Buscando ativamente conhecer os usuários e seus problemas; - Reconhecendo que a baixa renda econômica dos usuários pode influenciar negativamente no tratamento; - Buscando ajudar os usuários a resolver problemas sociais - Considerando que os problemas sociais dos usuários pertencem a toda a equipe; - Acreditando que o homem 	<p>Valorizando a prática interdisciplinar no serviço de oncologia</p>	<p>Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade</p>

<p>com câncer precisa de cuidados além dos técnicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acreditando que o homem com câncer necessita de esperança e carinho de quem cuida; - Incentivando os homens com câncer a se cuidarem e ter esperança - Explicando a importância do tratamento oncológico em toda sua extensão não apenas de forma curativa; - Considerando que a fé ajuda na luta contra o câncer; - Estimulando a fé nos homens com câncer; - Tendo uma visão holística do homem com câncer; - Estimulando atividades de lazer; - Considerando que o tratamento exige muito emocionalmente do usuário; - Estimulando atividades culturais para os homens com câncer; - Sendo o trabalho multidisciplinar importante para o serviço na oncologia; - Valorizando poder trabalhar de forma interdisciplinar na oncologia; - Trabalhando junto com os demais profissionais de saúde na oncologia; - Existindo reuniões interdisciplinares para passar os casos e buscar soluções para os usuários da oncologia; - Elogiando a interação entre a equipe multiprofissional; - Relatando ter acesso fácil a todos os profissionais da equipe multidisciplinar; - Encaminhando usuários para 	<p>Valorizando a prática interdisciplinar no serviço de oncologia</p>	<p>Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade</p>
---	--	--

outros profissionais da equipe multidisciplinar; - Recebendo usuários encaminhados por outros profissionais da equipe multidisciplinar; - Referindo que o trabalho multidisciplinar acontece sem burocracia.		
--	--	--

6.2 - SUBCATEGORIA 6.2: Desenvolvendo vínculo com usuários da oncologia

Nessa subcategoria, foi destacado pelas enfermeiras que na interação enfermeira-usuário, é estabelecido um vínculo entre quem é o responsável pelo cuidado e quem é o sujeito do mesmo. Esse vínculo aproxima a enfermeira do usuário e vice-versa, atuando de forma positiva na relação pois estabelece afeto e uma relação terapêutica comprometida com o indivíduo. Isso pode ser observado nas seguintes falas:

“Ah, eu converso bastante com eles antes, estabeleço um vínculo e tento conversar o mais natural possível com eles, como se fosse um bate papo mesmo. Falo com eles que eles podem ficar bem à vontade, que esse é o meu trabalho mesmo e que estou aqui para ajudá-lo. Tento passar segurança para o paciente antes de tudo.” (E5)

“E como nossos pacientes estão muito tempo com a gente, criam-se vínculos, já conhecemos até a família, a vida deles, quem é o filho, quem se tornou avô há pouco tempo, se viajou, então tem aquela interação legal e isso também é uma motivação.” (E4)

Quadro 25 : Subcategoria 6.2: Desenvolvendo vínculo com usuários da oncologia

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
- Procurando conhecer o homem sujeito do cuidado de enfermagem; - Ligando para os usuários em caso de falta no atendimento; - Desempenhando outras atividades para ajudar os	Desenvolvendo vínculo com usuários da oncologia	Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade

<p>usuários a resolverem seus problemas sociais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficando preocupada com os usuários quando seu estado de saúde piora; - Incentivando os homens com câncer a se cuidarem e ter esperança; - Percebendo que para os homens é preciso primeiro confiar na enfermeira para depois falar sobre seus problemas; - Sendo necessário estabelecer uma relação de vínculo com o homem para melhor cuidar; - Possuindo vínculo com os usuários; - Criando vínculo com os homens com câncer; - Percebendo a existência de vínculos entre a equipe de enfermagem e os usuários da oncologia. 	<p>Desenvolvendo vínculo com usuários da oncologia</p>	<p>Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade</p>
---	---	--

6.3 - SUBCATEGORIA 6.3: Apontando a informação como aliada do usuário na busca por seu direito à saúde.

As enfermeiras revelam nesta subcategoria que a informação funciona como importante aliada dos usuários do Sistema Único de Saúde. Entendendo a saúde um direito universal e gratuito assegurado ao usuário pela Constituição Federal, as enfermeiras entendem que esses usuários precisam estar cientes desse direito para que assim consigam garantir seu tratamento de forma integral, independente do nível de complexidade do sistema que se demande. Dessa maneira, destacamos a colocação da enfermeira abaixo:

“No começo, era um serviço pequeno, nós não tínhamos toda essa organização, não tinha farmácia, não tinha nutrição, não tinha

psicologia, então o paciente era mais acomodado pois eles não tinham tantos recursos. Então agora que tem mais recursos, eles começaram a ter mais informações e a ser mais exigentes e está certo. Eles com as informações, a mídia também está aí, eles estão buscando mais o direito deles e a gente também fala, procurem seus direitos. O mínimo que eles podem é ir na ouvidoria, tem aqui o número, tudo para eles, mas alguns buscam o ministério público para conseguir medicação ou alguma outra necessidade. Então, eles passaram a ser mais exigentes por causa dos recursos que aumentaram e também da informação, eles passaram a ser melhor informados por essa equipe multidisciplinar.” (E1)

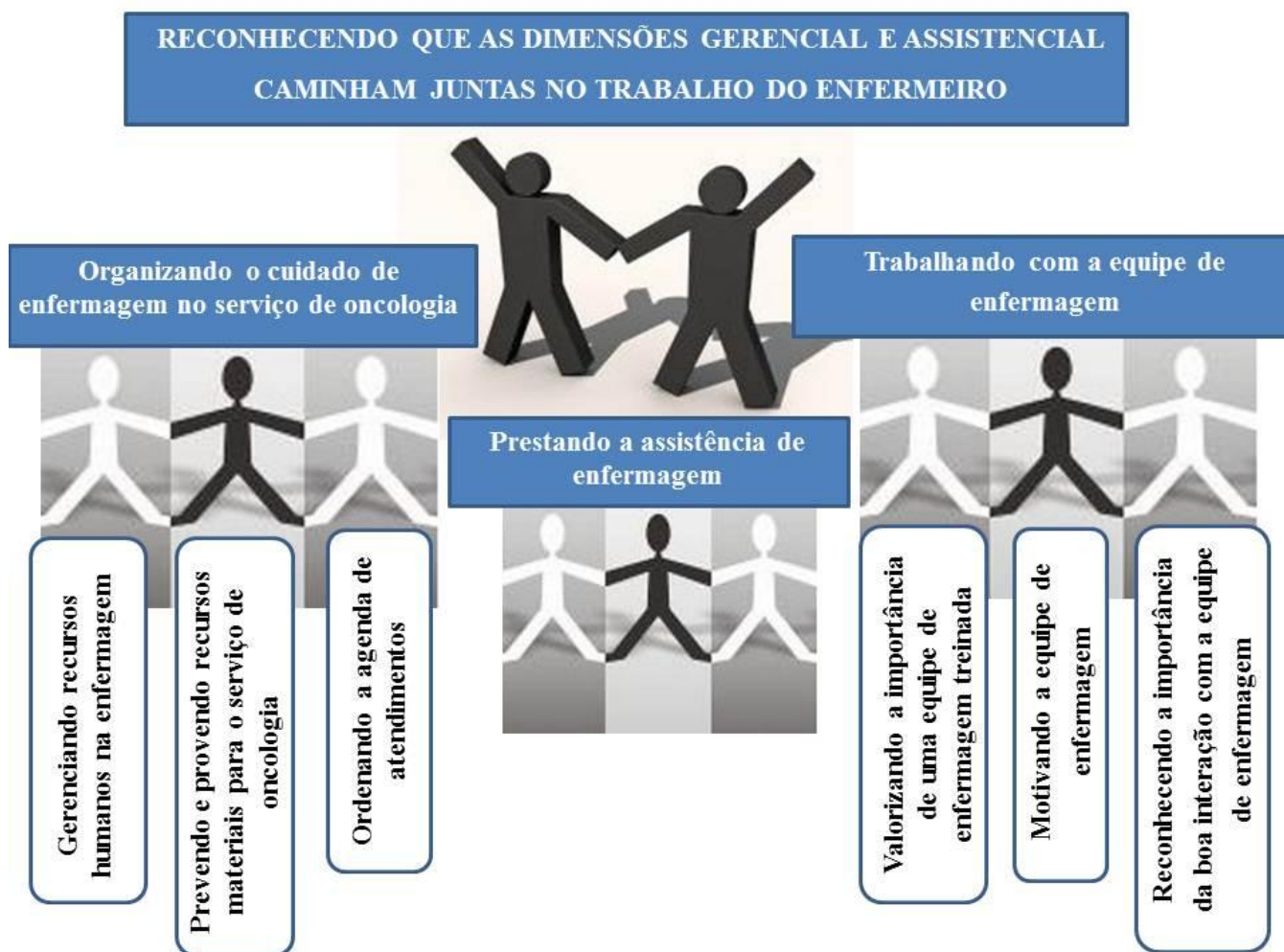
Quadro 26 : Subcategoria 6.3: Apontando a informação como aliada do usuário na busca por seu direito à saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Julgando que o acesso à informação torna os usuários mais exigentes no atendimento; - Concordando que os usuários precisam buscar seus direitos; - Orientando os usuários a buscar seus direitos através do serviço de ouvidoria; - Orientando os usuários a buscar seus direitos através do ministério público; - Destacando que usuários entram na justiça para conseguir atendimento e medicamentos. 	<p>Apontando a informação como aliada do usuário na busca por seu direito à saúde</p>	<p>Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade</p>

CATEGORIA 7: RECONHECENDO QUE AS DIMENSÕES GERENCIAL E ASSISTENCIAL CAMINHAM JUNTAS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

A categoria Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no trabalho do enfermeiro é composta por três subcategorias, sendo elas: 1) Organizando o cuidado de enfermagem no serviço de oncologia; 2) Trabalhando com a equipe de enfermagem; 3) Prestando a assistência de enfermagem.

Diagrama 15: Categoria 7: Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no trabalho do enfermeiro



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

7.1 - SUBCATEGORIA 7.1: Organizando o cuidado de enfermagem no serviço de oncologia

Essa subcategoria demonstra um conjunto de ações desenvolvidas pelas enfermeiras com o objetivo de organizar o cuidado de enfermagem no serviço de oncologia. A subcategoria em questão é formada por três componentes: Gerenciando recursos humanos na enfermagem, Prevendo e provendo recursos materiais para o serviço de oncologia e Ordenando a agenda de atendimentos.

Quadro 27 : Subcategoria 7.1: Organizando o cuidado de enfermagem no serviço de oncologia

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Organizando as escalas dos membros da equipe de enfermagem; - Atentando para o serviço eficaz de funcionários da recepção, da secretaria e da limpeza; - Buscando antecipar soluções para problemas identificados na gerência dos recursos humanos; - Gerenciando os recursos humanos da equipe de enfermagem da oncologia; - Afirmado que problemas gerenciais nos recursos humanos geram 	<p>Gerenciando recursos humanos na enfermagem</p>	<p>Organizando o cuidado de enfermagem no serviço de oncologia</p>	<p>Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no processo de trabalho do enfermeiro</p>

<p>diretamente problemas para os usuários;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entendendo que não é qualquer funcionário que pode sanar problemas de recursos humanos na oncologia pela especialidade do setor. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciando os recursos materiais da oncologia; - Buscando antecipar soluções para problemas identificados na gerência dos recursos materiais; - Provedo recursos materiais para a oncologia; - Preenchendo a folha de gastos de recursos materiais no prontuário dos usuários; - Afirmado que problemas gerenciais nos recursos materiais geram diretamente problemas para os usuários; - Precisando trabalhar de forma articulada com o almoxarifado do hospital. 	<p>Prevendo e provedo recursos materiais para o serviço de oncologia</p>	<p>Organizando o cuidado de enfermagem no serviço de oncologia</p>	<p>Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no processo de trabalho do enfermeiro</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciando a marcação das quimioterapias; - Centralizando a marcação das quimioterapias no 	<p>Ordenando a agenda de atendimentos</p>		

enfermeiro; - Sendo responsável pelo agendamento das quimioterapias; - Agendando as quimioterapias dos usuários; - Sendo o enfermeiro o responsável pelo agendamento das quimioterapias; - Agendando as quimioterapias do serviço de oncologia.	Ordenando a agenda de atendimentos	Organizando o cuidado de enfermagem no serviço de oncologia	Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no processo de trabalho do enfermeiro
---	---	--	---

7.1.a Gerenciando recursos humanos na enfermagem

Esse componente evidencia o trabalho das enfermeiras na gerência dos recursos humanos da equipe de enfermagem, sendo destacado que essa organização dos recursos humanos precisa ser realizada de forma bem planejada para que os usuários recebam o melhor cuidado de enfermagem possível. Outro ponto salientado é o fato do serviço de oncologia ser um setor especializado, há dificuldades em se conseguir recursos humanos capacitados para cobrir faltas ou férias de funcionários.

“Tem as escalas, tem que ver se o pessoal vem, não vem, os problemas de falta, férias, esses problemas todos. Às vezes tem um com um problema, vem, conversa, tem essa parte toda. Toda essa parte, tudo o que gera problemas para o pessoal trabalhar, tudo isso vai bater lá no cuidado do paciente.” (E1)

“E também tem que organizar os funcionários para não deixar falta, pois aqui é um setor especializado, não é qualquer um que trabalha aqui. Não dá para ligar, avisar que tem falta e pedir remanejamento lá da unidade de internação, de uma emergência ou clínica médica, pois não é qualquer um que vai saber trabalhar aqui para cobrir, aqui é um setor bem específico. Então tem que saber gerenciar isso para não trazer danos ao paciente.” (E6)

7.1.b – Prevendo e Provendo recursos materiais para o serviço de oncologia

Aqui foram apresentadas questões que envolvem o fluxo de materiais no serviço de oncologia, compreendendo a programação do que é necessário e o acompanhamento da movimentação dos materiais no almoxarifado. Foi destacado pelas enfermeiras, como observamos nas falas abaixo, que elas acompanham o consumo da unidade e se preocupam com a previsão dos materiais para que nada falte e, conseqüentemente, prejudique o tratamento dos usuários do serviço.

“Eu tenho que prever o material necessário, para não deixar faltar, porque senão isso vai acarretar problemas lá na frente, na QT. Se falta, por exemplo, um equipo de infusão de bomba domiciliar, o paciente é diretamente prejudicado, ele deixa de fazer a medicação. Então eu já vejo assim, eu tenho uma planilha de estoque, sinalizo com o estoque do hospital o que é preciso e eles me avisam também se tem algo em falta para eu segurar aqui até ter empréstimo de outro local ou pregão de compra. Então a gente cria um contato com o almoxarifado para não deixar faltar nada aqui e não trazer danos ao paciente.”(E6)

7.1.c – Ordenando a agenda de atendimentos

Nesse componente, é destacado que o agendamento das quimioterapias é de atribuição exclusiva dos enfermeiros do setor e tal fato se dá pelo papel central que o enfermeiro possui junto a equipe multiprofissional, em sua atuação interdisciplinar. Foi identificado pela equipe multiprofissional que o profissional enfermeiro conseguem interar-se de questões dos usuários como o acompanhamento dos resultados de exames laboratoriais, bem como de questões burocráticas do serviço como o estoque de quimioterapia da farmácia. Sendo assim, foi definido

que o enfermeiro seria o profissional mais hábil para encarregar-se de tal tarefa. A fala abaixo ilustra o acima destacado:

“Só a gente que marca as quimioterapias. Só a gente que agenda e orienta o paciente, só a gente. A chefe do serviço pediu para apenas as enfermeiras manipularem o mapa para poder marcar o paciente pois às vezes o ciclo de QT é diário D1 a D5 como a gente chama, às vezes D1, D8 e D15, às vezes é uma vez por semana, e ela quer que só o enfermeiro faça esse agendamento para centralizar as ações e evitar erros. Também porque nós ficamos interadas de tudo, se falta algum medicamento, se o exame de sangue está bom, essas coisas.” (E2)

7.2 - SUBCATEGORIA 7.2: Trabalhando com a equipe de enfermagem

Nessa subcategoria, o trabalho da enfermagem é destacado como um trabalho em equipe, uma vez que no seu cotidiano ele é realizado de forma compartilhada pelos indivíduos. Nesse sentido, é importante que a interação entre os membros dessa equipe seja positiva para que os mesmos trabalhem de forma coletiva e integrada. Essa subcategoria é composta ainda por três componentes sendo eles: Valorizando a importância de uma equipe de enfermagem treinada; Motivando a equipe de enfermagem e Reconhecendo a importância da boa interação com a equipe de enfermagem.

Quadro 28 : Subcategoria 7.2: Trabalhando com a equipe de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Possuindo uma equipe de enfermagem estruturada; - Considerando a equipe de enfermagem bem 	Valorizando a importância de uma equipe de enfermagem treinada	Trabalhando com a equipe de enfermagem	Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no processo de trabalho do

<p>treinada;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contando com a parceria das técnicas de enfermagem da equipe; - Considerando bom o trabalho da equipe de enfermagem da oncologia; - Confiando na qualidade da equipe de enfermagem da oncologia; - Confiando no trabalho da equipe de enfermagem da oncologia; - Esclarecendo a equipe de enfermagem a ordem de administração das QTs e o tempo de infusão; - Tirando dúvidas da equipe de enfermagem no que se refere ao processo de administração da QT; - Tirando dúvidas da equipe de enfermagem no que se refere a toxicidade das drogas. 			<p>enfermeiro</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Motivando a equipe de enfermagem; - Elogiando a equipe de enfermagem do serviço de oncologia; - Reunindo a equipe de enfermagem para conversar e 	<p>Motivando a equipe de enfermagem</p>	<p>Trabalhando com a equipe de enfermagem</p>	<p>Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no processo de trabalho do Enfermeiro</p>

<p>estimular;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscando motivar sua equipe de enfermagem; - Percendo que mesmo tendo anos de serviço a equipe de enfermagem da oncologia é motivada no cuidado aos usuários. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo a importância da boa interação da equipe; - Trabalhando em parceria com as técnicas de enfermagem do setor para melhor cuidar; - Afirmando que a boa interação da equipe de enfermagem proporciona um cuidado de qualidade; - Elogiando o trabalho harmonioso da equipe de enfermagem da oncologia; - Reconhecendo como importante a boa interação da equipe de enfermagem da oncologia; - Apreciando a interação entre a equipe de enfermagem. 	<p>Reconhecendo a importância da boa interação com a equipe de enfermagem</p>	<p>Trabalhando com a equipe de enfermagem</p>	<p>Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no processo de trabalho do enfermeiro</p>

7.2.a - Valorizando a importância de uma equipe de enfermagem treinada

Sendo o trabalho da enfermagem realizado em equipe, é importante que os integrantes dessa equipe tenham confiança no trabalho um do outro. Assim, esse componente revela que possuir uma equipe de enfermagem treinada é algo valorizado pelas enfermeiras do serviço.

“Olha, aqui na oncologia, agora eu estou com uma equipe estruturada. Os enfermeiros, cada um no seu plantão, a equipe auxiliar já está bem treinado. Isso tudo é muito importante pois trabalhamos em equipe e precisamos nos ajudar.” (E1)

7.2.b – Motivando a equipe de enfermagem

No cotidiano do trabalho em enfermagem a motivação surge como um importante aspecto para conferir uma maior qualidade à assistência prestada no serviço, pois ela envolve a satisfação dos profissionais. Sendo assim, as enfermeiras ressaltam que procuram motivar os membros de sua equipe com o objetivo de criar um ambiente positivo que gere benefícios tanto para os funcionários quanto para os usuários do serviço.

“A equipe é motivada, trabalha bem e interage bem. Aqui na oncologia, quem trabalha aqui, é diferente. Acho que por lidar com o câncer, as pessoas são mais sensíveis. E como nossos pacientes estão muito tempo com a gente, criam-se vínculos, já conhecemos até a família, a vida deles, quem é o filho, quem se tornou avô há pouco tempo, se viajou, então tem aquela interação legal e isso também é uma motivação.” (E4)

7.2.c - Reconhecendo a importância da boa interação com a equipe de enfermagem

Ocorrendo de forma coletiva e não individual, o trabalho de enfermagem acontece através da interação entre os membros da equipe. Essa interação abrange tanto aspectos de

percepção como de comunicação entre os envolvidos que trabalham para colaborar com os usuários no processo de saúde-doença. Sendo assim, esse componente aponta que uma interação positiva entre os membros da equipe de enfermagem proporciona uma melhor qualidade do atendimento ao usuário como observamos na seguinte fala:

“Trabalhamos bem em equipe aqui. As meninas se preocupam, sempre tomam conta, elas descobrem se o paciente tem alguma lesão na pele, pode até não ter nada a ver com a quimioterapia, mas até que prove o contrário elas falam “deixa a nossa enfermeira ver” então elas chamam imediatamente eu ou a colega para ver aquela lesão, para fazer um curativo, fornecer o material. E assim quem ganha é o paciente.” (E3)

7.3 - SUBCATEGORIA 7.3: Prestando a assistência de enfermagem

Essa subcategoria aponta a organização e o planejamento dos cuidados de enfermagem que os enfermeiros executam no serviço de oncologia. O processo de cuidar é o eixo central do trabalho em enfermagem e se constitui em um processo complexo composto por ações diretas e ações indiretas do profissional enfermeiro. Nesse sentido, a subcategoria apresenta as ações planejadas e executadas pelas enfermeiras do serviço na organização do cuidado, como observamos nas falas:

“Supervisiono os técnicos, vou nos pacientes, eu gosto de ir um a um perguntando como ele passou a semana dele, se teve alguma reação, se se alimentou. Aproveito e já vejo quem puncionou a veia, que veia, pois precisamos fazer um levantamento no final do mês. Dependendo da medicação, tem veia que é mais apropriada e já olho isso, se é a veia mais apropriada ou não e depois falo com quem puncionou. Falo com todos os pacientes para interagir e facilitar nosso trabalho. Depois supervisiono os prontuários, vejo que estão assinados e carimbados, se a folha de gastos está preenchida direitinho com os gastos de insumos. Às vezes fazemos curativos aqui, isso depende pois como te falei, não temos uma estrutura física adequada então dependendo da situação nós aqui

temos a sala de curativos então fazemos o encaminhamento direitinho e mandamos para lá ao invés de expor o paciente aqui na frente dos outros.” (E5)

“Faço a parte de gerência e assistência. Peço materiais, medicamentos e insumos em geral, a equipe, eu preciso ficar vendo quem vai estar de férias, licença. É preciso checar as QTs quando chegam, conferir prescrição e nome do paciente, chegar a dose, programar a infusão, tudo o que a gente aprende desde do começo da faculdade e também do curso técnico, a segurança do paciente. É preciso observar o paciente o tempo todo durante a infusão da QT. Quer dizer, meu dia-a-dia é esse, manter o setor organizado e promover uma assistência de enfermagem adequada aos pacientes.” (E6)

Quadro 29: Subcategoria 7.3: Prestando a assistência de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Realizando os procedimentos de enfermagem mais complexos; - Afirmando a existência de procedimentos exclusivos do enfermeiro; - Executando tarefas exclusivas do enfermeiro; - Checando a agenda de pacientes e quimioterapia do dia; - Avaliando o usuário antes da administração da QT; - Buscando saber do usuário se ele tem alguma necessidade de cuidado; - Esclarecendo que não foca sua abordagem no câncer mas sim na pessoa; - Identificando as necessidades de cuidados do usuário; - Realizando a punção do cateter totalmente implantável; - Puncionando acessos venosos periféricos; - Julgando importante avaliar e administrar a hormonioterapia; - Dando orientações constantemente aos usuários; 	<p>Prestando a assistência de enfermagem</p>	<p>Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no processo de trabalho do enfermeiro</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Avaliando a rede venosa do usuário; - Sugerindo ao médico implantação de cateter totalmente implantável ao identificar dificuldade na rede venosa periférica; - Conferindo as quimioterapias para segurança dos usuários; - Programando o tempo de infusão das quimioterapias; - Observando os usuários durante todo o tempo de infusão da quimioterapia; - Organizando a assistência de enfermagem na sala de quimioterapia; - Promovendo uma assistência de enfermagem de qualidade aos usuários da quimioterapia; - Exercendo a gerência e o cuidado de enfermagem de forma simultânea na sala de QT; - Interagindo individualmente com todos os usuários da oncologia; - Avaliando o cuidado de enfermagem realizado pela equipe; - Realizando curativos quando necessário; - Precisando encaminhar usuários para a sala de curativos por falta de local para realizá-los; - Realizando procedimentos mais invasivos de enfermagem mesmo sem local apropriado; - Realizando toda a assistência de enfermagem ambulatorial; - Sendo o enfermeiro responsável pelos cuidados mais complexos; - Sendo o enfermeiro responsável pela supervisão dos técnicos de enfermagem; - Manipulando os cateteres totalmente implantáveis; - Instalando e manipulando as bombas de infusão portáteis; - Treinando os pacientes que 	<p>Prestando a assistência de enfermagem</p>	<p>Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no processo de trabalho do enfermeiro</p>
---	---	--

utilizam a bomba de infusão portátil; - Realizando de forma conjunta a gerência e o cuidado de enfermagem na oncologia.		
--	--	--

CATEGORIA 8: RECONHECENDO QUESTÕES DE GÊNERO INTERFERINDO NA GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS HOMENS COM CÂNCER

A categoria Reconhecendo questões de gênero interferindo na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer é composta por quatro subcategorias, sendo elas: 1) Reafirmando o senso comum; 2) Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres; 3) Reconhecendo a dificuldade do homem em comunicar-se; 4) Considerando ser difícil abordar a questão da sexualidade com homens.

Diagrama 16: Categoria 8: Reconhecendo questões de gênero interferindo na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

8.1 - SUBCATEGORIA 8.1: Reafirmando o senso comum

Revelamos nessa subcategoria que alguns aspectos do senso comum são reafirmados pelas enfermeiras do serviço de oncologia. Assim, o saber que se adquire através de experiências vividas, parece se confirmar através dessa subcategoria, que é composta por quatro componentes, sendo eles: Julgando que os homens só buscam atendimento à saúde após o aparecimento de

sintomas de adoecimento; Destacando a reprodução do modelo patriarcal; Associando o adoecimento ao modo de socialização e aos hábitos de vida não saudáveis dos homens; Apontando a importância do trabalho revelada pelos homens.

Quadro 30 : Subcategoria 8.1: Reafirmando o senso comum

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando a presença de homens já doentes no ambulatório de oncologia; - Expondo que a presença dos homens ocorre pois é uma questão de vida; - Acreditando que a presença dos homens se dá por eles apresentarem sintomas; - Afirmando que os homens não buscam atendimento de saúde sem estarem sintomáticos; - Observando que os homens só buscam o atendimento de saúde quando os sintomas prejudicam suas atividades cotidianas; - Enfatizando que homens buscam atendimento apenas quando não aguentam mais; - Explicando que ouve dos homens que não sentindo nada não é preciso buscar atendimento à saúde; - Destacando que os 	<p>Julgando que os homens só buscam atendimento à saúde após o aparecimento de sintomas de adoecimento</p>	<p>Reafirmando o senso comum</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>

<p>homens focam na resolução dos problemas de saúde, não na prevenção e manutenção da mesma;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percebendo que quando os sintomas desaparecem os homens julgam que estão bem, curados; - Observando muitos casos de alta à revelia em homens por se julgarem bem; - Ouvindo os homens questionarem sua permanência no hospital após o término dos sintomas; - Afirmando que os homens só acreditam no que pode ser visto no quesito saúde; - Considerando um problema o modo como o homem se comporta no que se refere a saúde pois muitas doenças são silenciosas; - Observando que o homem só busca atendimento quando julga ter algo grave acontecendo. 	<p>Julgando que os homens só buscam atendimento à saúde após o aparecimento de sintomas de adoecimento</p>	<p>Reafirmando o senso comum</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Julgando que os homens preocupam-se mais com a provisão do lar do que com si mesmos; - Refletindo acerca do homem não buscar atendimento por questões de gênero; - Julgando que os homens buscam se mostrar fortes mesmo 	<p>Destacando a reprodução do modelo patriarcal</p>		

<p>quando se submetem a procedimentos invasivos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afirmado que os homens não gostam de se mostrarem com medo de procedimento; - Julgando que os homens tem o comportamento mais passivo no que se refere à saúde; - Relatando que o homem “aguenta firme” os procedimentos dolorosos; - Julgando que por ser o provedor do lar o homem tem dificuldade para aceitar ser cuidado; - Acreditando que os homens são influenciados por questões culturais no comportamento; - Observando que homens mais velhos consideram ser uma obrigação feminina o cuidado e o delegam a mulher/ filha; - Observando o modelo patriarcal sendo reproduzido por homens com câncer; - Percebendo que mesmo com a mulher trabalhando, os homens consideram como atribuição feminina o cuidado; - Julgando que alguns homens não buscam atendimento à saúde por acreditarem que isso não é coisa de homem; 	<p>Destacando a reprodução do modelo patriarcal</p>	<p>Reafirmando o senso comum</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>
--	--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Ouvindo de usuários que buscar atedimento à saúde sem sentir nada é “coisa de mariquinha”; - Escutando de usuários que homem de verdade tem que aprender a segurar a dor; - Afirmando que os homens não acreditam que podem ficar doentes; - Observando os homens reproduzirem comportamentos machistas na oncologia; - Considerando que o homem associa a doença a fragilidade e ele nunca pode estar frágil. 	<p>Destacando a reprodução do modelo patriarcal</p>	<p>Reafirmando o senso comum</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando que o adoecimento dos homens está muitas das vezes relacionada a hábitos de vida como tabagismo e etilismo; - Percebendo que homens tem dificuldade em mudar hábitos de vida nocivos como tabagismo e etilismo; - Acreditando que os homens são influenciados por questões culturais no comportamento; - Ouvindo do homem a importância da cervejinha com os amigos; - Ouvindo perguntas sobre a socialização Sendo perguntada se é possível manter a cervejinha durante o 	<p>Associando o adoecimento ao modo de socialização e a hábitos de vida não saudáveis dos homens</p>		

tratamento; - Associando a masculinidade a forma de socialização do homem; - Observando que os homens preocupam-se em se mostrar bem em público.			
- Acreditando que os homens não buscam atendimento de saúde assintomáticos por priorizarem o trabalho; - Ouvindo dos homens o relato da dificuldade de ficar sem trabalhar durante a doença; - Ouvindo o homem relatar a importância do trabalho em sua vida; - Ouvindo a demanda de usuários que precisam ser atendidos rapidamente para irem trabalhar; - Relatando que os homens supervalorizam o trabalho.	Apontando a importância do trabalho revelada pelos homens	Reafirmando o senso comum	Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer

8.1.a - Julgando que os homens só buscam atendimento à saúde após o aparecimento de sintomas de adoecimento

Esse componente revela que as enfermeiras da oncologia, ao interagirem com os homens com câncer, puderam verificar que os homens não tem o hábito de procurar a assistência a saúde de forma preventiva, apenas de forma curativa, quando já possuem algum sinal ou sintoma de que a saúde não vai bem. Tal perspectiva é abaixo revelada:

“Eles são mais resistentes. Porque o homem subestima a questão da saúde, se ele se olha no espelho, se vê bem e não sente nada, ele está tranquilo. Pensa que não precisa procurar, não precisa fazer um exame, nem de sangue nem de nada. Eu acho que o homem associa a saúde com o que ele vê, não ao que ele não vê e às vezes mesmo até ao que ele sente. Isso é um problema pois muitas doenças são silenciosas, o câncer mesmo, muitos tumores são silenciosos mas acho que os homens associam ao que eles vêem mas eu posso estar doente e não sentir, nem ver nada.” (E5)

8.1.b - Destacando a reprodução do modelo patriarcal

Mesmo nos dias atuais onde os modelos de família são diversos, ainda é observado com frequência a reprodução do chamado modelo patriarcal, onde o homem é o chefe, o núcleo econômico e o detentor do poder. Assim, esse componente nos revela que ao reproduzirem esse modelo não mais condizente com a realidade brasileira, os homens acabam por pagar um preço alto por isso, ou seja, com a saúde, como observamos nas falas destacadas abaixo:

“Pois é eu acho por ele ser o provedor ele está muito preocupado em ganhar dinheiro para criar os filhos para prover a família eu acho que aí ele esquece a responsabilidade com ele mesmo eu vejo mais por esta parte social, do ganho do dia-a-dia.” (E2)

“Na minha visão, isso já vem da educação familiar de que eu sou homem, eu preciso resolver meus problemas, não preciso de ajuda. Se eu ficar indo aqui ou ali, isso é coisa feminina, isso prejudicaria o lado macho dele, da masculinidade dele. Eu vejo muito disso aqui. Escuto dizerem que, ah eu deixei para vim só agora pois antes não tinha nada e ficar procurando médico sem motivo é coisa de mariquinha. Eu já ouvi isso aqui.” (E6)

8.1.c - Associando o adoecimento ao modo de socialização e aos hábitos de vida não saudáveis dos homens

As enfermeiras destacaram nesse componente que puderam observar no processo de interação com os homens, que muitos deles, em seu modo de socialização, acabam por incorporar hábitos de vida não saudáveis. Tal fato também parece estar relacionado com a reprodução de modelos não condizentes com a atualidade, como observamos nas falas:

“Por exemplo, uma coisa que perguntam e falam muito aqui é, eu gosto muito de beber e ir para o bar. Ou então, gosto de ficar jogando dominó na praça e beber uma cervejinha. Posso tomar uma cervejinha durante o tratamento?” (E3)

“Antigamente, o homem achava que fumar era chique, tinha aquelas propagandas todas do caubói, hoje já mudou um pouco com as campanhas mas muitos foram influenciados por isso.” (E2)

8.1.d - Apontando a importância do trabalho revelada pelos homens

Nesse componente, a importância do trabalho é revelada como central na vida de um homem, sendo até mesmo confundida com sua identidade. O trabalho acaba sendo responsável por influenciar no bem-estar psicológico e auto-estima dos homens e assim acaba sendo colocado em primeiro lugar por muitos.

“De uma maneira geral, sem estar sintomático a gente vê que o homem está muito ocupado no trabalho. A gente percebe que por ele ser provedor da casa trabalha muito e procura menos o serviço médico. Eu acredito mais nisso, o trabalho está em primeiro lugar para o homem e ele só vem mesmo quando não está agüentando, quando ele está sintomático mesmo, a gente percebe isso aqui.” (E2)

“Ouvimos os homens relatarem que vem fazer quimioterapia, mas que querem acabar logo para poder voltar para o trabalho. Que não aguentam ficar em casa de licença médica, sem ter o que fazer.” (E1)

8.2 - SUBCATEGORIA 8.2 - Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres

Ao interagirem com os usuários da oncologia, as enfermeiras revelam que as diferenças de gênero percebidas nesse processo interativo, apontam para diferenças na organização do cuidado. Essa subcategoria é composta ainda por quatro componentes, sendo eles: Relatando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas no que se refere à saúde; Refletindo sobre a causa de homens serem diferentes na percepção da saúde e doença; Percebendo a limitação do gênero da enfermeira na relação com o usuário homem; Observando que homens tem dificuldades no autocuidado.

Quadro 31 : Subcategoria 8.2 - Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Descrevendo que o perfil de busca por atendimento à saúde dos homens é diferente das mulheres; - Acreditando que os homens são mais calados e menos queixosos que as mulheres; - Percebendo que mulheres buscam a saúde preventivamente e periodicamente; 	<p>Relatando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas no que se refere à saúde</p>	<p>Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Notando que os homens não buscam exames periódicos de saúde, como o de próstata; - Observando maior presença de mulheres que de homens no ambulatório; - Acreditando que os homens são menos informados e mais passivos em assuntos de saúde; - Escutando de usuários que homem de verdade tem que aprender a segurar a dor; - Entendendo que a masculinidade influencia no processo saúde-doença de muitos homens; - Observando que os homens com câncer são mais ansiosos que as mulheres; - Destacando o caráter de objetividade dos homens com câncer no que se refere ao tratamento; - Revelando como problema o fato dos homens associarem a saúde e a doença a apenas sintomas físicos; - Relatando que alguns homens abandonam o tratamento antes do fim por se acharem curados com o término dos sintomas; - Afirmando considerar o gênero de um usuário no planejamento da 	<p>Relatando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas no que se refere à saúde</p>	<p>Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres.</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>
---	---	--	---

<p>assistência de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revelando que questões de gênero permeiam seu planejamento do cuidado de enfermagem. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Julgando que o machismo dificulta a percepção de vulnerabilidade a doenças; - Julgando que o machismo dificulta a aceitação da doença; - Confirmando ouvir muitos comentários machistas; - Acreditando que o machismo ainda é passado através da educação de muitas famílias; - Acreditando que o machismo ainda influencia o homem de hoje; - Julgando que a percepção de saúde e doença do homem é diferente da mulher; - Considerando que os homens tem medo de realizar exames; - Analisando que os homens só consideram problemas de saúde os sintomas graves e persistentes; - Julgando que os homens não se sentem vulneráveis a doenças; - Concluindo que os homens não acreditam que a doença pode 	<p>Refletindo sobre a causa de homens serem diferentes na percepção da saúde e doença</p>	<p>Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres.</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>

<p>acontecer a eles; - Vendo usuários reproduzirem na oncologia comportamentos machista.</p>			
<p>- Afirmando ter certeza que homens não conversam sobre tudo com as enfermeiras; - Credo que homens não conversam sobre tudo com as enfermeiras por vergonha; - Garantindo que homens não conversam sobre tudo com as enfermeiras por não quererem ser chamados a atenção por elas; - Afirmando que os homens não perguntam sobre questões sexuais por vergonha associada a questões de gênero; - Percebendo que os homens sentem-se envergonhados em receber alguns tipos de cuidados; - Contando que por vezes o homem rejeita que mulheres façam cuidados invasivos por pudor; - Observando homens mais velhos terem dificuldade em aceitar que outra pessoa realize ações de autocuidado como higiene pessoal; - Percebendo que os homens tem vergonha em falar sobre seus vícios com as enfermeiras;</p>	<p>Percebendo a limitação do gênero da enfermeira na relação com o usuário homem</p>	<p>Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres.</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo que homens mentem sobre questões de saúde para não serem chamados a atenção pela enfermeira; - Observando que alguns homens não perguntam por vergonha ligada a diferença de gênero da enfermeira; - Associando a vergonha em falar do homem com o gênero feminino da enfermeira; - Afirmando que os homens não contam tudo para a enfermeira; - Afirmando que os homens não conversam abertamente sobre sua saúde com a enfermeira; - Considerando que a maioria dos homens tem vergonha de falar sobre seus problemas com a enfermeira; - Considerando ser um desafio cuidar de homens com câncer. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo que muitos homens tem dificuldade no autocuidado; - Destacando que alguns homens delegam o cuidado a mulher; - Buscando incentivar o autocuidado dos homens; - Demandando mais tempo e esforço para orientar os homens a cuidar-se; - Referindo observar 	<p>Observando que homens tem dificuldades no autocuidado</p>	<p>Expressando ser diferente cuidar de homens e cuidar de mulheres.</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>

que os homens tem dificuldade para o autocuidado; - Revelando que muitos homens não tem muita visão do autocuidado.			
--	--	--	--

8.2.a – Relatando que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas nos que se refere à saúde

Aqui as enfermeiras descrevem que as atribuições de gênero e seus significados geram atitudes em relação ao cuidado com a saúde que afetam a vida dos usuários. Reconhecemos nos dados a atribuição de comportamentos tidos como masculinos e femininos que devem ser trabalhados, pois acabam por influenciar de forma positiva ou negativa a saúde dos usuários. Explicitando, ainda foi observado pelas enfermeiras que as mulheres possuem a preocupação com o cuidado e as ações preventivas, enquanto que os homens adotam um estilo de vida menos preocupado com a prevenção e mais voltado para a superação de situações que venham a acontecer, sendo mais imediatistas diante dos problemas de saúde.

“Olha, a mulher tem mais facilidade de expor aquilo que está pensando e também o que está sentindo. O homem eu vejo que tem mais vergonha de expor o que está pensando e o que está sentindo, tanto de sentimento quanto em relação a sintoma mesmo. O homem tem mais dificuldade de expor o que está acontecendo com ele, até pela própria questão masculina, de que ele aguenta tudo. Eu vejo isso aqui sendo reproduzido.” (E4)

“Eu vejo esta diferença, a mulher é mais preocupada com a saúde dela, a gente vê uma procura maior para fazer os exames periódicos. O homem não tem essa coisa preventiva, vemos mais eles na emergência, quando vê que a coisa não dá mais para aguentar.” (E2)

8.2.b - Refletindo sobre a causa de homens serem diferentes na percepção da saúde e doença

Ao comprovarem que homens e mulheres se comportam de maneiras distintas no que se refere à saúde, as enfermeiras buscam refletir sobre os possíveis motivos e assim revelam que a percepção de saúde e doença mostra-se diferente em homens e mulheres. Elas afirmam que a demonstração de força, a percepção de vulnerabilidade e a reprodução da masculinidade hegemônica dos homens os fazem diferentes das mulheres.

“A percepção de saúde e doença do homem é diferente da mulher, a mulher tem mais a questão do cuidado com ela. Não sei se é por conta da maternidade, mas ela já é doutrinada a desde pequena a se cuidar, a valorizar a autoestima. Muitas mulheres já são doutrinadas a isso e o homem não, o homem tem que ser macho, entendeu? Aí ele já fica mais resistente.” (E5)

“Ainda existe muito aqui a cultura hegemônica do que é a competência do homem e o que é da mulher.” (E3)

8.2.c - Percebendo a limitação do gênero da enfermeira na relação com o usuário homem

Sendo os usuários do serviço de oncologia ainda reprodutores de um modelo de masculinidade predominantemente patriarcal, as enfermeiras observam que esses usuários tem dificuldades ou evitam abordar certos assuntos com elas, que são em sua totalidade mulheres. É percebido pelas enfermeiras, no processo interativo com os usuários, que muitos homens se mostram envergonhados e não conversam abertamente sobre todos os assuntos, o que torna com que essa interação e a gerência do cuidado sejam vistos como desafio pelas profissionais.

“Muitas das vezes eles não se abrem com a gente. A mulher não, a mulher se abre mais. Mas o homem fica mais quieto, já teve caso de a gente perceber uma questão, colocar, mas ele não se abrir, às vezes ele se abre com um outro homem, com o médico por exemplo, que é um outro homem. Com a enfermagem às vezes ele fica meio assim, envergonhado.” (E1)

“Eles tem problemas em falar em relação aos vícios de bebida e de cigarro. Muitas vezes eles omitem para a gente não brigar. Eu acho que alguns homens projetam a gente, às vezes, numa filha, como se estivesse falando com uma filha ou com a esposa. Dá a impressão que a gente aqui é a continuação das mulheres da vida dele, não de maneira desrespeitosa é claro, mas como se fôssemos a continuação da família dele e por isso eles tem vergonha de falar certas coisas.” (E2)

8.2.d - Observando que homens tem dificuldades no autocuidado

Socialmente e culturalmente constituídos, os símbolos do que é ser homem podem influenciar até mesmo em práticas relacionadas ao autocuidado. As enfermeiras da oncologia mencionam que alguns usuários do serviço tem dificuldades associadas ao autocuidar-se. Elas colocam ainda que parece haver uma expectativa masculina de que nascer homem os autoriza a esperar cuidados como comida e roupa lavada, monitoramento da saúde e de maus hábitos pelas mulheres. Assim, em alguns casos observados por essas enfermeiras, o autocuidado parece ser diferente entre homens e mulheres, o que nos leva a crer que devemos estar abertos para compreender estas diferenças se queremos ter uma assistência mais sensível e mais apropriada a essas diferenças.

“Ainda existe muito aqui a cultura hegemônica do que é a competência do homem e o que é da mulher, mesmo a mulher inserida no mercado de trabalho, os homens ainda veem ela como uma pessoa que vai ajudar a limpar a casa, lavar roupa, fazer comida para ele, para ajudar a ele quando ele precisa. Tem um paciente aqui que já foi casado, mas ele mora absolutamente sozinho agora. Então ficamos falando para ele ‘olha, você precisa

se hidratar um pouquinho melhor, tenta comer um pouquinho melhor’, aí ele diz ‘mas eu não tenho tempo pra ficar fazendo, prestando tantos cuidados, tantas especificações do que você está me passando de informação com tanto cuidado. Eu venho fazer quimioterapia, mas eu tenho que voltar pro trabalho. Chegando do trabalho, eu faço tudo, não tenho ninguém que faça por mim, eu tenho que lavar, eu tenho que cozinhar e isso já é muito’. Então vemos que para ele, ele ter que se cuidar desse jeito não é normal, o homem não espera que isso aconteça, ele conta com alguma mulher que faça isso por ele.” (E3)

8.3 - SUBCATEGORIA 8.3 - Reconhecendo a dificuldade do homem em comunicar-se

Responsáveis pela gerência do cuidado aos usuários, as enfermeiras referem que existem dificuldades na comunicação com os homens. Sendo a comunicação fundamental no processo de interação entre as pessoas, qualquer dificuldade pode acarretar em prejuízos às partes envolvidas. Essa subcategoria é composta por dois componentes: Sendo vergonhoso para o homem fazer perguntas; Observando que o homem usa a mulher para perguntar certos assuntos para a enfermeira.

Quadro 32 : Subcategoria 8.3 - Reconhecendo a dificuldade do homem em comunicar-se

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que os homens tem dificuldade para falar; - Destacando que muitos homens tem vergonha de falar sobre o que sentem; - Observando a dificuldade dos homens para falar sobre seus problemas; - Sendo necessário da enfermeira questionar o 	<p>Sendo vergonhoso para o homem fazer perguntas</p>	<p>Reconhecendo a dificuldade do homem em comunicar-se</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>

<p>homem sobre possíveis dúvidas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendo difícil conversar sobre alguns assuntos; - Percebendo que homens tem por características a objetividade nas perguntas sobre a saúde; - Sendo difícil interagir com alguns homens com temperamento mais fechado; - Precisando criar estratégias para contornar os homens mais fechados; - Revelando que alguns homens não perguntam suas dúvidas antes de abandonar o tratamento por vergonha; - Ouvindo de homens que retomam o tratamento após abandono que eles não tiveram coragem de fazer as perguntas que gostariam; - Expondo que a vergonha que os homens sentem em falar sobre seus problemas lhes é prejudicial; - Referindo que os homens tem vergonha de falar sobre suas condições de saúde e doença. 	<p>Sendo vergonhoso para o homem fazer perguntas</p>	<p>Reconhecendo a dificuldade do homem em comunicar-se</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Observando que os homens usam as esposas para tirar dúvidas; - Ouvindo das companheiras sobre as 	<p>Observando que o homem usa a mulher para perguntar certos assuntos para a enfermeira</p>		

<p>dificuldades em tomar a medicação para o tratamento do CA de próstata;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouvindo da esposa que homens desistem de tomar a medicação para o CA de próstata por afetar a vida sexual; - Refletindo sobre o cuidado ainda ser considerado como atribuição feminina; - Percebendo que os homens fazem uso da mulher para falar sobre certos assuntos com a enfermeira. 	<p>Observando que o homem usa a mulher para perguntar certos assuntos para a enfermeira</p>	<p>Reconhecendo a dificuldade do homem em comunicar-se</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>
---	--	---	---

8.3.a – Sendo vergonhoso para o homem fazer perguntas

Neste componente, as enfermeiras apontam que os homens se sentem envergonhados para elaborar perguntas. Mesmo existindo uma interação positiva entre as partes, os homens não parecem estar habituados a falar sobre o que sentem e questionarem. As enfermeiras afirmam que para os homens, o ato de perguntar parece estar associado a demonstrar vulnerabilidade, como destamos nas falas abaixo:

“Mas o que eu vejo é que os homens tem mais vergonha de falar, de perguntar. Procuro conversar, tentar fazer que a pessoa se abra, ver se ele consegue transpor essa barreira, pois vejo que o homem é mais envergonhado. Então procuro fazer com que ele me conheça, às vezes ele não quer falar pois não me conhece, então com o tempo ele vai vendo e vai falando, se abrindo.” (E4)

“Os homens não estão acostumados a chegar aqui e falar muito, perguntar, isso não é comum para eles. Muitas vezes eles chegam mudos e só vão respondendo ao que a gente pergunta. Depois, aos poucos, eles até perguntam uma coisa ou outra mas eles não são de perguntar igual as mulheres.” (E3)

8.3.b - Observando que o homem usa a mulher para perguntar certos assuntos para a enfermeira

Outro ponto destacado pelas enfermeiras no que se diz respeito a dificuldade dos homens em comunicar-se foi o uso da mulher como estratégia de comunicação. Assim, foi observado que alguns usuários frequentam o serviço acompanhados pela esposa, filha ou acompanhante do sexo feminino e que fica atribuído a essa mulher o dever de perguntar e tirar dúvidas diversas.

“A maioria não são de perguntar. Muitos precisam da esposa ou acompanhante. Eles às vezes falam, fala aí com a minha mulher pois ela é quem sabe tudo de mim. Outro tem vergonha de falar, dependendo, até de onde é o tumor eles tem vergonha de falar. Eu já peguei aqui pacientes com tumor de pênis e testículo e os pacientes ficaram constrangidos, não quiseram falar como ele adquiriu, tinha vergonha de falar dos sintomas, de perguntar dúvidas. Eles usavam a esposa para falar comigo. Você está vendo, o cuidado acaba sempre direcionado a mulher.” (E5)

“Diretamente eles não conversam certas coisas não. A gente até imagina que ele possa estar se queixando de certas coisas, como impotência por exemplo, mas eles nunca falam para a gente não, engraçado né? Eles tem um bloqueio, costuma a esposa vir falar, ‘olha ele não quer mais tomar a medicação pois ele tá impotente e está muito chateado’. Acaba que ouvimos mais a abordagem da mulher do que a dele mesmo”. (E2)

8.4 - SUBCATEGORIA 8.4 - Considerando ser difícil abordar a questão da sexualidade com homens

Outro tema que emergiu das falas das enfermeiras no que se refere às questões de gênero que interferem na gerência do cuidado, foi a sexualidade. As enfermeiras apontam ser muito difícil conversar sobre a sexualidade com os homens, eles tem vergonha em abordar assuntos considerados mais reservados e a sexualidade aparece como um assunto muito particular do

homem, que ele não se sente à vontade em conversar com uma mulher, mesmo ela sendo um profissional de saúde. Essa subcategoria possui como componente: Ouvindo os homens associarem a masculinidade a função sexual.

Quadro 33 : Subcategoria 8.4 - Considerando ser difícil abordar a questão da sexualidade com homens

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Revelando a preocupação do homem com sua função sexual; - Vendo homens com CA de próstata abandonarem o tratamento devido a impotência causada pelo tratamento hormonal; -Ouvindo os homens afirmarem que a atividade sexual é função de homem; - Ouvindo os homens associarem a masculinidade a função sexual; - Afirmando que os homens possuem bloqueio sobre conversar questões sexuais com as enfermeiras. - Afirmando que certos tipos de câncer abalam mais os homens pois mexem com a masculinidade; - Sendo difícil abordar questões sobre a sexualidade do homem; - Sentindo dificuldade 	<p>Ouvindo os homens associarem a masculinidade a função sexual</p>	<p>Considerando ser difícil abordar a questão da sexualidade com homens</p>	<p>Reconhecendo questões de gênero interferindo no cuidado de enfermagem aos homens com câncer</p>

para abordar questões sobre a sexualidade do homem.			
---	--	--	--

8.4.a - Ouvindo os homens associarem a masculinidade a função sexual

As enfermeiras observam que a masculinidade e a função sexual estão intimamente ligadas para os homens da oncologia. Assim, elas destacam que a função sexual, mesmo sendo uma função biológica, consegue interferir na masculinidade que é algo maior, construída socialmente e culturalmente. Destacamos a fala abaixo para ilustrar o acima exposto:

“Aqui a gente já teve recentemente dois senhores que abandonaram durante seis meses o tratamento, eles tinham alta chance de cura. Mas porque eram homens, então eles se sentiam na obrigação de cumprir com seu dever como ele mesmo falou ‘eu abandonei porque eu tinha que cumprir com as minhas funções de homem e eu não tava conseguindo com esse remédio. Se eu soubesse, eu não tinha nem começado’. Eu falei claramente com esse senhor, olhando nos olhos dele, ‘o senhor abandonou o tratamento e complicou. O senhor poderia já agora, estar curado. Por que depois de alguns meses, algumas semanas, por que você não trouxe sua esposa para conversar com a gente? O senhor melhoraria. Era só uma posição momentânea’. E ele falou assim ‘mas o que vou fazer? Sou casado. Tenho 60 e poucos anos e sou casado com uma mulher de 35. Como é que vou falar pra ela que não posso cumprir com as minhas funções?’. Depois ele até voltou mas era tarde demais e ele acabou morrendo pois deu metástases.” (E3)

CATEGORIA 9: IDENTIFICANDO FATORES RESTRITIVOS À PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO

A categoria Identificando fatores restritivos à prática gerencial do enfermeiro apresenta as dificuldades reveladas pelas enfermeiras que gerenciam o cuidado no serviço de oncologia. A categoria é composta por quatro subcategorias, sendo elas: 1) Revelando problemas gerenciais nos recursos físicos do serviço de oncologia; 2) Realizando a consulta de enfermagem de forma não sistematizada; 3) Elencando aspectos negativos da organização e da instituição onde exerce atividade profissional; 4) Descrevendo problemas logísticos da QT no serviço de oncologia.

DIAGRAMA 17: Categoria 9: Identificando fatores restritivos ao trabalho gerencial do enfermeiro

Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens



9.1 - SUBCATEGORIA 9.1: Revelando problemas gerenciais nos recursos físicos do serviço de oncologia

Para que o cuidado de saúde e de enfermagem aconteçam com qualidade é necessário que existam condições adequadas de trabalho e essas condições incluem a infraestrutura física. As enfermeiras da oncologia revelaram enfrentar muitos problemas na gerência de recursos físicos do serviço, que apresentam problemas de origem físico-funcionais que acabam por afetar as atividades assistenciais realizadas, um exemplo é a falta de espaço físico adequado que acaba por comprometer a privacidade e a confidencialidade das informações. Problemas como a necessidade de ampliação do setor, criação de uma sala de espera, ambiente para a consulta de enfermagem, aumento do espaço entre as poltronas na sala de quimioterapia, um banheiro maior e com corrimão para os pacientes, são descritos pelas enfermeiras como fatores que interferem negativamente na qualidade do cuidado e oferecem riscos a segurança dos usuários. Abaixo, destacamos algumas falas:

“Mas a gente fica muito restrito, só temos seis poltronas, então entra o primeiro grupo e às vezes as pessoas têm uma demanda de querer ir logo pra trabalhar e a gente não pode correr ou colocar na frente. Precisávamos de um espaço maior pois a demanda é grande. Outro problema é que uma poltrona fica colada na outra, não tem privacidade, um fala e o outro ao lado fica escutando.”
(E3)

“Sempre quis fazer uma consulta de enfermagem em um ambiente mais reservado, mas não temos sala então acaba acontecendo ali na sala de quimioterapia mesmo, o paciente está fazendo a QT e eu vou fazendo as perguntas e vou falando lá mesmo. Mas e a privacidade? E o fato do homem ser desse jeito, reservado, ele não vai falar ali dentro. Eu falei desde o começo, gente, tem que ter privacidade, tem que tirar o paciente da sala, levar para uma salinha.” (E1)

“Outro problema é o banheiro, não tem banheiro na sala de quimioterapia, o paciente que quer urinar durante a QT tem que sair da sala carregando tudo, atravessar o corredor e ir ao banheiro lá fora que nem corrimão tem, é um risco na minha opinião. Sempre ele vai acompanhado, mas mesmo assim, não deveria ser assim.” (E4)

Quadro 34 : Subcategoria 9.1: Revelando problemas gerenciais nos recursos físicos do serviço de oncologia

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Acreditando na necessidade de ampliação física do serviço de oncologia; - Julgando que os maiores problemas da oncologia são causados por problemas na gerência física do serviço; - Apontando a necessidade de um maior número de poltronas para atendimento; - Culpando a falta de estrutura física do serviço pela demora no atendimento aos usuários; - Afirmando que falta privacidade no ambiente da conversa entre enfermeira e usuário na QT; - Julgando que o ambiente da QT prejudica que os homens se abram com a enfermeira pela falta de privacidade; - Julgando o ambiente físico como o maior problema da oncologia; - Revelando que a falta de uma sala para a enfermagem acarreta problemas para o serviço; - Afirmando que a consulta de enfermagem do serviço é prejudicada pela inexistência de um espaço físico adequado. 	<p>Revelando problemas gerenciais nos recursos físicos do serviço de oncologia</p>	<p>Identificando fatores restritivos ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro</p>

9.2 - SUBCATEGORIA 9.2: Realizando a consulta de enfermagem de forma não sistematizada

A consulta de enfermagem consiste em uma atividade importante e resolutiva, sendo privativa do enfermeiro, atuando como importante ferramenta na gerência do cuidado de enfermagem aos usuários. No serviço de oncologia, a consulta de enfermagem aprimora o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao usuário com câncer, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas para a melhora do usuário, deixando o processo mais dinâmico, individualizado e humanizado. Entretanto, apesar de reconhecerem a importância da consulta de enfermagem, as enfermeiras do serviço ainda não a realizam de forma sistematizada, o que acaba acarretando em perdas para os usuários e para o serviço. Essa subcategoria é composta ainda pelo componente: “ Sendo difícil implementar a consulta de enfermagem na oncologia”.

Quadro 35 : Subcategoria 9.2: Realizando a consulta de enfermagem de forma não sistematizada

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Realizando a consulta de enfermagem de forma não-sistematizada; - Revelando divergência de opiniões das enfermeiras sobre a necessidade da consulta de enfermagem sistematizada; - Tendo dificuldade para implantar a 	<p>Sendo difícil implementar a consulta de enfermagem na oncologia</p>	<p>Realizando a consulta de enfermagem de forma não sistematizada</p>	<p>Identificando fatores restritivos ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro</p>

<p>consulta de enfermagem na oncologia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentindo que a consulta de enfermagem é prejudicada pela falta de uma sala específica; - Acreditando que se a consulta de enfermagem acontecesse de forma institucional seria mais fácil implantá-la na oncologia; - Admitindo que atualmente a consulta de enfermagem não é realizada adequadamente; - Descrevendo a consulta de enfermagem que realiza; - Relatando que a consulta de enfermagem fica prejudicada pela falta de privacidade; - Relatando que a consulta de enfermagem fica prejudicada pela falta de local para realizar o exame físico de maneira adequada. 	<p>Sendo difícil implementar a consulta de enfermagem na oncologia</p>	<p>Realizando a consulta de enfermagem de forma não sistematizada</p>	<p>Identificando fatores restritivos ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro</p>
---	---	--	---

9.2.a - Sendo difícil implementar a consulta de enfermagem na oncologia

Esse componente demonstra as dificuldades apontadas pelas enfermeiras na implementação da consulta de enfermagem no serviço de oncologia. Essas dificuldades

abrangem aspectos físicos do serviço, como a falta de um espaço para a realização da consulta, como a divergência de opinião entre profissionais enfermeiros da equipe sobre a importância da consulta.

“Não temos uma sala para realizar a consulta e isso dificulta tudo. Então, o que acontece é que a gente pega o básico e dá uma pincelada porque o que acontece é que eu tenho que dividir o espaço com outros pacientes e aí você não pode expor o paciente, é antiético fazer isso, expor a vida do paciente para o outro ouvir. Assim, você acaba pegando informações básicas, o exame não tem como fazer todo pois a grande dificuldade é a privacidade. A planta física daqui não nos permite ter nossa sala e isso prejudica a privacidade do paciente e o nosso trabalho.” (E6)

“No tempo em que nós começamos a consulta, trazíamos o paciente na salinha da chefia, fazia a entrevista, conversava, fazia a consulta, às vezes sozinho, às vezes com o familiar. Quando a gente fazia aqui na salinha, muitas das vezes eles se abriam, choravam, colocavam as necessidades. Mas lá dentro, é difícil, está todo mundo ali do lado ouvindo, as poltronas são próximas. Mas algumas enfermeiras daqui ainda não se atentaram muito para isso. Então eu acho que deve se começar uma coisa lá de cima, uma coisa certa, institucionalizada. Nós da enfermagem, a gente perde muita coisa do paciente por causa dessa falta dessa conversa separada. E assim, o serviço social e a nutrição, acabam ganhando mais nessa parte de conhecimento do paciente, porque elas trazem o paciente para a salinha para conversar e escutar. O paciente quer informação mas não é aquele montão de informação, ele quer que a gente sente, escute ele, pois aí ele vai colocando as coisas e você vai explicando a ele o que ele precisa. Não precisa falar tudo de uma vez, vai aos poucos colocando a informação. Mas aí, aqui, nesse ponto, acho que a gente está perdendo na minha visão.” (E1)

9.3 - SUBCATEGORIA 9.3: Elencando aspectos negativos da organização e da instituição onde exerce atividade profissional

Aqui foram relacionados os problemas gerenciais identificados que fogem ou não dependem exclusivamente da competência do enfermeiro. Como aspectos negativos do serviço

os quais as enfermeiras não conseguem gerenciar de forma resolutiva, foram ressaltados a falta de leitos próprios de internação, falta de medicamentos, o horário de funcionamento reduzido do ambulatório, a demora de atendimento pelo número reduzido de poltronas e a adaptação do espaço físico para realização de pequenos procedimentos na sala de quimioterapia para não encaminhar pacientes para a emergência. Observamos tais colocações nas falas:

“Os horários de ambulatório precisam se abranger. Um ambulatório como o nosso, com uma estrutura boa, funcionar praticamente até uma hora da tarde? Um horário muito pequeno, tinha que estender mais, de preferência ter o terceiro turno, acho que abrangeria mais se o ambulatório funcionasse até dez horas da noite. Já pensou que bom seria? Depois do trabalho, os homens poderiam ter uma consulta, sair do trabalho e ir fazer a consulta. Seria ótimo.” (E3)

“Somos nós, enfermeiras, que marcamos a quimioterapia. Então quando o paciente sai da consulta médica liberado para fazer a QT, ele vai para nossa sala para marcar e somos nós que avisamos que esse medicamento está em falta e não podemos marcar. Aí pegamos o telefone dele e avisamos que quando o medicamento chegar, nós entraremos em contato mas isso não tem prazo, pode ser uma, três semanas ou até meses. Isso cria um estresse muito grande, do paciente, da enfermagem, da farmácia pois o paciente vai ficar sem o tratamento dele, o paciente fica desesperado. Isso para mim é um grande problema, me sinto mal.” (E4)

“Outra grande dificuldade, a oncologia não tem leitos na internação e isso é um problema sério pois se o nosso paciente começa a agravar ou tem algum efeito da QT mais grave que precise de uma internação, ele não vai conseguir, vai ter que ir para a emergência. E na emergência daqui, muitas das vezes, vai ter que ficar na cadeira. Então eles tiveram aqui o tratamento, eles falam, aqui é muito bom, eles elogiam o serviço, mas aí chega lá na emergência, e é terrível. Eu digo terrível mas é em termos de condições, não tem maca, o paciente às vezes fica dois, três dias em uma cadeira e não tem nem uma maca para ficar. Então acaba com tudo, quando a gente fala, tem que ir para a emergência, aqueles que já conhecem, já ficam assustados. Isso é porque a gente não tem leito de internação na enfermagem, pois se tivéssemos os que estivessem necessitando, iam para lá. Mas aqui nós não temos, somos só o ambulatório mesmo.” (E1)

Quadro 36: Subcategoria 9.3: Elencando aspectos negativos da organização e da instituição onde exerce atividade profissional

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo limitações no serviço; - Reconhecendo limitações na gerência do cuidado causadas por problemas fora de sua competência; - Revelando que a oncologia não possui leitos para internação no hospital; - Afirmando que a falta de leitos para internação dos usuários da oncologia causa estresse e preocupação na equipe; - Julgando ser necessário que a oncologia tenha leitos de internação para seus usuários; - Adaptando a QT para realizar procedimentos a fim de evitar que usuários sejam encaminhados para a emergência; - Reconhecendo a dificuldade para gerenciar alguns problemas multidisciplinares; - Possuindo problemas de falta de medicação; - Considerando que o horário de atendimento nos ambulatórios é inadequado e deveria funcionar até mais tarde; - Acreditando que se o ambulatório funcionasse até mais tarde os homens compareceriam mais; - Julgando o horário de funcionamento do ambulatório um problema para os homens que trabalham; - Ficando chateada com a demora de atendimento a qual o usuário é submetido; - Revelando a demora no atendimento aos usuários; - Referindo sentir-se mal quando precisa adiar o início da 	<p>Elencando aspectos negativos da organização e da instituição onde exerce atividade profissional.</p>	<p>Identificando fatores restritivos ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro</p>

quimioterapia de um usuário por falta da mesma;		
---	--	--

9.4 - SUBCATEGORIA 9.4: Descrevendo problemas logísticos da QT no serviço de oncologia

Resumidamente, compreendemos a logística como a área da gerência responsável por prover recursos, equipamentos e informações para a execução das atividades de um determinado setor. Assim, observamos na fala das enfermeiras que problemas dessa ordem acontecem no serviço e as mesmas se veem envolvidas também na gerência desses problemas que envolvem a equipe multiprofissional e os usuários. Essa subcategoria é composta por dois componentes, sendo eles: Necessitando gerenciar conflitos com o serviço de farmácia; Ficando na linha de frente do gerenciamento de conflitos com os usuários.

Quadro 37 : Subcategoria 9.4: Descrevendo problemas logísticos da QT no serviço de oncologia

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Necessitando gerenciar conflitos com o serviço de farmácia; - Precisando esclarecer as funções da equipe multiprofissional; - Precisando gerenciar conflitos dos usuários com o serviço por problemas do sistema de saúde e não da enfermagem; - Precisando intermediar os 	<p>Necessitando gerenciar conflitos com o serviço de farmácia</p>	<p>Descrevendo problemas logísticos da QT no serviço de oncologia</p>	<p>Identificando fatores restritivos ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro</p>

<p>problemas dos usuários com a farmácia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerenciando conflitos com os usuários quando ocorre a falta de quimioterapia. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Precisando intermediar conflitos com os usuários; - Precisando esclarecer as funções da equipe multiprofissional; para os usuários no gerenciamento de conflitos; - Ficando a enfermeira na linha de frente do gerenciamento de conflitos com os usuários; - Precisando conciliar problemas e soluções do serviço com os usuários; - Precisando falar ao usuário da falta de quimioterapia quando acontece; - Ficando na linha de frente do usuário da oncologia. 	<p>Ficando na linha de frente do gerenciamento de conflitos com os usuários</p>	<p>Descrevendo problemas logísticos da QT no serviço de oncologia</p>	<p>Identificando fatores restritivos ao processo de trabalho gerencial do enfermeiro</p>

9.4.a – Necessitando gerenciar conflitos com o serviço de farmácia

As enfermeiras revelaram que o serviço de farmácia da oncologia funciona em parte na unidade e em parte ele é terceirizado, o que acaba por facilitar que problemas como erros de

comunicação e atrasos no preparo dos quimioterápicos, se tornem ainda mais dificultosos de se resolver. Assim observamos nas falas a seguir:

“É que nós temos um diferencial, se a medicação fosse preparada aqui no hospital, seria até mais fácil, paciente chegou, farmácia preparou. Mas nós temos uma prescrição que vai no dia anterior para chegar naquele dia. Acontece é que a medicação chega tarde, por mais que nós reclamemos, não tem um horário muito certo para chegar. Era para chegar às oito, mas chega oito e pouco, tem dia que chega nove horas, e o paciente fica preocupado esperando. E já aconteceu do medicamento não chegar por algum erro e aí só vem na outra leva, uma hora da tarde. E o paciente chegou aqui às sete horas da manhã. Então são coisas que atrapalham o serviço e atrapalha muito a enfermagem pois até nós conseguirmos colocar a nossa credibilidade de explicar que não é problema nosso, da enfermagem, do medicamento não chegar, isso leva tempo.” (E1)

“A quimioterapia daqui é manipulada fora e tem momentos que ela tem muitos atrasos, ela tem demorado muito ultimamente. O pessoal da farmácia precisa melhorar na logística das prescrições e também cobrar mais do serviço terceirizado.” (E3)

9.4.b - Ficando na linha de frente do gerenciamento de conflitos com os usuários

Outro ponto exposto pelas enfermeiras a se considerar é que como são elas as responsáveis por marcar, receber e administrar a quimioterapia, elas acabam por se tornar referência e ficam no centro das situações, trabalhando como intermediadoras das partes que envolvem membros da equipe multidisciplinar e usuários.

“A única coisa que eu não gosto daqui, é quando a quimioterapia falta e a gente fica na linha de frente, eu fico com muita dó dos pacientes, eu acho um absurdo isso. Como somos nós que agendamos as quimioterapias, ficamos sabendo da falta e precisamos informar ao paciente, quando ele vem marcar, que está em falta. Aí, tem paciente que briga, vem reclamar. Tem outro que entra na justiça e consegue mas só consegue para aquele que entrou na justiça e não para os outros, aí esse um faz e fala que

conseguiu pois entrou na justiça. E os pacientes vem cobrar da gente e é a enfermagem na linha de frente para tudo isso. E a gente se sente mal, como é que eu vou fazer para conseguir quimioterapia para os outros?” (E5)

“Quando estava faltando medicamentos tivemos um período de conflitos pois os pacientes tiveram que interromper o ciclo e então o familiar, o paciente, soltava aquela angústia toda em cima da gente mas eu até entendo o lado dele, tendo que parar o ciclo por falta. A gente explica que não é culpa nossa, orienta, pega o telefone para mantermos a informação e ligamos assim que a medicação chega mas isso é complicado pois a culpa não é nossa aqui do setor e somos nós que temos que gerenciar isso.” (E6)

CATEGORIA 10: CONSTATANDO BARREIRAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A categoria Constatando barreiras no Sistema Único de Saúde revela que as enfermeiras identificam problemas na entrada e trajetória percorrida pelos homens que procuram o Sistema Único de Saúde. Essa categoria é composta por duas subcategorias, sendo elas: 1) Destacando problemas na acessibilidade do homem aos serviços de saúde; 2) Apontando problemas no acolhimento do homem que busca o atendimento à saúde no SUS.

Diagrama 18: Categoria 10: Constatando barreiras no sistema único de saúde



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

10.1 - SUBCATEGORIA 10.1: Destacando problemas na acessibilidade do homem aos serviços de saúde.

A acessibilidade aos serviços de saúde pode ser compreendida como o conjunto de circunstâncias que viabiliza a entrada do usuário na rede de serviço, envolvendo assim as facilidades ou dificuldades em se obter o atendimento desejado. Observamos que esse acesso ao sistema e aos serviços de saúde ainda tem se mostrado problemático para os homens na visão das enfermeiras.

“Mas o grande problema que eu acho que impede essa presença masculina é essa forma como são organizados os ambulatórios. A pessoa tem que perder um dia de trabalho pra arrumar consulta, às vezes é necessário que ela perca mais um dia de trabalho para fazer um exame, a própria estrutura da instituição dificulta muito esse acesso. Se a pessoa pudesse até perder um dia de trabalho, mas tivesse acesso à consulta, aos exames, coisas mais rápidas, acho que melhoraria para eles.” (E5)

“Eu sinto isso no serviço de ambulatório, especificamente no serviço da procura para o diagnóstico precoce, falta é a questão de ter horário para atendimento alternativo. Os sistemas gestores, até mesmo os profissionais, ainda não estão sensibilizados pra isso, de ter um horário noturno pra atendimento, a gente teria maior aderência de toda população trabalhadora. Principalmente a masculina que acaba procurando as emergências.” (E3)

Quadro 38 : Subcategoria 10.1: Destacando problemas na acessibilidade do homem aos serviços de saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Enumerando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde; - Destacando o horário de atendimento da oncologia como problema; - Afirmando que o agendamento das consultas na atualidade dificulta o acesso da população masculina; - Questionando a organização do trabalho dos ambulatórios; - Vendo como fator que dificulta o acesso do homem ao serviço de saúde o horário de atendimento da rede básica; - Referindo problemas na acessibilidade do usuário a QT; - Observando que os homens enfrentam problemas no acesso aos serviços de saúde; - Considerando que o horário de atendimento dos serviços básicos de saúde é inadequado para atender aos homens; 	<p>Destacando problemas na acessibilidade do homem aos serviços de saúde.</p>	<p>Constatando barreiras no Sistema Único de Saúde</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo que o homem tem sua percepção de corpo e mental diferentes; - Presenciando a judicialização da saúde em alguns casos. 		
---	--	--

10.2 - SUBCATEGORIA 10.2: Apontando problemas no acolhimento do homem que busca o atendimento à saúde no SUS

O ato de acolher implica no estar com, na inclusão, no reconhecimento do outro e no sentimento de co-responsabilidade. Percebemos que mesmo com esforços políticos, através da implementação de políticas, e com os esforços de muitos profissionais de saúde, o acolhimento ainda enfrenta grandes desafios nos serviços pois ele envolve a mudança de postura e a reorganização dos serviços. Assim, observamos nas falas abaixo que as enfermeiras apontam para dificuldades enfrentadas no acolhimento dos homens nos serviços de saúde.

“Acho que o horário de atendimento é restrito para quem trabalha e o homem tem dificuldade para falar, correr atrás e isso acaba dificultando mais para ele. Agora estão discutindo sobre isso, estão criando a saúde do homem, justamente para esclarecer que o homem tem suas particularidades, sua percepção de corpo e mental é diferente, tem a individualidade dele. Tem muita coisa voltada para a mulher e para o homem já não tem. Pensando por esse âmbito vemos que tem mais dificuldade para o homem, até na questão do acolhimento fica mais difícil, não são consideradas essas diferenças.” (E5)

“Com certeza se a gente tivesse um acolhimento melhor, melhoraria. Se tivesse um acolhimento melhor para a saúde em geral, seria ótimo. Mas não é assim, no ambulatório por exemplo, você demora meses para conseguir marcar uma consulta, meu Deus do céu é a coisa mais terrível. Outra coisa é que antigamente, aqui tinha um sistema de pronto atendimento no ambulatório que funcionava super bem, o paciente que ia no serviço e tinha a pressão alta ou precisava de um procedimento simples, tipo uma paracentese, chegava e não precisava ir para a emergência, era atendido no ambulatório mesmo mas acabou esse

atendimento. Agora aqui no hospital só tem o serviço de emergência que tem que dar conta de tudo, do mais grave ao mais simples.” (E2)

Quadro 39 : Subcategoria 10.2: Apontando problemas no acolhimento do homem que busca o atendimento à saúde no SUS

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Relatando a importância do acolhimento no atendimento à saúde; - Julgando que se o acolhimento fosse melhor o diagnóstico e tratamento se dariam precocemente; - Percebendo que é mais difícil realizar o acolhimento ao homem; - Percebendo que as particularidades dos gêneros nem sempre são consideradas no acolhimento; - Observando que a dificuldade do homem falar seus problemas prejudica o acolhimento. 	<p>Apontando problemas no acolhimento do homem que busca o atendimento à saúde no SUS</p>	<p>Constatando barreiras no Sistema Único de Saúde</p>

CATEGORIA 11: DESENVOLVENDO ESTRATÉGIAS PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS CRIADOS POR QUESTÕES DE GÊNERO

A categoria Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero sinaliza que as enfermeiras da oncologia reconhecem que algumas questões de gênero interferem negativamente na organização do cuidado e assim, elas procuram desenvolver artifícios para contornar problemas identificados. Essa categoria é composta por quatro subcategorias, sendo elas: 1) Identificando a família como uma importante aliada ao cuidado; 2) Estabelecendo relação de confiança; 3) Buscando se aproximar do universo masculino; 4)

Praticando educação em saúde; 5) Acreditando na sistematização da consulta de enfermagem como estratégia para melhorar o cuidado.

Diagrama 19: Categoria 11: Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

SUBCATEGORIA 11.1: Identificando a família como uma importante aliada ao cuidado

A interação com os homens com câncer permitiu as enfermeiras da oncologia a percepção da importância do estímulo e da inclusão da família como estratégia para melhor gerenciar o cuidado a saúde desses homens. Assim, as enfermeiras buscam conhecer e interagir

com as famílias dos usuários, identificando o significado que a família possui para o homem e os papéis desempenhados pelos membros, uma vez que cada família tem uma organização e dinâmica própria, relacionada ao contexto histórico-social do ambiente onde vivem, seguindo modelos de convivência e de acordo com a percepção dos indivíduos acerca da realidade que os cercam.

Outro ponto importante destacado é que na maioria das vezes, a mulher é a pessoa responsável por acompanhar o homem nessa fase da vida e assim, ela acaba desempenhando um papel de intermediadora do cuidado a saúde do homem visto que muitos desses homens tem dificuldade em comunicar-se abertamente com os profissionais de saúde, em especial com as enfermeiras da equipe da oncologia que são em sua totalidade mulheres.

“Sempre os mais fáceis de abordar são aqueles que vêm com a esposa, com uma filha, os que tem núcleo familiar. Esses são mais fáceis de serem abordados, da gente interagir, independente de serem pessoas não muito cultas, de serem extrovertidas ou não, de modo geral as coisas fluem. Depois que nos conhecem e que a gente o conhece, começamos a abordar e é super tranquilo. Mas aqueles homens que especificamente têm histórias de abandono familiar, que abandonaram sua família ou por conduta deles, que algum momento a família os abandonaram, estão sozinhos, esses são as pessoas mais difíceis. Porque eles ficam muito amargurados, eu não consigo pensar em outra palavra. Esses homens sempre tem uma perspectiva muito angustiante, uma perspectiva sempre muito negativa, de que nada vai dar certo.”
(E3)

“Mas a família é fundamental e acaba sendo uma estratégia nossa pois o paciente com câncer geralmente é deprimido, então se ele fica sozinho, ele não sai do quadro. Então, a família ajuda muito nisso e no cuidado também, a mulher principalmente. E aqui tem um grupo de cuidadores, então nesse grupo, os familiares traziam muitas informações que os pacientes não falavam e muitas dúvidas que eles tinham. Então o grupo é bom pois ele já vai para casa sabendo como vai cuidar daquele ente querido.” (E6)

“E a família também acaba se tornando uma estratégia para cuidar desse homem. A família acaba acompanhando eles na consulta, na QT e isso ajuda.” (E4)

Quadro 40: Subcategoria 11.1: Identificando a família como uma importante aliada ao cuidado

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Identificando a importância da família para os homens; - Utilizando a família como estratégia de cuidado de enfermagem para o homem; - Sendo necessário utilizar a acompanhante mulher para ajudar na abordagem ao homem; - Interagindo bem com os familiares; - Observando que o homem vê na família um motivo para lutar contra o câncer; - Observando que homens sem família não tem estímulo para se cuidarem; - Identificando que homens sem família são menos esperançosos no tratamento; - Encontrando na família do homem uma aliada para promover o cuidado; - Observando a presença da família quando o homem está mais debilitado; - Sendo a família uma importante estratégia de cuidado ao homem; - Destacando o valor do grupo de cuidadores que o serviço desenvolve; - Utilizando a família como aliada no cuidado ao homem com câncer; - Colhendo informações sobre os homens com a família. 	<p>Identificando a família como uma importante aliada ao cuidado</p>	<p>Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero</p>

11.2 - SUBCATEGORIA 6.2: Estabelecendo relação de confiança

Uma importante estratégia descrita pelas enfermeiras que gerenciam o cuidado aos homens com câncer é, no processo interativo, desenvolver com esses homens uma relação de confiança. Elas destacam que para os homens conversarem, revelarem suas necessidades e expressar suas dúvidas, faz-se necessário que eles primeiramente confiem nelas. Assim, observamos as seguintes falas:

“Já com os homens, já fico um pouco mais cautelosa também pois eles precisam primeiro confiar na gente então eu falo ‘olha, com licença, eu preciso ver, posso examinar?’ Queria que ele pudesse se sentir mais à vontade, porque vou tocá-lo, vou mexê-lo, para que ele não fique constrangido. Mas isso é mais no início pois depois que ele nos conhece, melhora. Então depois eu o incluo mais falo ‘olha, eu tenho como dar uma medicação para o senhor, dar um produto que temos pra curativo’, aí ensino a ele a fazer curativo ‘olha, nessa área, o senhor próprio pode fazer assim’. Quando ele passa a confiar na gente, fica melhor.” (E3)

“Procuro conversar, tentar fazer que a pessoa se abra, ver se ele consegue transpor essa barreira, pois vejo que o homem é mais envergonhado. Então procuro fazer com que ele me conheça, às vezes ele não quer falar pois não me conhece, então com o tempo ele vai vendo e vai falando, se abrindo.” (E4)

Quadro 41 : Subcategoria 11.2: Estabelecendo relação de confiança.

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo que para os homens é preciso primeiro confiar na enfermeira para depois falar sobre seus problemas; - Sendo necessário estabelecer uma relação de confiança com o homem; - Usando a conversa como estratégia para estabelecer relação de confiança e de cuidado com o homem; 	<p>Estabelecendo relação de confiança.</p>	<p>Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Ficando preocupada em não causar constrangimento ao homem pela diferença de gênero; - Buscando fazer o homem se sentir à vontade apesar da diferença de gênero enfermeira-usuário; - Conversando bastante com os homens; - Observando que após um tempo de convívio os homens demonstram maior confiança na enfermeira; - Buscando estabelecer vínculo com os homens para que eles se sintam mais à vontade em conversar; - Expondo que seu trabalho é ajudá-los em sua recuperação; - Buscando passar segurança para os usuários; - Precisando conquistar a confiança do homem para que ele resolva se abrir; - Estabelecendo vínculo com o homem para que ele possa se abrir e falar dos problemas. 	<p>Estabelecendo relação de confiança.</p>	<p>Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero</p>
---	---	--

11.3 - SUBCATEGORIA 11.3: Buscando se aproximar do universo masculino

A diferença de gênero entre as enfermeiras e os usuários foi vista como fator que influencia na gerência do cuidado aos homens. Assim, outra estratégia utilizada pelas enfermeiras da oncologia é tentar se aproximar do universo masculino na interação com os homens para que eles se sintam mais à vontade e manifestem mais facilmente suas necessidades.

“Eu faço aquilo que te falei, me aproximo do homem com assuntos do universo e da realidade dele, procuro saber o que ele gosta. Às vezes busco dados no prontuário dele para me aproximar, olho as evoluções dos outros membros da equipe multidisciplinar e isso me direciona para onde eu vou me concentrar.” (E5)

“Procuro me aproximar dele, falar de assuntos gerais e até mesmo de coisas que homens geralmente gostam, como futebol e esportes por exemplo. Isso quebra um pouco a expectativa dele e ele acaba me vendo diferente pois falo de tudo um pouco.” (E6)

Quadro 42: Subcategoria 11.3: Buscando se aproximar do universo masculino

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Sendo necessário criar estratégias para conversar com os homens com câncer - Buscando se aproximar do universo masculino nas conversas com os homens; - Proporcionando a troca de experiências; - Procurando saber sobre o que o homem se interessa; - Conversando sobre futebol para descontrair; - Falando sobre esportes; - Perguntando sobre o trabalho do homem. 	<p>Buscando se aproximar do universo masculino.</p>	<p>Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero</p>

11.4 - SUBCATEGORIA 11.4: Praticando educação em saúde

Importante aliada, a educação em saúde foi apontada como fundamental estratégia utilizada com os homens com câncer no processo de interação, funcionando como medida eficaz de intervenção no processo saúde-doença. Foi destacado que muitos homens estão adentrando no sistema de saúde pela primeira vez e assim precisam ser orientados não apenas em relação a sua condição de saúde e tratamento, mas também sobre hábitos de vida e o próprio funcionamento do sistema de saúde em geral. Apresentamos as seguintes falas que ilustram o acima exposto:

“Uma das coisas mais importante para os homens daqui, depois que passa aquele primeiro impacto, que o médico já falou do diagnóstico, são as informações sobre a saúde dele. Porque muitas vezes o médico até falou mas eles não entenderam então eles

querem que a enfermeira explique tudo para eles, saber da doença, do tratamento. Acho que tornamos as informações mais acessíveis para eles. Alguns poucos, poucos mesmo, pois eles não se abrem para isso, querem saber da parte sexual, se terá algum problema, mas em relação a isso eles geralmente se abrem mais com o médico. Querem saber de nós mais as reações da QT, o que vai acontecer, se vai poder andar depois da QT, poder pegar ônibus, poder vir sozinho, isso tudo eles colocam. Então é fundamental a educação em saúde aqui.” (E1)

“Muitos homens quando chegam aqui tem um bloqueio tão grande que, quanto mais você dá informação, ele nem quer muito saber. Primeiro ele quer só saber se vai passar mal, se poder ter algum agravo da quimioterapia. Aí a gente esclarece o que ele quer naquele momento. Outra coisa é que geralmente eles vêm com informação muito truncada, um exemplo clássico, todo mundo pensa que quem faz quimioterapia o cabelo vai cair, aí a gente fala, por exemplo, essa sua QT não cai cabelo, não vai cair pêlos. Depois com o tempo a gente vai falando, orientando e eles mesmo vão perguntando.” (E3)

Quadro 43: Subcategoria 11.4: Praticando educação em saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Declarando que os homens querem que as enfermeiras expliquem o tratamento; - Reforçando a necessidade dos homens de receber orientações referentes ao tratamento e reações adversas; - Ponderando que a enfermeira torna as informações e orientações mais acessíveis aos usuários; - Sendo necessário adaptar as informações de acordo com o entendimento do usuário; - Ouvindo as dúvidas dos homens com câncer; - Fornecendo as informações de saúde de acordo com as necessidades dos homens; - Esclarecendo as dúvidas dos homens com câncer; - Esclarecendo o homem com 	<p>Praticando educação em saúde.</p>	<p>Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero</p>

câncer a respeito do senso comum. - Promovendo a troca de experiência entre os homens com câncer; - Mostrando casos bem sucedidos de homens que estão em fase mais avançada da luta contra o câncer; - Julgando que a maior demanda do homem com câncer é a informação e orientação.		
---	--	--

11.5 - SUBCATEGORIA 11.5: Acreditando na sistematização da consulta de enfermagem como estratégia para melhorar o cuidado

Existe o reconhecimento por parte dos enfermeiros da oncologia da importância e dos benefícios que a consulta de enfermagem proporciona aos usuários. Sendo assim, sistematizar a consulta de enfermagem no serviço foi referido pelas enfermeiras como uma estratégia que poderia favorecer a interação com os usuários de forma a amenizar problemas criados por questões de gênero, como observamos nas falas abaixo:

“Precisamos de uma consulta individualizada, sistematizada, nós fazemos uma consulta adaptada, pois a consulta tem que ser privativa, oferecer privacidade e isso nem sempre conseguimos garantir aqui. E o fato do homem ser desse jeito, reservado, ele não vai falar ali dentro. Tem que tirar o paciente da sala de QT, levar para uma sala. Teve um tempo em que nós começamos, trazia o paciente na salinha, fazia a entrevista, conversava, fazia a consulta, às vezes sozinho, às vezes com o familiar, assim eles se abriam mais.” (E1)

“Precisamos sistematizar a consulta mas vamos esperar pois existe uma planta de reforma onde teremos nosso espaço, uma sala para realizarmos a consulta, mas temos que esperar essa reforma acontecer. Aí poderemos realizar a consulta adequadamente, mas nós fazemos uma consulta adaptada, orientamos os pacientes, fornecemos cartilha, colhemos histórico do paciente, mas o exame físico em si fica prejudicado.” (E6)

Quadro 44 : Subcategoria 11.5: Acreditando na sistematização da consulta de enfermagem como estratégia para melhorar o cuidado

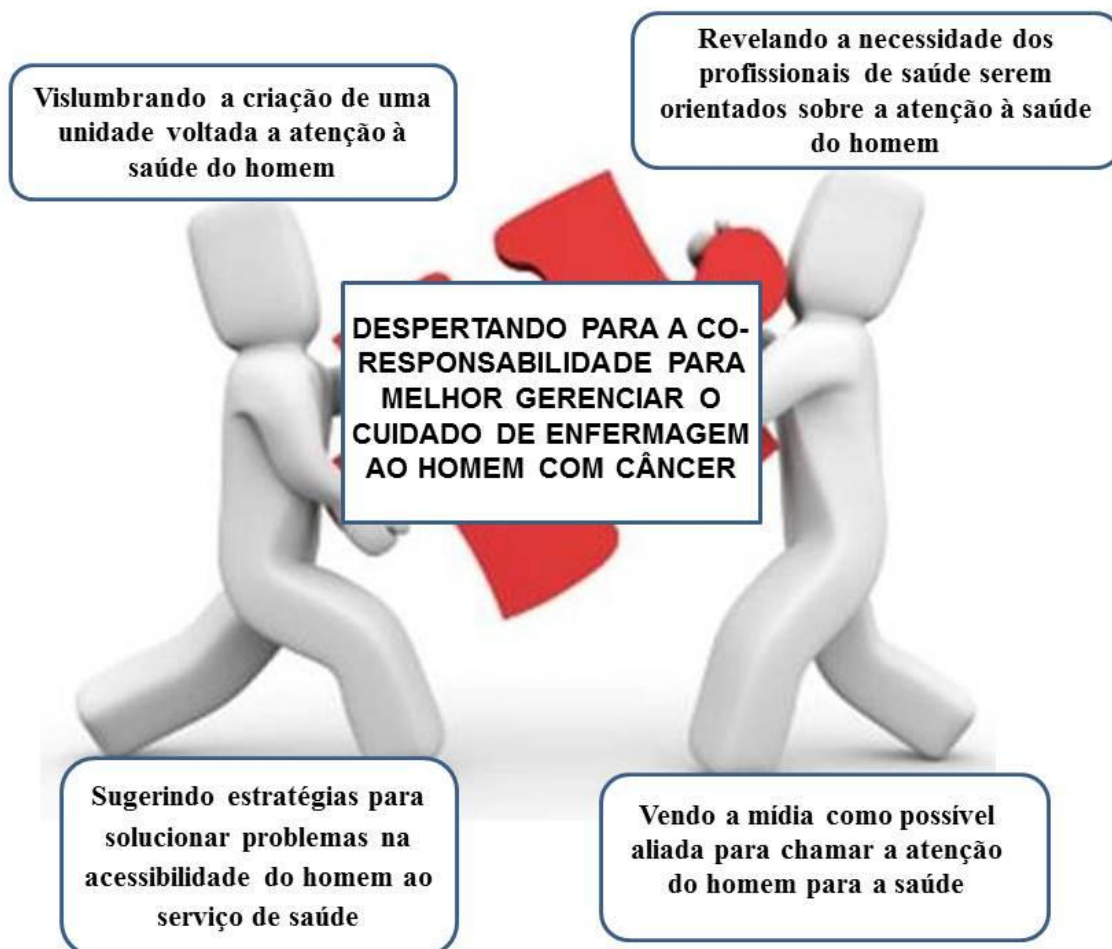
CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Acreditando na necessidade de se realizar a consulta de enfermagem de forma sistematizada na QT; - Pontuando que quando a consulta de enfermagem era realizada de forma sistematizada os homens revelavam mais suas necessidades; - Julgando que a inexistência da consulta de enfermagem acarreta perdas para a relação enfermeira-usuário; - Afirmando que outros membros da equipe multidisciplinar saem ganhando por exercerem a consulta com o usuário; - Entendendo que o homem precisa não somente ouvir orientações mas também falar suas necessidades; - Considerando a falta da consulta de enfermagem como uma limitação do serviço de oncologia; - Acreditando que a consulta de enfermagem é uma importante ferramenta para o cuidado com qualidade; - Revelando acreditar na sistematização da consulta de enfermagem como estratégia para melhorar a atenção ao homem com câncer. 	<p>Acreditando na sistematização da consulta de enfermagem como estratégia para melhorar o cuidado</p>	<p>Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero</p>

CATEGORIA 12: DESPERTANDO PARA A CO-RESPONSABILIDADE PARA MELHOR GERENCIAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM CÂNCER

A categoria Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer reafirma o compromisso das enfermeiras da oncologia, responsáveis por gerenciar o cuidado de enfermagem em garantir uma assistência de qualidade e em consonância com a Política Nacional de Humanização que desperta os profissionais de saúde para questões como a valorização das dimensões subjetiva e social, construção de autonomia e protagonismo, co-responsabilidade entre os sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde, entre outros.

Assim sendo, essa categoria é composta por quatro subcategorias, sendo elas: 1) Sugerindo estratégias para solucionar problemas na acessibilidade do homem ao serviço de saúde; 2) Vendo a mídia como possível aliada para chamar a atenção do homem para a saúde; 3) Vislumbrando a criação de uma unidade de atendimento voltada à saúde do homem; 4) Revelando a necessidade dos profissionais de saúde serem orientados sobre a atenção à saúde do homem.

DIAGRAMA 20: Categoria 12: Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer



Fonte: Adaptação da autora de imagem retirada do www.google.com/imagens

12.1 - SUBCATEGORIA 12.1: Sugerindo estratégias para solucionar problemas na acessibilidade do homem ao serviço de saúde

A partir do processo interativo com os homens e refletindo sobre novas formas para melhor gerenciar o cuidado a eles, as enfermeiras da oncologia apresentaram sugestões para contribuir para uma melhor acessibilidade desses homens aos serviços de saúde. Observamos

que nesse momento, as particularidades dos sujeitos foram reconhecidas, como observamos nas falas:

“Acho que o atendimento aos homens que procuram o ambulatório é feito de forma inadequada pois eles perdem muito tempo e acabam desistindo. Aí o que eles fazem é procurar a emergência mesmo pois é mais rápido.” (E2)

“Pensando nos homens daqui acho que a gente precisava ter um terceiro turno de atendimento, que começasse até no horário noturno. Que não fosse muito tarde, que começasse umas 17-17:30, que pudesse se alongar até umas 20:30-21h pois aí seria o contrário, ele iria trabalhar e depois de trabalhar viria aqui, se medicaria e voltava pra casa. E mesma coisa nos consultórios, nos ambulatórios, que existisse até especialidades atendendo no serviço noturno. Eu acho que, de repente, até a demanda feminina também aumentaria também.” (E3)

Quadro 45: Subcategoria 12.1: Sugerindo estratégias para solucionar problemas na acessibilidade do homem ao serviço de saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Considerando que o atendimento aos homens nos ambulatórios é inadequado e deveria funcionar até mais tarde; - Acreditando que se o ambulatório funcionasse até mais tarde os homens compareceriam mais; - Julgando o horário de funcionamento do ambulatório um problema para os homens que priorizam o trabalho; - Sugerindo a ampliação do horário de atendimento do serviço de oncologia; - Sugerindo a criação de um terceiro turno de funcionamento para a quimioterapia; - Sugerindo que gestão do serviço do ambulatório considerasse ampliação do horário e serviços oferecidos; - Defendendo a existência de 	<p>Sugerindo estratégias para solucionar problemas na acessibilidade do homem ao serviço de saúde</p>	<p>Sendo co-responsável pelo sistema de saúde</p>

pronto atendimento no ambulatório para desafogar a emergência.		
--	--	--

12.2 - SUBCATEGORIA 12.2: Vendo a mídia como possível aliada para chamar a atenção do homem para a saúde

A mídia tem papel fundamental no mundo contemporâneo e os meios de comunicação podem influenciar vários aspectos da nossa vida. A sociedade atual está cada vez mais “conectada” aos meios de comunicação e assim, a televisão, a imprensa escrita e falada, a internet, ocupam espaços de destaque que podem ser utilizados para reflexão e educação da população no que diz respeito à saúde.

Sendo a saúde um assunto de fundamental importância a todos e tendo a mídia o poder de estar perto e de forma constante com os usuários, as enfermeiras da oncologia apontaram a mídia como uma aliada do sistema de saúde, na gerência do cuidado aos usuários, para divulgar informações, esclarecimentos e campanhas.

Um ponto frisado na fala das enfermeiras foi a pouca visibilidade que a saúde do homem possui junto aos meios de comunicação, que vem privilegiado outras questões. Assim, elas destacam ainda que a população masculina, que frequenta menos os serviços de saúde, poderia sair beneficiada com essa combinação mídia-saúde. Seguem as falas das enfermeiras:

“Eu acho que precisam de reformulações porque fala-se muito enfocando a mulher então o homem ainda está muito esquecido, ou pouco valorizado, em relação a mulher, em termos de orientação e de atenção. Tem muita campanha de prevenção para câncer de colo de útero e de mama, mas pouco se fala sobre câncer de próstata, tanto a imprensa como o governo, enfocam menos. Você pode ver que os noticiários estão sempre mostrando a questão de colo de útero e mama, a próstata fala alguma coisa e de vez enquando. Acho que se deveria se falar em prevenção, tentar quebrar essa barreira que o homem tem, esse estigma ou

medo. Pois até hoje o sistema de saúde não consegue nem atender bem a mulher que busca a prevenção o que dirá o homem também. É preciso chamar o homem a se cuidar, dar informação e fazer campanhas de esclarecimento.” (E4)

“Já temos aí um programa da saúde do homem, igual ao da saúde da mulher, mas eu acho que falta divulgação e informação. Falta mesmo informar de maneira geral, jornal, revista e televisão. E outra coisa é que vemos muito assim, o homem, depois dos quarenta, tem que procurar a saúde para fazer o exame da próstata, mas não é só isso, tem que informar de maneira geral dos outros tipos de câncer também.” (E6)

Quadro 46: Subcategoria 12.2: Vendo a mídia como possível aliada para chamar a atenção do homem para a saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Acreditando que a mídia tem papel importante na divulgação de informações de saúde; - Julgando que os homens acreditam no que a mídia divulga sobre a saúde; - Afirmando que gostaria que a mídia participasse mais da divulgação da saúde; - Ouvindo usuários dizer que buscaram o atendimento a saúde após ouvir algo na tv; - Ouvindo usuários citando o exemplo do presidente Lula ao se queixarem de rouquidão; - Usando exemplos de pessoas públicas que se curaram para incentivar os usuários; - Considerando a mídia como importante veículo de informação e orientação para os homens; - Enxergando na mídia uma aliada para divulgar informações de saúde e doença para os homens; - Vislumbrando parcerias entre a mídia e a saúde para divulgar educação em saúde aos homens; - Entendendo que é necessário 	<p>Vendo a mídia como possível aliada para chamar a atenção do homem para a saúde</p>	<p>Sendo co-responsável pelo sistema de saúde</p>

divulgar informações de saúde como um todo não apenas de alguns tipos específicos de câncer; - Afirmando que a mídia explora a saúde da mulher mas não aborda a questão da saúde do homem; - Acreditando que a mídia poderia ajudar a orientar o homem sobre questões de saúde e doença.		
--	--	--

12.3 - SUBCATEGORIA 12.3: Vislumbrando a criação de uma unidade de atendimento voltada à saúde do homem

Pensando em uma melhor forma para gerenciar o cuidado aos homens, as enfermeiras da oncologia sugerem que sejam criados espaços para atender especificamente o público masculino como já existem para o público feminino. Nesse espaço voltado à saúde do homem, os usuários poderiam se sentir mais à vontade para manifestar suas necessidades e receberiam ainda um tratamento profissional especializado. Destacamos as falas:

“Hoje também a gente vê que tem o hospital da mulher, eu acho que como eles já tem essa dificuldade em procurar a saúde e se abrir, eu acho que poderiam criar o hospital do homem ou alguma clínica para eles se sentirem mais leves em procurar, mais leves para falar dos seus sintomas.” (E6)

“Poderia também, nos serviços, ter locais destinados a atender os homens como as mulheres tem, ter profissionais atentos para isso, seria importante.” (E3)

Quadro 47: Subcategoria 12.3: Vislumbrando a criação de uma unidade de atendimento voltada à saúde do homem

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Sugerindo a criação de um local de atendimento específico para a saúde do homem; - Acreditando que se existisse um ambulatório específico para homens eles teriam menos vergonha em procurar por ser um ambiente masculino; - Sugerindo a criação de um programa de palestras voltadas para os homens; - Julgando que a informação sobre a saúde do homem é limitada ao câncer de próstata; - Destacando que o governo precisa investir mais na saúde do homem; - Destacando que as informações em saúde são mais destacadas para a saúde da mulher; - Acreditando que o sistema de saúde deveria investir mais na divulgação da saúde do homem; - Julgando que reformulações são necessárias no atendimento a saúde do homem; - Acreditando que poderiam ser criadas campanhas e unidades específicas para a saúde do homem como existem para as mulheres. 	<p>Vislumbrando a criação de uma unidade de atendimento voltada à saúde do homem</p>	<p>Sendo co-responsável pelo sistema de saúde</p>

12.4 - SUBCATEGORIA 12.4: Revelando a necessidade dos profissionais de saúde serem orientados sobre a atenção à saúde do homem

Mesmo já tendo uma política própria lançada pelo Ministério da Saúde em 2009, percebemos que a atenção à saúde do homem ainda encontra-se pouco divulgada para os usuários e profissionais. Atuando como gerentes do cuidado e membro da equipe

multiprofissional, as enfermeiras precisam estar familiarizadas com as políticas públicas e suas orientações a fim de garantir ainda mais qualidade ao seu trabalho. Assim, percebemos que as enfermeiras da oncologia destacaram a necessidade que a atenção à saúde do homem seja mais divulgada no sistema de saúde. Segue as falas:

“Poderiam existir profissionais voltados para os homens, como tem profissionais voltados para a saúde da mulher, poderia ter para a saúde dos homens também, que considerassem essas particularidades dos homens. Poderia também, nos serviços, ser implantado esse conhecimento na educação continuada, que esse conhecimento nos fosse passado, que fossemos chamados a atenção para essa questão.” (E5)

“Acho que acaba que damos mais atenção a mulher pois ela fala mais, até mesmo nos grupos, são para todos, mas a mulher acaba falando mais e acabamos nos voltando mais para elas mesmo. Acho então que os próprios profissionais precisam se atentar para isso. [...] Acho que precisa de uma reformulação com o governo, com os profissionais e com os homens também. Os homens para se informarem mais, terem menos vergonha, o profissional para estar mais preparado para lidar com essa questão da particularidade do homem e o governo para dar enfoque maior nas campanhas.” (E4)

Quadro 48: Subcategoria 12.4: Revelando a necessidade dos profissionais de saúde serem orientados sobre a atenção à saúde do homem

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Refletindo sobre o fato dos próprios profissionais de saúde precisarem se atentar para a saúde do homem; - Sendo necessário reformular para melhorar a atenção à saúde do homem; - Entendendo que para melhorar a atenção a saúde do homem os profissionais de saúde devem se atentar para as questões de gênero; - Acreditando que o sistema de saúde poderia treinar profissionais específicos para atender os homens em suas particularidades; 	<p>Revelando a necessidade dos profissionais de saúde serem orientados sobre a atenção à saúde do homem</p>	<p>Sendo co-responsável pelo sistema de saúde</p>

- Considerando que o tema da saúde do homem deveria integrar as reuniões da educação continuada dos serviços.		
---	--	--



Tela: The sower – Vincent Van Gogh

CAPÍTULO V

“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o mistério passará pela vida sem ver nada”.

Albert Einstein

INTERCONECTANDO AS CATEGORIAS

5.1 – APRESENTANDO O MODELO PARADIGMÁTICO

As doze categorias com suas respectivas subcategorias, componentes e códigos conceituais extraídos do processo de codificação foram analisadas e iniciou-se assim a busca por padrões de acontecimentos e ações-interações que revelassem o fenômeno central desse estudo.

Para identificar o fenômeno central do estudo, Strauss & Corbin (2008) nos apresentam os elementos do modelo paradigmático, que são elementos explicativos e compreendem: condições causais, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação-interação e consequências.

Construir o modelo paradigmático é uma tarefa que exige bastante dedicação do pesquisador, considerando que o mesmo precisa imergir nos dados e esvair-se de sua visão de mundo, uma vez que é apenas assim que essa construção ocorre de forma a captar com precisão a dinâmica e a natureza evolutiva dos dados. Ressaltamos que no modelo paradigmático essa dinâmica e natureza evolutiva dos dados apresenta-se em uma dimensão não simplista de causa e efeito, mas sim em uma dimensão complexa que revela estrutura e processo. Dessa maneira, compreendemos as circunstâncias as quais os acontecimentos do fenômeno surgem e/ou se situam, bem como conhecemos a ação/interação das pessoas envolvidas nesse fenômeno (STRAUSS E CORBIN, 2008).

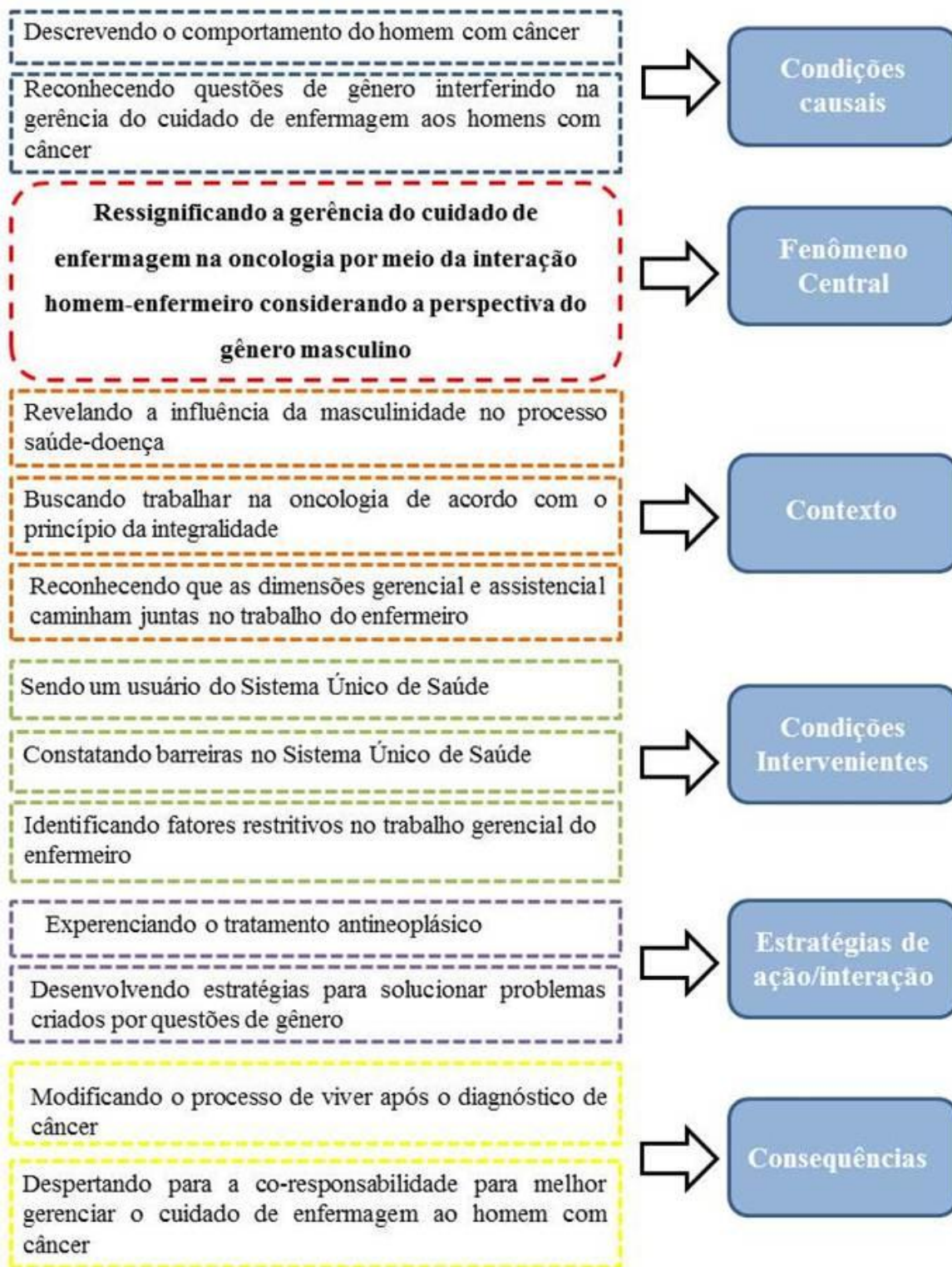
Desse modo, no grupo amostral dos homens com câncer, a categoria *Descrevendo o comportamento do homem com câncer* foi identificada como condição causal. A categoria *Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença*, como contexto. A categoria *Sendo um usuário do Sistema Único de Saúde* foi entendida como condições intervenientes. A

categoria *Experenciando o tratamento antineoplásico* caracterizou-se como estratégias de ação/interação. A categoria *Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer* foi reconhecida como consequências.

No grupo amostral das enfermeiras da oncologia, as categorias que emergiram também contribuíram para compor o modelo paradigmático. A categoria *Reconhecendo questões de gênero interferindo na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer* foi considerada condições causais. As categorias *Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade* e *Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no trabalho do enfermeiro* compuseram o contexto. As categorias *Identificando fatores restritivos no trabalho gerencial do enfermeiro* e *Constatando barreiras no Sistema Único de Saúde* foram identificadas como condições intervenientes. A categoria *Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero* integrou as estratégias de ação/interação. A categoria *Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer* apontou como consequências.

Todas as categorias foram interconectadas ao Fenômeno Central: **Ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia por meio da interação homem-enfermeiro considerando a perspectiva do gênero masculino**. A representação do modelo paradigmático na forma de diagrama pode ser observado no diagrama 21.

Diagrama 21: MODELO PARADIGMÁTICO



Diante destes elementos interconectados e do modelo paradigmático representativo do fenômeno em questão, apresento a tese de doutorado a ser defendida: **Os enfermeiros da oncologia, no processo relacional e interacional com os homens com câncer, reconhecem a dimensão da masculinidade na relação homem-saúde-doença e assim ressignificam a gerência do cuidado de enfermagem considerando a perspectiva de gênero.**

O FENÔMENO

O fenômeno central, de acordo com Strauss e Corbin (2008), é o termo que explica “o que está acontecendo aqui?”. Ele descreve os acontecimentos, fatos, ações/interações que representam o que as pessoas fazem ou dizem, em resposta às situações nas quais elas se encontram.

Como já apresentado, o fenômeno central do estudo compreende: **Ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia por meio da interação homem-enfermeiro considerando a perspectiva do gênero masculino.**

Observamos a natureza subjetiva do estudo e assim compreendemos a opção por trabalhar na abordagem qualitativa, e dentro dela, na perspectiva do Interacionismo Simbólico cujas premissas, de acordo com Blumer (1969) são:

- I – O ser humano age em relação às coisas (pessoas, instituições, ideias, objetos físicos ou condições) com base nos significados que elas tem para ele;
- II – O significados dessas coisas é derivado, ou seja, surge da interação social que se estabelece com outras pessoas;
- III – Estes significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo sujeito ao tratar as coisas e situações que ele encontra.

O significado da gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer a partir da perspectiva de gênero sofreu um processo de ressignificação, tendo em vista que os enfermeiros apontaram uma mudança em suas visões sobre a perspectiva de gênero, acarretando em alteração em seus processos de trabalho. Ao experimentar o olhar sobre a perspectiva de gênero dos homens com câncer, os enfermeiros iniciaram um processo de reflexão e isso gerou mudanças na gerência do cuidado de enfermagem a esses homens.

A interação enfermeiro-usuário permitiu às enfermeiras reconhecer as particularidades inerentes à subjetividade do que é ser homem e assim, repensar a gerência do cuidado a esses homens, uma vez que os mesmos revelaram ainda viver sob influência de um modelo patriarcal. Esse modelo patriarcal em questão gera implicações no comportamento dos homens em relação ao processo saúde-doença de modo que muitos ignoram suas necessidades de saúde e procrastinam a busca por atendimento por não se reconhecerem vulneráveis a problemas dessa ordem.

Assim, por meio do processo interativo e buscando qualidade, os enfermeiros buscaram ressignificar seu trabalho, se aproximando dos usuários com um novo olhar, que considera a perspectiva de gênero e que a utiliza como estratégia na gerência do cuidado de enfermagem.

Abaixo, apresentamos o diagrama representativo do Fenômeno Central da Tese, conectado à condição causal, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e as conseqüências:

Diagrama 22: FENÔMENO CENTRAL

Fonte: Adaptação própria de figuras retiradas do site www.google.com/imagens

Apresentaremos agora como cada elemento do modelo paradigmático proveu subsídios para o fenômeno do estudo *Ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia por meio da interação homem-enfermeiro considerando a perspectiva do gênero masculino*.

CONDIÇÕES CAUSAIS

Segundo Strauss e Corbin (2008), as condições causais são conjuntos de fatos ou acontecimentos que criam situações, que até certo ponto, explicam porque e como pessoas respondem de determinadas maneiras em um fenômeno.

As categorias *Descrevendo o comportamento do homem com câncer*, do grupo dos homens, e *Reconhecendo questões de gênero interferindo na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer*, do grupo das enfermeiras, nos apresentam situações que nos levam ao desenvolvimento do fenômeno.

Ao descrever o comportamento do homem com câncer em relação à sua saúde, conseguimos ter o olhar desses homens no contexto supostamente saudáveis e isso nos permite observar que nessas condições, os homens não se consideram vulneráveis aos problemas de saúde, minimizam os problemas quando ele aparecem e que eles só decidem por buscar algum atendimento quando atribuem que aquele sinal ou sintoma pode estar relacionado a alguma condição grave. Assim, vemos que os modelos de masculinidade e a maneira de socialização masculina podem fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde, criando condições favoráveis ao adoecimento.

A segunda categoria destacada indica que as enfermeiras da oncologia, ao interagirem com os homens, reconhecem que as questões de gênero interferem na gerência do cuidado uma

vez que as mesmas escutam dos homens da oncologia que eles acreditam que o cuidado à saúde só deve ser procurado mediante o aparecimento de algum sintoma ou problema e não com enfoque de prevenção e promoção, que eles tem dificuldade para comunicar-se e possuem vergonha de perguntar sobre alguns assuntos. Outro ponto destacado foi a diferença entre gerenciar o cuidado de homens e mulheres. Segundo as enfermeiras, as mulheres são de maneira geral mais ativas e participativas do que os homens. Assim, gerenciar o cuidado de enfermagem aos homens mostra-se como um desafio para a enfermeira uma vez que exige dela uma atitude de interação positiva que demonstre atenção e interesse para com eles.

CONTEXTO

O contexto, de acordo com Strauss e Corbin (2008), é caracterizado a partir do conjunto de condições que se reúnem para produzir uma situação específica. No presente estudo, o contexto é marcado por condições da perspectiva de gênero dos homens com câncer, bem como por condições do trabalho das enfermeiras no serviço de oncologia, representado pelas categorias *Revelando a influência da masculinidade no processo saúde-doença*, do grupo amostral dos homens, e *Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade; Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no trabalho do enfermeiro*, do grupo das enfermeiras.

Os homens em tratamento antineoplásico revelaram que os significados atribuídos à masculinidade os influenciam no processo saúde-doença. Deste modo, fatores culturais, crença de invulnerabilidade às doenças, hábitos de vida não-saudáveis e a dificuldade em procurar a atenção à saúde, marcam o contexto destes homens com câncer que mesmo doentes ainda reproduzem comportamentos de risco à saúde.

As enfermeiras da oncologia trabalham em uma perspectiva de atenção à integralidade dos usuários e isso as faz reconhecer que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas em seu trabalho. Observamos que a gerência do cuidado de enfermagem exercida pelas enfermeiras da oncologia mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas envolvidas nesse cuidado. Desse modo, as enfermeiras se envolvem em múltiplas ações de gerência, cuidado, educação, entre outras, para garantir o direito de atenção integral de seus usuários.

Destacamos que o contexto de atenção e olhar integral que as enfermeiras da oncologia possuem sobre os usuários faz com que elas percebam o contexto no qual os homens encontram-se inseridos na sua realidade.

CONDIÇÕES INTERVENIENTES

Strauss e Corbin (1990) destacam que as condições intervenientes podem alterar o impacto das condições causais no fenômeno de forma a facilitar, dificultar ou restringir as estratégias de ação/interação num contexto específico. Essas condições incluem tempo, espaço, cultura, status econômico, tecnológico, carreira, história e biografia individual.

As categorias que representam as condições intervenientes são *Sendo um usuário do Sistema Único de Saúde*, do grupo dos homens, e *Constatando barreiras no Sistema Único de Saúde e Identificando fatores restritivos no trabalho gerencial do enfermeiro*, do grupo das enfermeiras.

Na busca pela compreensão dos fatores intervenientes do fenômeno destacamos: dificuldades na acessibilidade dos homens aos serviços de saúde, problemas no acolhimento destes homens no momento da entrada dos mesmos nos serviços, fatores restritivos à prática

gerencial do enfermeiro no serviço como problemas nos recursos físicos, não-sistematização da assistência de enfermagem, problemas logísticos e da instituição.

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO

Strauss e Corbin (2008) definem estratégias de ação-interação como sendo respostas estratégicas ou rotineiras das pessoas às questões, problemas, acontecimentos ou fatos que representam o que as pessoas fazem ou dizem.

Nesse sentido as categorias *Experenciando o tratamento antineoplásico*, no grupo dos homens, e *Desenvolvendo estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero*, no grupo das enfermeiras, representam as estratégias de ação/interação do estudo.

As experiências vivenciadas pelos homens durante o tratamento contra o câncer consistem na forma como os homens lidam com o fenômeno. Observamos através das subcategorias e componentes que este elemento do modelo envolve grande complexidade, uma vez que é no momento da realização do tratamento antineoplásico que muito homens decidem repensar suas vidas, seus valores, seus significados.

Destacamos pontos importantes como: aprendendo a cuidar de si, o homem precisa aprender a prestar atenção em sua saúde e a dedicar-se mais em seu autocuidado; valorização da adesão à terapêutica para vencer a doença, há o reconhecimento da importância de se seguir o tratamento da forma correta sem evasão; importância da família e preocupação com a mesma, o apoio da família se apresenta como fundamental e existe uma grande preocupação dos homens com a provisão de seus familiares; magnitude do trabalho na vida do homem, o trabalho se confunde com a própria identidade do homem e ficar sem trabalhar acarreta não somente em

problemas financeiros como também problemas de autoestima; busca da fé para superar a doença, a confiança em um Ser Superior confere aos homens mais tranquilidade para lutar contra a doença; medo da morte, os homens se deparam com a existência da finitude da vida.

Do mesmo modo, diante do fenômeno em questão, as enfermeiras da oncologia apresentam estratégias para interagir e tentar solucionar os problemas criados por questões de gênero. Destacamos o estabelecimento de uma relação de confiança com o homem que possibilita que ele se sinta mais à vontade para manifestar suas necessidades, a identificação e uso da família como aliada, a busca pela aproximação com o universo masculino fazendo com que a enfermeira e o homem “falem a mesma língua”, prática da educação em saúde, necessidade de sistematização da consulta de enfermagem na oncologia.

CONSEQUÊNCIAS

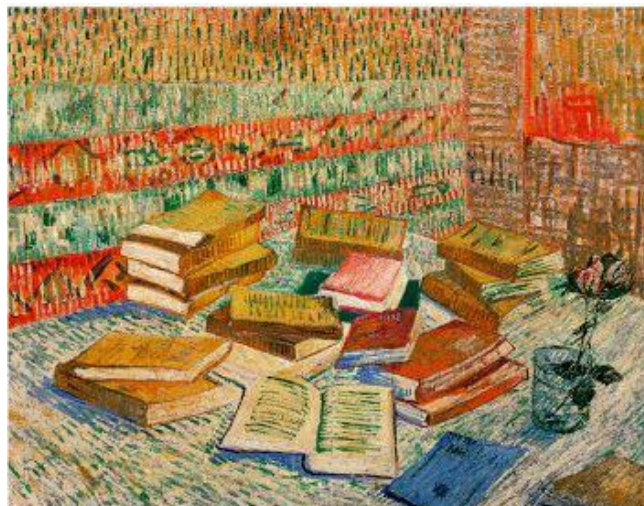
As consequências podem ser resultado ou expectativa das estratégias de ação-interação, representadas por questões do tipo o que acontece como resultados dessas estratégias. Elas podem ser pretendidas ou não, singulares ou múltiplas e nos garante explicações mais completas do fenômeno (STRAUSS e CORBIN, 2008).

As categorias *Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer*, do grupo dos homens e *Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer*, do grupo das enfermeiras, representam em conjunto com suas subcategorias, as consequências do fenômeno estudado.

A primeira categoria acima mencionada, demonstra que experimentar o adoecimento pelo câncer e o tratamento antineoplásico fez com que os homens refletissem sobre o significado de

suas vidas, seus valores, seu comportamento. Tais pensamentos permitiram que os homens construíssem novos significados sobre diversos aspectos de suas vidas fazendo com que repriorizações acontecessem. Desse modo, eles afirmaram que a atenção à saúde ganhou um novo significado, sendo considerada agora como uma das prioridades de suas vidas.

Na segunda categoria as enfermeiras percebem que o ressignificar a gerência do cuidado de enfermagem implica na adoção de novos olhares sobre a perspectiva do gênero masculino. Ao reconhecerem que os significados da masculinidade implicam na gerência do cuidado de enfermagem aos homens, as enfermeiras passaram a se sentirem co-responsáveis em melhor gerenciar esse cuidado a esses usuários. Desta forma, reconhecem que elas e os demais profissionais de saúde deveriam ser melhor orientados sobre a atenção à saúde sob a perspectiva de gênero, vislumbram a criação de espaços voltados à clientela masculina assim como existem espaços para a clientela feminina, sugerem estratégias para serem adotadas em prol de melhorar a acessibilidade dos homens aos serviços de saúde e, ainda, enxergam uma possível parceria mídia-saúde como instrumento de divulgação de campanhas que atraiam os homens para a atenção à saúde de uma forma geral.



Tela: The yellow books – Vincent Van Gogh

CAPÍTULO VI

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado”.

Albert Einstein

CONVERSANDO COM OS AUTORES

6.1 – CONVERSANDO COM OS AUTORES ACERCA DO MODELO PARADIGMÁTICO

Revelado o modelo paradigmático do estudo, traço um diálogo com alguns autores, a fim de confrontar e discutir os dados da pesquisa com as considerações de autores Interacionistas, da Atenção à Saúde do Homem, da Oncologia, da Gerência do Cuidado de Enfermagem e da Metodologia empregada.

Compreender o fenômeno **Ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia por meio da interação homem-enfermeiro considerando a perspectiva do gênero masculino** demanda esmiuçar o mesmo frente aos movimentos que o ocasionaram, considerando os aspectos múltiplos envolvidos.

Observamos que a partir da interação enfermeira-usuário, as enfermeiras que gerenciam o cuidado aos homens com câncer, atentaram para a necessidade de ter um novo olhar sobre esses homens o que acabou apontando para a demanda de se incluir a perspectiva de gênero na gerência do cuidado de enfermagem. Tal experiência vivenciada acarretou a necessidade de se revisitar símbolos atribuídos no contexto social e também o exercício de resignificação desses símbolos.

Destacaremos a seguir esses aspectos múltiplos envolvidos no processo de reflexão e construção do modelo paradigmático da gerência do cuidado de enfermagem a partir da perspectiva de gênero de homens com câncer, por meio da contribuição dos próprios homens com câncer e também das enfermeiras que gerenciam esse cuidado.

6.2 - REFLETINDO ACERCA DOS ASPECTOS MÚLTIPLOS DA MASCULINIDADE E SUAS INTERAÇÕES NA GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS HOMENS

A discussão sobre a masculinidade e a posição dos homens nos diferentes contextos socioculturais tem se ampliado e com isso tem se revelado a pluralidade da temática que envolve os diferentes símbolos que são atribuídos às condições de gênero.

Importante autor na área de estudos de gênero, Connell (2005 ; 2009) destaca que as relações de gênero são complexas e envolvem formas de ordenamento de práticas sociais, além de relações de poder, relações de produção/divisão do trabalho e simbolismos. Estruturas simbólicas são aplicadas à comunicação, linguística, gestos, cultura corporal, vestuário, entre outros, se tornando importantes experiências cotidianas nas práticas de gênero.

Dessa forma, Connell (2005) nos revela a pluralidade da masculinidade, uma vez que em um mesmo contexto cultural podem coexistir múltiplas manifestações ou expressões de masculinidade. Entretanto, a masculinidade hegemônica é ainda culturalmente idealizada, servindo para muitos como masculinidade modelo. Esse modelo de masculinidade caracteriza-se por uma posição de dominação por parte dos homens e pela subordinação das mulheres, através de uma sociedade patriarcal, onde atributos como a competitividade, a virilidade, a agressividade, a austeridade, entre outros, são valorizados.

Estudos brasileiros que tratam da masculinidade (SARTI, 2005; GOMES, 2011), destacam a recorrência de elementos que fazem parte do modelo hegemônico em nossa sociedade. Os homens brasileiros destacaram nos estudos como características da masculinidade,

a autoridade do homem no lar, a autonomia e liberdade, a força e coragem, a provisão do lar, a prática de conter emoções, a heterossexualidade e o valor do trabalho.

Desse modo, podemos observar que a abordagem de gênero contribui para o conhecimento das singularidades e símbolos atribuídos às definições de ser homem e ser mulher, contribuindo ainda para o entendimento do modo de socialização de homens e mulheres em nossa sociedade.

Com base no acima descrito, autores da área da saúde passaram a utilizar a abordagem de gênero em seus estudos a fim de entender os diferenciais de adoecimento entre homens e mulheres (COURTENAY, 2000; GOMES, 2003; SCHRAIBER, 2010; GOMES, 2011). Esses autores defendem que a abordagem de gênero em saúde possibilita o conhecimento das singularidades e uma melhor aproximação das realidades dos indivíduos, permitindo que uma política de saúde mais integral possa ser construída a partir das necessidades reveladas por homens e mulheres.

Outro ponto destacado por esses autores é a diferença de utilização dos serviços de saúde que existe entre homens e mulheres. Pinheiro et al. (2002) destaca em um estudo sobre morbidade referida, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil que, em termos da autoavaliação do estado de saúde, as mulheres referem seu estado de saúde pior em comparação com os homens que se autoavaliam melhor. O estudo também aponta para diferenças por sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde e mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal, as mulheres buscam mais os serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença. Dessa forma, prevalece entre os homens a procura de pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato, enquanto as mulheres procuram mais os ambulatórios especializados.

Destacamos que os homens que participaram do nosso estudo, nos revelaram também utilizar o modelo hegemônico de masculinidade em suas vidas e em seus modos de socialização. Foi possível observar que questões de gênero permearam a vida e o processo saúde-doença desses homens, que descreveram com detalhes, conforme observado nas categorias e subcategorias dessa tese, a influência da masculinidade no processo saúde-doença e no comportamento do homem com câncer em relação à saúde.

Vamos ao encontro de Sabo (2000) e Gomes (2008) que nos dizem que influenciadas por modelos de masculinidade, as condutas masculinas podem trazer comportamentos danosos à saúde, surgimento de fatores de risco e, conseqüentemente, comprometimento para a saúde do homem. Isso pode ser observado neste estudo através dos dados dos grupos amostrais dos homens e das enfermeiras que manifestaram a diferença de comportamento e cuidado em relação à saúde existente entre homens e mulheres; reconheceram que fatores culturais, como o não reconhecimento de necessidades de saúde e a procrastinação por atendimento, também tinham relação com a cultura que homens precisam manterem-se fortes; e confessaram a dificuldade em verbalizar certos assuntos com os profissionais de saúde, uma vez que para os homens não é comum falar sobre sentimentos, pois estes precisam demonstrar controle físico e emocional.

Observamos que símbolos e significados de masculinidade hegemônica permeavam a realidade dos homens do serviço de oncologia do HFB, eles se julgavam fortes, sua autopercepção de saúde era supervalorizada, o trabalho ocupava a parte central de suas vidas e havia a crença que a busca pelo serviço de saúde só deveria acontecer mediante algum sinal ou sintoma de doença. Dessa maneira, a porta de entrada no serviço de saúde da maioria dos homens entrevistados, foi o serviço de emergência a partir do momento em que os homens julgaram que havia algo grave acontecendo com eles.

Ao adentrar o sistema de saúde, os homens passaram a interagir com pessoas, informações e realidades diferentes das que estavam habituados e assim eles tiveram contato com novas informações e pessoas que contribuíram para introduzir novos símbolos e significados em suas vidas. Entendemos que é a partir da interação que acontece a dinâmica que move o mundo, assim é a partir do processo interativo que podem surgir estados de inter-relação e interdependência capazes de definir condutas, atitudes e formas de convívio entre as pessoas (CAPRA, 2005).

Observamos que a interação ocorre a todo momento em nossas vidas, assim, vamos ao encontro de Blumer (1969) que nos coloca que o ser humano age em relação às coisas com base nos significados que elas tem para ele; que os significados dessas coisas surgem da interação social que se estabelece; e que esses significados são manipulados e modificados através do processo interpretativo, e consiste em um processo de percepção e comunicação entre as pessoas.

É também através dessa interação que os homens constroem e atribuem os significados em suas vidas, sendo assim, consideramos que a interação é uma importante ferramenta a ser utilizada nas relações sociais uma vez que os símbolos são dinâmicos e podem ser modificados no processo interativo.

O ambiente de interação desse estudo foi o ambulatório de oncologia do HFB e lá observamos que interações diversas ocorrem, entretanto nos focamos em particular na interação usuário-enfermeiro a fim de compreender as interações existentes entre a gerência do cuidado de enfermagem e a perspectiva de gênero. Observamos que essa interação usuário-enfermeiro representa um momento importante de promoção e recuperação da saúde dos homens.

Aqui destacamos que esse processo de interação possibilitou que os homens e as enfermeiras tivessem a oportunidade de conhecer e reconhecer símbolos e significados

relacionados a masculinidade, saúde e doença. Do mesmo modo, a interação também permitiu a ressignificação de alguns desses significados.

Consideramos que o trabalho do enfermeiro é marcado por múltiplas atribuições como o cuidar, gerenciar, pesquisar e ensinar. Entretanto, é atribuição privativa do enfermeiro a gerência do cuidado de enfermagem. Vamos ao encontro de Felli e Peduzzi (2010) e Santos (2011) no entendimento que o termo gerência do cuidado de enfermagem compreende a articulação entre a esfera gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro em seus cenários de atuação, caracterizando as atividades dos enfermeiros visando à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e enfermagem por meio do planejamento das ações de cuidado, da previsão e provisão de recursos necessários para assistência e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde visando uma atuação mais articulada.

As enfermeiras do estudo, assumiram que em seu trabalho na oncologia as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas. Desse modo, elas executam a organização do cuidado de enfermagem do serviço, a realização de procedimentos/cuidados mais complexos, a gerência de recursos humanos, a previsão e provisão de recursos materiais. Diante da complexidade que envolve a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia, Silva (2011) destaca que há a exigência que os enfermeiros que atuam nesta especialidade desenvolvam uma visão integrada de todas as partes envolvidas em seu processo de trabalho.

Assim, percebemos que atuar na gerência do cuidado de enfermagem significa ter sempre como foco o cuidado aos usuários e isso implica em ter uma atitude de interação positiva que demonstre interesse, atenção e disponibilidade para com os mesmos pois é a partir do processo interativo que o enfermeiro consegue gerenciar e realizar esse cuidado aos usuários. Observamos

que é a partir da existência de uma interação positiva que os usuários mostram-se verdadeiramente e manifestam suas necessidades permitindo assim que o enfermeiro consiga gerenciar o cuidado em resposta a essas necessidades seja de forma direta, seja por intermédio de delegação para a equipe de enfermagem, seja através da articulação com outros profissionais da equipe multidisciplinar.

A dinâmica acima descrita foi observada na oncologia mesmo porque o ambiente de complexidade que envolve a atenção oncológica demanda a prática da gerência participativa e da interdisciplinaridade. Dessa forma concordamos com Rossi e Silva (2005) no que se refere à inclusão do outro nos processos gerenciais, não como recurso, mas sim como sujeito dessas ações. As autoras destacam ainda que esse outro pode ser o colega da equipe de enfermagem, o profissional da equipe multidisciplinar ou mesmo o próprio usuário, uma vez que todos possuem saberes, emoções, limitações, potencialidades, entre outras características humanas que tem a somar juntamente com o enfermeiro no ato de gerenciar o cuidado.

Dessa forma, observamos que ao buscar trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade as enfermeiras desenvolvem vínculo com os usuários e valorizam a prática interdisciplinar. O vínculo é destacado por usuários e enfermeiras como de grande importância na relação, pois é através dele que a atitude de gerência do cuidado se manifesta, isto é, através do vínculo que sentimentos de subjetividade, empatia, afetividade, confiança, responsabilidade e compromisso são afirmados e favorecem a troca e a reciprocidade nas relações. Nesse sentido, Lanzoni et al (2011) nos dizem que o vínculo surge do processo interativo positivo e que o mesmo favorece o encontro e a relação entre as pessoas evitando o distanciamento afetivo, minimizando o afastamento, diminuindo o estresse emocional e o medo.

No que se refere à interdisciplinaridade, o enfermeiro que gerencia o cuidado exerce ações individuais, mas também ações que exigem flexibilidade e participação interdisciplinar de forma agregadora ao cuidado. Assim, o conceito de interdisciplinaridade que nos referimos baseia-se na perspectiva de diálogo e interação das disciplinas para além das tentativas multidisciplinares que apenas produzem conhecimentos justapostos em torno de um mesmo problema, cada qual a partir de seu próprio ponto de vista; aqui a interdisciplinaridade traz a perspectiva de saber científico integrado em prol das necessidades dos usuários e da promoção da saúde (MENOSSI et al, 2005).

As enfermeiras da oncologia destacaram que ao interagirem com os homens com câncer, elas reconheceram o desafio que é gerenciar o cuidado de enfermagem para os mesmos. Tal colocação vem do reconhecimento da realidade a qual os homens encontram-se inseridos em nossa sociedade que faz com que esses homens tenham crenças e adotem comportamentos que os colocam em risco no que se refere à saúde. Desse modo, as enfermeiras reconhecem que questões de gênero interferem no cuidado de enfermagem aos homens com câncer.

Foram destacadas como dificuldades causadas por questões de gênero, a dificuldade do homem em comunicar-se, em expor verdadeiramente para a enfermeira (que no serviço são em sua totalidade mulheres) suas necessidades, em executar mudança em hábitos de vida, em praticar o autocuidado e em ressignificar crenças relacionadas ao modelo patriarcal.

A dificuldade do homem em comunicar-se tem sido associada por autores (Gomes et al, 2007 ; Figueiredo, 2011) com a masculinidade hegemônica que dá a noção de invulnerabilidade que os faz ter dificuldade em reconhecer necessidades de saúde. Além da dificuldade de comunicação, outro aspecto mencionado foi o fato de todas as enfermeiras do serviço de oncologia serem mulheres e isso as fez perceber que certos assuntos, como a sexualidade por

exemplo, não são abordados pelos homens que preferem tratar de temas como este com um outro homem. Gomes (2008) ao tratar da sexualidade masculina, aponta que esse assunto mistura-se aos diferentes conceitos de masculinidade e envolve ainda fronteiras simbólicas do corpo que não costumam ser mencionadas nem para outros homens e menos ainda para mulheres, vistas muitas vezes como “inferiores” sexualmente.

Entretanto, foi destacado pelas enfermeiras do serviço que na necessidade de se ter informações sobre questões sexuais e outros assuntos que envolvem vergonha, os homens costumam contar com a ajuda de suas acompanhantes mulheres que comparecem à consulta e fazem as perguntas no lugar deles. Aqui destacamos o papel de cuidadora “natural” atribuído à mulher. Estudos (RESTA e BUDÓ, 2004; SALCI e MARCON, 2008) demonstram que as mulheres são as geradoras do cuidado e assim, pelo papel da maternidade, as mulheres desenvolveram cuidados relacionados ao corpo e à alimentação, além de ser o elemento que cuida dos outros durante eventos especiais da vida como no caso de nosso estudo, o evento do adoecimento do companheiro. Todavia, com as transformações ocorridas no papel da mulher na sociedade e a solidificação da mulher no mercado de trabalho, existe a necessidade que homens também repensem seu papel na dinâmica familiar, contribuindo com os afazeres com a casa e família, fato que tem sido observado em algumas realidades, mas que ainda não consolidou-se no âmbito do modelo patriarcal, até esse tempo forte em nossa sociedade.

Quanto à dificuldade em realizar mudança em hábitos de vida, observa-se que para alguns homens muitos desses hábitos estão relacionados ao seu modo de socialização com os colegas. Assim, mudanças como parar de fumar, beber ou alteração da dieta, podem ser associadas com a depreciação da masculinidade, demonstração de fraqueza e o cessar de convites para participar desse círculo masculino (CONNELL, 2005).

A prática do autocuidado dos homens é por vezes negligenciadas pela associação existente entre o cuidado e o feminino (COURTNAY, 2000; GOMES et al, 2007). Nesse sentido, ressignificar crenças relacionadas ao modelo patriarcal mostra-se de fundamental importância para que os homens reduzam comprometimentos de saúde ocasionados por questões que envolvem a relação da masculinidade hegemônica e o comportamento em relação à saúde.

No que se refere às dificuldades existentes no gerenciar o cuidado de enfermagem aos homens com câncer relacionadas ao sistema de saúde, foram realçados problemas na acessibilidade ao sistema, dificuldades no acolhimento e a falta de preparo dos profissionais para lidar com questões de gênero.

A acessibilidade ao sistema de saúde foi vista por homens e enfermeiras da oncologia como um problema. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado (CAMARGO et al, 2008). Desse modo, dificuldades no acesso aos serviços de saúde como problemas na rede de atendimento, pouca resolutividade do atendimento, demora para ser atendido, horário restrito para consultas médicas, longa espera para conseguir consultas especializadas, contribuem para a evasão dos homens do sistema que apenas retornam em condições mais graves e em serviços de atendimento 24h como as emergências. Essa realidade parece se repetir em todos os contextos de atenção à saúde pública uma vez que estudos comprovam que a porta de entrada dos homens no sistema de saúde, em sua maioria, não se dá pelas unidades básicas de saúde, mas sim pelas emergências (PINHEIRO et al, 2002; COUTO et al, 2010; GOMES et al, 2011).

Dificuldades apresentadas no acolhimento também foi um ponto de destaque na fala de homens e enfermeiras. Acolher é tratar humanizadamente toda a demanda. Implica em dar respostas aos usuários; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos a intervenção e resolutividade (BRASIL, 2006). Mesmo com uma política ministerial de acolhimento, muitos serviços e profissionais ainda não se adequaram a essa condição que envolve dimensões técnicas, de atitude dos profissionais e de reorganização dos serviços. Observamos a interação positiva enfermeira-usuário e ouvimos dos homens da oncologia que eles se sentem acolhidos no serviço. Percebemos que as enfermeiras procuram acolher os usuários em suas necessidades, entretanto esse acolhimento por vezes se torna árduo por depender da articulação com outros setores da instituição, outros profissionais e ainda, outras instituições da rede de saúde.

Analisando as dificuldades de acesso e acolhimento dos homens nos serviços de saúde, Figueiredo (2005) destaca que é importante que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções de gênero e as demandas trazidas pelos homens nos serviços de saúde. Observamos que a interação positiva entre enfermeira-usuário que acontece na oncologia através do vínculo, da escuta e do compromisso profissional, permite que esses homens se abram e mostrem verdadeiramente seus pensamentos, atitudes e necessidades.

A escuta dos usuários tem sido proposta por autores (MEYER et al, 2006 ; GOMES, 2010) como um caminho a ser trilhado para adequação dos serviços, possibilitando conhecer a satisfação ou insatisfação dos usuários em relação ao cuidado que lhes é prestado. Concordamos com os autores supracitados uma vez que nesse trabalho, foi a partir da interação positiva e da escuta que as enfermeiras da oncologia puderam ouvir os homens em tratamento antineoplásico e

assim ressignificar a gerência do cuidado de enfermagem prestada a eles considerando então a perspectiva de gênero.

Ao considerar a perspectiva de gênero na gerência do cuidado de enfermagem as enfermeiras percebem que precisam apresentar diferentes abordagens e propostas aos usuários e assim criam estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero. Dessas estratégias, destacamos a necessidade de se estabelecer uma relação de confiança com os homens, a aproximação com o universo masculino, o uso da família como aliada no cuidado e a educação em saúde.

A sistematização da consulta de enfermagem realizada pelas enfermeiras foi outra estratégia proposta a fim de dar maior qualidade ao cuidado prestado a esses homens. A consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 1993).

No serviço estudado, a consulta é realizada contudo de forma não sistematizada. De acordo com Margarido e Castilho (2006), para sistematização da consulta de enfermagem são necessárias algumas premissas como a necessidade de formalizar a atividade na instituição, adequação de normas de atendimento, instalações físicas que respeitem a privacidade dos usuários e propiciem boa interação com o profissional, a existência de mobiliário/equipamentos adequados e, especialmente, a capacitação dos profissionais. Nesse sentido, sistematizar a consulta de enfermagem no serviço de oncologia se configura como um desafio principalmente devido aos graves problemas de recursos físicos da unidade. Entretanto, concretizar essa

realização permitirá conferir mais atenção aos usuários e agregar qualidade ao cuidado de enfermagem do serviço.

Completando, observamos que ressignificar a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia por meio da interação homem-enfermeiro considerando a perspectiva do gênero masculino trouxe consequências positivas para os homens e para as enfermeiras. Os homens, após vivenciarem o tratamento antineoplásico e se inserirem no ambiente do cuidado, afirmaram ter experimentado uma reflexão sobre a vida. Essa reflexão os fizeram sentir-se diferentes e os inspiraram a realizar ressignificações com mudança de valores. Houve também por parte deles a repriorização de aspectos pessoais com o destaque para uma maior atenção à saúde e ao autocuidado. As enfermeiras, após reconhecerem questões de gênero interferindo na gerência do cuidado, buscaram desenvolver estratégias para solucionar problemas causados por essas questões e assim despertaram para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem aos homens com câncer.

As análises apreendidas demonstraram que gênero é, dentre outros, um aspecto importante a ser considerado na gerência do cuidado de enfermagem, pois é capaz de orientar práticas sociais e, sendo assim, orientar pensamentos e construir significados. Deste modo, na perspectiva da gerência do cuidado enquanto prática que mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas, acreditamos que a escuta dos usuários pode ser um dos caminhos trilhados para a adequação dos serviços às necessidades dos mesmos, funcionando ainda como ferramenta para conferir qualidade ao cuidado de enfermagem prestado.



Tela: Starry night over the rhone – Vincent Van Gogh

CAPÍTULO VII

“Deus nos fez perfeitos e não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos”.

Albert Einstein

VALIDANDO O MODELO PARADIGMÁTICO

De acordo com Strauss e Corbin (2008), a validação não se aplica ao sentido quantitativo da palavra, pois a teoria surgiu a partir dos dados. Entretanto, no momento da integração e composição, ela experimenta uma interpretação abstrata dos dados. Desta forma, o processo de validação é importante pois auxilia o pesquisador a avaliar como a abstração se ajusta aos dados e, ainda, se algum dado importante foi suprimido do esquema teórico do modelo.

O processo de validação do modelo paradigmático construído, que caracteriza a teoria substantiva proposta nesta tese, foi realizado junto ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES), durante minha experiência de doutorado na modalidade sanduíche no país, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de Março a Agosto de 2012.

A experiência de realizar esse estágio de doutorado na modalidade sanduíche constituiu um momento de grande valia em minha formação como doutoranda, uma vez que pude conhecer, participar e trocar conhecimento com um outro grupo de pesquisa em enfermagem no Brasil. Outro ponto importante a ser destacado foi o intercâmbio científico entre os grupos de pesquisa, GESPEN e GEPADES, que originará produções científicas conjuntas.

As reuniões e discussões no GEPADES foram sempre enriquecedoras e incentivadoras com a troca de experiência e conhecimento de estudos sobre as temáticas da Teoria Fundamentada nos Dados, Interacionismo Simbólico e Gerência do Cuidado de Enfermagem. Destacamos que a validação do modelo paradigmático ocorreu mais precisamente nos dias 14, 15 e 16 de agosto de 2012.

O primeiro dia do processo de validação contou com a participação da Dra Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra Nadirlene Pereira Gomes, doutorando José Luís Guedes dos Santos, além da presença Enfermeira Cíntia Koerich. O momento iniciou com minha apresentação da tese e da visualização dos diagramas utilizando um programa de computador e durou cerca de duas horas. A fim de captar o maior número de contribuições possíveis, todos os esclarecimentos necessários foram fornecidos ao longo da apresentação. Destaco que a aproximação com a área de conhecimento do GEPADES diz respeito à gerência do cuidado, bem como com o referencial teórico-metodológico utilizado na tese, a Teoria Fundamentada nos Dados e o Interacionismo Simbólico.

No segundo dia estiveram presentes a Dra Ana Lucia Schaefer Ferreira de Mello, Dra Selma Regina de Andrade, doutoranda Aline Lima Pestana, mestranda Giovana Higashi e o momento também durou cerca de duas horas.

No terceiro dia estiveram presentes o Dr. Luis Antonio Bettinelli, Dra Alacoque Lorenzini Erdmann, mestranda Livia Crespo Drago e o momento durou cerca de uma hora e meia.

Evidenciamos que esse processo de validação do modelo paradigmático foi de grande valia e aprendizado, uma vez que a troca ocorrida entre os pesquisadores possibilitou que contribuições para tese fossem geradas.

Deste modo, ressaltamos as contribuições: alteração da posição do termo “a partir da perspectiva de gênero” no objeto de estudo; reconstrução da redação da quinta categoria de “Vivenciando mudanças no modo de viver após o diagnóstico de câncer” para “Modificando o processo de viver após o diagnóstico de câncer; substituição do termo “processo de trabalho do enfermeiro” para “trabalho gerencial do enfermeiro”; reconstrução da redação da categoria doze de “Sendo co-responsável pelo sistema de saúde” para “Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer”; no diagrama do Fenômeno Central, redesenhar e reorganizar as figuras de forma a dar uma maior noção de

interdependência e movimento dos elementos do modelo paradigmático que integram o fenômeno; alteração do termo “influência da masculinidade” para “dimensão da masculinidade” na redação da tese defendida.

As contribuições acima foram incorporadas à pesquisa após exposição e discussão com a orientadora, sendo assim consideradas importantes para a construção teórica do modelo paradigmático da gerência do cuidado de enfermagem a homens com câncer a partir da perspectiva de gênero.



Tela: Irises - Vincent Van Gogh

CAPÍTULO VIII

“O mais importante de tudo é nunca deixar de se perguntar. A curiosidade tem sua própria razão de existir”.

Albert Einstein

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados nos conferiu cientificidade para o entendimento do significado da masculinidade e suas interações com a gerência do cuidado de enfermagem, a partir da investigação dos dois grupos amostrais formados pelos homens com câncer em tratamento antineoplásico e pelas enfermeiras que gerenciam o cuidado de enfermagem a esses homens.

A utilização do referencial teórico em conjunto com a TFD permitiu que a análise dos dados coletados explorasse os significados atribuídos pelos homens ao papel da masculinidade em seu processo saúde-doença e também os significados atribuídos pelas enfermeiras da dimensão da masculinidade na gerência do cuidado aos homens com câncer. Nesse sentido, ao utilizar as premissas do Interacionismo Simbólico, o olhar sobre os dados voltou-se para a interação enfermeiro-usuário no ambiente de cuidado.

O modelo teórico da gerência do cuidado de enfermagem a homens com câncer a partir da perspectiva de gênero foi contruído através da interação social, tendo em vista que as interações movem o mundo; e da vivência com a realidade, que permitiram o reconhecimento das particularidades e da multiplicidade na qual os sujeitos estão envolvidos.

O modelo desenvolvido evidenciou os diversos significados que os homens e as enfermeiras atribuem à masculinidade e à vivência do câncer. Descreveu ainda como os significados são construídos e reconstruídos, orientando a gerência do cuidado de enfermagem. Isso porque as enfermeiras da oncologia ressignificaram a gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer tendo em vista a perspectiva de gênero desses homens e assim passaram a desenvolver estratégias para trabalhar essas questões de gênero.

As categorias que emergiram dos dados brutos e dos processo de codificação característicos da TFD, foram apresentadas de acordo com cada grupo amostral estudado, e a interconexão das mesmas, a partir da construção do modelo paradigmático resultou no fenômeno central do estudo: **ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem na oncologia por meio da interação homem-enfermeiro considerando a perspectiva do gênero masculino.**

Para o entendimento do fenômeno central é fundamental que as categorias estejam relacionadas e interconectadas com os elementos do modelo paradigmático, pois é dessa forma que as respostas para as questões do tipo por que ou de que forma, onde, quando, como e com que resultados, se revelam (STRAUSS E CORBIN, 2008).

Quanto aos objetivos do estudo, os mesmos foram alcançados com o auxílio metodológico da TFD e teórico do Interacionismo Simbólico, respeitando o objeto proposto, ou seja, a gerência do cuidado de enfermagem a homens com câncer a partir da perspectiva de gênero.

De acordo com as cinco categorias que emergiram do grupo amostral dos homens, é possível significar o papel da masculinidade no comportamento do homem com câncer como predominantemente influenciada pelo modelo patriarcal, o que acarreta em noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco em relação à saúde tomadas por esses homens. Observamos ainda que para os homens, o ingressar no sistema de saúde não ocorre facilmente sendo enfrentadas dificuldades de acesso e problemas no acolhimento. No entanto, ao adentrar o sistema de saúde e vivenciar o processo de adoecimento pelo câncer, esses homens tiveram contato com outra realidade que os fez trazer para suas vidas outros significados que os fizeram sentir-se diferentes e realizar mudança de valores, sendo destacada a importância do cuidado à saúde.

As enfermeiras, como observamos nas sete categorias que compõem seu grupo amostral, ressignificam a gerência do cuidado de enfermagem quando, ao trabalharem de acordo com a integralidade, reconhecem que as questões de gênero interferem na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer. É no processo de interação com esses homens que as enfermeiras ouvem a influência da masculinidade em suas vidas e assim tem a dimensão que essa masculinidade assume no processo de gerência do cuidado de enfermagem a esses homens. Com vistas nisso, as enfermeiras ressignificam a gerência do cuidado a esses usuários e criam estratégias para conter adversidades causadas pela masculinidade na vida/tratamento/recuperação desses homens. Outro ponto destacado foi a necessidade de mudanças nos aspectos gerenciais e organizacionais do serviço, assim como de estrutura física, para articular avanços no cuidado e acolhimento, melhores condições de trabalho e processos de interação/comunicação. Percebemos que as enfermeiras são tomadas por um sentimento de co-responsabilidade para com os homens mas admitem a necessidade de uma maior orientação/capacitação para atender a essa demanda identificada.

Todos esses aspectos, em confluência com o fenômeno central revelado no estudo, comprovam a tese defendida no estudo: **os enfermeiros da oncologia no processo relacional e interacional com os homens com câncer reconhecem a dimensão da masculinidade na relação homem-saúde-doença e assim ressignificam a gerência do cuidado de enfermagem considerando a perspectiva de gênero.**

Nossos resultados vão ao encontro de outras pesquisas que apresentam como recomendações que o atendimento a usuários homens considere as especificidades masculinas. Tais estudos apontam ainda para a necessidade que os profissionais que gerenciam o cuidado de

saúde a usuários homens se atentem para as particularidades dessa clientela (FIGUEIREDO, 2005; GOMES et al, 2010; COUTO et al, 2010; GOMES et al, 2011).

Nesse sentido, é possível entender que os enfermeiros são figuras-chave no atendimento aos usuários e na gerência do cuidado de enfermagem a esses usuários. Sendo assim, estudar a gerência do cuidado voltada para os homens em uma perspectiva de gênero tem se mostrado necessário pois apenas dessa forma será possível aumentar a visibilidade das necessidades dessa população masculina.

Inseridos no contexto do SUS, concordamos com Paim e Teixeira (2007) ao destacarem que:

especificamente no âmbito da formação de dirigentes e técnicos qualificados a exercer funções de liderança na formulação e implementação de propostas político-gerenciais nos vários níveis de organização e gestão do SUS, é importante ressaltar os compromissos com a qualidade e o reconhecimento da subjetividade, com a inovação e efetividade das ações, com a necessidade de valorização do esforço de “humanização” das relações interpessoais e com o desenvolvimento de práticas fundamentadas em valores como o respeito à diferença e a preservação e defesa da vida.

Por último, ressaltamos a necessidade da realização de outros estudos voltados para a interação da masculinidade com a gerência do cuidado de enfermagem em outras realidades organizacionais e em outros problemas de saúde dos homens, uma vez que estudos dessa natureza ainda são escassos na realidade nacional.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, L. M. **A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra.** Tese de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2005.

ALVES-MAZZOTTI, A. J., GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** São Paulo: Pioneira, 1998.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Reference Information. Lung Cancer.** Disponível em : http://www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_0.asp. Acesso em 27/09/2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER. **Câncer de Pulmão.** Disponível em: http://www.abcancer.org.br/portal/index.php?module=conteudo_fixo&id=620 . Consultado em: 27/09/2010.

BACKES, D. S.; BACKES, M.S.; SOUZA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude** 7(3):319-326, 2008.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A.L; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, W.D.; ERDMANN, R.H. Rousing new approaches to the Nursing care management: a qualitative study. **Online Braz J Nurs**, 8 (2): 1-10, 2009.

BACKES, D S ; ERDMANN, A.L.. Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social. **Revista Gaúcha de Enfermagem** 30: 242-8, 2009.

BADINTER, E. **Sobre a identidade masculina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BLUMER H. **Symbolic interactionism: perspective e method.** Berkely (USA): University of Califórnia; 1969.

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 3.535, de 02 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento dos centros de atendimento em oncologia. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 14 de outubro de 1998.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro : INCA, 2011. 118 p.

_____. **Câncer da próstata: consenso.** Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Portaria n° 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 08 de dezembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **MS lança Política Nacional de Saúde do Homem**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10490 Acesso em: 28/08/2010.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência &Saúde Coletiva** 10 (1) : 97-104, 2005.

CAMARGO JR, KR; CAMPOS EMS; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, MT; MASCARENHAS. MTM, MAUAD NM; FRANCO, TB; RIBEIRO, LC; ALVES, MJM. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública** (24) 1: 558-568, 2008.

CANCER RESEARCH. **Men hit by 'inexplicable' greater cancer death risk**. Disponível em: <http://info.cancerresearchuk.org/news/archive/pressreleases/2009/june/men-greater-cancer-death> Acesso em: 10/09/2010.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. 25ed. São Paulo: Cultrix, 2005.

CASSIANI S.H.B., CALIRI M.H.L., PELÁ N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev Latino-am Enfermagem** 1996 dezembro; 4(3):75-88.

CONNELL, R. **Masculinities**. Polity Press: Cambridge, 2005.

CONNELL, R. **Gender – In World Perspective**. 2 ed. Polity Press: Cambridge, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM **Resolução 159/1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html. Acesso em: 08 de outubro de 2012.

COULON, A. **A Escola de Chicago**. São Paulo: Papyrus, 1995.

COURTNEY, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being. **Social Science and Medicine**, 50: 1385-1401, 2000.

COUTO, MT; PINHEIRO, TF.; VALENÇA, O; MACHIN; R; SILVA GSN; GOMES, R; SCHRAIBER, LB; FIGUEIREDO, WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface** 14 (33): 257-70, 2010.

DEITOS, F. **Estresse – Câncer – Imunidade!?!?! São Paulo: Ícone, 2004.**

DE BRUYNE, P., HERMAN, J, SCHOUTHEETE. **Dinâmica das Pesquisas em Ciências Sociais.** 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, 31(2): 219-26, 1997.

ERDMANN, A.L.; PINHEIRO, P.I.G. Gerenciamento do Cuidado em enfermagem – Questionando Estratégias. **Cogitare Enferm**, 3 (1):89-96, 1998.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 1-13.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 5ª Edição. Editora Nova Fronteira, 2010.

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

FIGUEIREDO, WS; SCHRAIBER, LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 16(1): 935-944, 2011.

FONTES, C. A. S. **Concepções de Clientes com Câncer Sobre a Prática Dialógica da Enfermeira no Contexto da Terapêutica Quimioterápica Antineoplásica: Subsídios para o Cuidado de Enfermagem Ambulatorial.** Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2006. 111p.

FULY, P. S. C. **Ressignificando o gerenciamento da qualidade e a valorização do cuidado profissional: implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. 270p.

GEOVANINI, T. A enfermagem e a natureza do cuidado. In: FIGUEIREDO, N.M.A. (org.) **Tecnologias e Técnicas em Saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem.** São Paulo: Difusão, 2004.

GLASER, B.G; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.** New York: Aldine de Gruyter, 1967.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (3): 825-829, 2003.

GOMES, R.; Nascimento, E.F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, 22 (5): 901-911, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saude Publica**, 23 (3):565-74, 2007.

GOMES, R. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R; MOREIRA, MCN; NASCIMENTO, EF; REBELLO, LEFS; COUTO, MT; SCHRAIBER, LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva** 16(1): 983-992, 2011.

GORE JL, KRUPSKI T, KWAN L, MALISKI S, LITWIN MS. Partnership status influences quality of life in low-income, uninsured men with prostate cancer. **Cancer**, (1):191-8, 2005.

GRAY, R.E.; FITCH, M.I.; PHILLIPS, C.; LABRECQUE, M.; KLOTZ, L. Presurgery experiences of prostate cancer patients and their spouses. **Cancer Practice**, (7):130-5, 1999.

GREEN, C.A.; POPE, C.R. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. **Social Science & Medicine** 48:1363-1372, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Estudos & Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, número 27, 2010.

JAPIASSU, H. **Introdução ao Pensamento Epistemológico**. 7^a Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

KAMEO, S. Y. **Qualidade de vida do paciente com estomaintestinal secundária ao câncer cólon-retal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.

LANZONI, G. M. M.; LESSMANN, J. C.; SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, 64 (3): 580-586, 2011.

MALISKI, S., HEILEMANN, M., & MCCORKLE, R. From “death sentence” to “good cancer”: Couples’ transformation of a prostate cancer diagnosis. **Nursing Research**, 51 (6): 391-397, 2002.

MALISKI S.L., ZAVALA, M.W, KWAN, L., FINK, A., LITWIN M.S. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. **Psycho-oncology**, 18(7), 753-761, 2009.

MARGARIDO, ES; CASTILHO, V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** 40(3):427-433, 2006.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artemed, 2010.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004

MENEZES, M.F.B.; CAMARGO, T.C.; GUEDES, M.T.S.; ALCÂNTARA, L.F.F.L. Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia. **Rev Latino-am Enfermagem**, 15 (número especial):780-785, 2007.

MENOSSI, MJ; OLIVEIRA, MM; COIMBRA, VCC; PALHA, PF; ALMEIDA, MCP. Interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. **R Enferm UERJ** (13):252-6, 2005.

MESQUITA, M. G. R. **Necessidades de ajuda de homens em tratamento antineoplásico: subsídios ao gerenciamento do cuidado de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

MESQUITA, M. G. R. ; MOREIRA, M. C. ; MALISKI, S . Em busca de conhecimento de enfermagem sobre o homem com câncer: uma experiência internacional. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, 13:421-424, 2009.

MESQUITA, M.G.R.; MOREIRA, M.C.; MALISKI, S.L. But I'm (BECAME) different: cancer generates reprioritizations in masculine identity. **Cancer Nursing**, 34 (2):150-7, 2011.

MEYER, DEE; MELLO, DF; VALADAO, MM; AYRES, JRCM. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública** 22(6): 1335-1342, 2006.

MINAYO, M. C. de. (Org.). **O Desafio do Conhecimento**. 10.ed. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 2007.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MOUSSAS, G.I.; PAPADOPOULOU, A.G.; CHRISTODOULAKI, A.G.; KARKANIAS, A.P. Psychological and psychiatric problems in cancer patients: Relationship to the localization of the disease. **Psychiatry**, 23(1):46-60, 2012.

O'LEARY J . Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. **Journal of Nursing Management**, 20: 607–614, 2012.

PAIM, JS; TEIXEIRA, CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva** 12(1): 1819-1829, 2007.

PENA, M. V. J.; CORREIA, M. C. **A Questão de gênero no Brasil**. Rio de Janeiro: CEPIA; Banco Mundial, 2003. Disponível em: <http://www.cepia.org.br/Textos_online/Questao_de_genero.pdf>. Acesso em: 25/09/2010.

PINHEIRO, S.P. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência &Saúde Coletiva** , 7(4):687-707, 2002.

RESENDE, M.C.; ALMEIDA, C.P.; FAVORETO, D.; MIRANDA, E.G.; SILVA, G.P.; VICENTE, J.F.P.; QUEIROZ, L.A.; DUARTE, P.F.; GALICOLI, S.C.P. Saúde Mental e envelhecimento. **Psico**, 42 (1): 31-40, 2011.

RESTA, DG; BUDÓ MLD. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Sci Health Sci** 26 (1):53-60, 2004.

ROSSI, F.R.; SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferma USP**, 39 (4): 460-468, 2005.

SABO, D. **Comprender la salud de los hombres: um enfoque relacional y sensible al género**. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación Ocasional, n.4. 2000.

SALGADO, A.P.A., ROCHA, R.M. e CONT, C.C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Rev. Enferm. UERJ**, 15 (2): 223-228, 2007.

SALCI, MA; MARCON, SS. De cuidadora a cuidada: Quando a mulher vivencia o câncer. **Texto Contexto Enferm**, 17(3): 544-51, 2008.

SARTI, C. A. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. **Physis** 15(1): 107-126, 2005.

SCHRAIBER, LB ; FIGUEIREDO, WS ; GOMES, R ; COUTO, MT ; PINHEIRO, TF ; MACHIN, R; SILVA, GSN; VALENÇA, O . Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública** 26(1): 961-970, 2010.

SILVA, S.G. Masculinidade na história: A construção cultural da diferença entre os sexos. **Psicol. Ciência e Profissão**, 20 (3): 08-15, 2000.

SILVA, MM. **O Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem na Atenção Paliativa Oncológica**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011

SILVA, JLGS; PESTANA AL; GUERRERO, P; MEIRELLES, BHS; ERDMANN, AL. **Ações de gerência do cuidado realizadas pelos enfermeiros nos serviços de saúde e enfermagem**. In: 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – SENPE 2011. Campo Grande: MS. Anais (on-line). Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0652.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Campanha Nacional de Combate ao câncer de pênis**. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/portal/>. Acesso em: 30/09/2010.

STRAUSS, A. **Qualitative analysis for social scientists**. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1987.

STRAUSS, A., CORBIN, J. **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques**. London: Sage, 1990.

STRAUSS, A., CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TREZZA, M.C.S.F. **Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver: um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2002.

VERBRUGGE, L.M. The Twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, 30:282-304,1989.

WITTEN, C.D.; LAMPERT, M.H. Reabilitação. In: UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER; FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Manual de Oncologia Clínica**. Tradução da 6ª edição original, São Paulo: 1999.

APÊNDICE A

Ao: Comitê de Ética e Pesquisa

Vimos por este solicitar a avaliação da pesquisa Masculinidade: um desafio para o gerenciamento do cuidado aos homens com câncer, que objetiva utilizar esta instituição como cenário para a coleta de dados.

A pesquisadora responsável é Maria Gefé da Rosa Mesquita, Enfermeira, Aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro sob a orientação da Professora Doutora Josete Luzia Leite, Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ.

O estudo tem como objetivos:

- Identificar o comportamento do homem com câncer em relação a sua saúde;
- Descrever como a masculinidade influencia na saúde do homem com câncer;
- Construir um modelo teórico para o homem com câncer a partir das interrelações das categorias e fenômeno(s) encontrado(s) nos dados obtidos que forneça subsídios ao gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Esta pesquisa é parte integrante do Curso de Doutorado em Enfermagem da EEAN / UFRJ como requisito obrigatório para a aprovação e titulação de doutor em enfermagem, e não requer custeamento externo e, desta forma, não onerará o serviço ou instituição.

Ressaltamos ainda que todos os aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 serão respeitados e cumpridos.

Maria Gefé da Rosa Mesquita - Pesquisadora

Joséte Luzia Leite - Orientadora

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Gostaria de lhe convidar a participar de uma pesquisa. Considero muito importante que o Sr. receba as informações acerca do estudo, a fim de melhor compreender meus propósitos e a sua forma de participação na pesquisa.

Pesquisadora:

Maria Gefé da Rosa Mesquita – Enfermeira, Aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora:

Dr^a Josete Luzia Leite – Prof^a EEAN / UFRJ

Título da Pesquisa:

MASCULINIDADE: UM DESAFIO PARA O GERENCIAMENTO DO CUIDADO AOS HOMENS COM CÂNCER

Objetivos:

- Compreender os significados da interação da masculinidade com a gerência do cuidado de enfermagem no processo de adoecimento do homem com câncer;
- Construir um modelo teórico sobre a gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer a partir das inter-relações das categorias e fenômeno(s) encontrados nos dados obtidos que forneça subsídios a gerenciamento do cuidado de enfermagem a esse homem.

Informações sobre sua participação na pesquisa:

- A sua participação é voluntária, não requer nenhum gasto financeiro e o sr. pode deixar de participar a qualquer momento, se assim o desejar. Em nenhuma hipótese haverá prejuízo em seu tratamento ou represálias em função do seu depoimento, pois em nenhum momento da pesquisa seu nome será revelado;

- Caso concorde em participar do estudo, colherei o seu depoimento próximo ao seu leito, ou aonde o Sr. julgar melhor, preservando sempre a privacidade, e o sigilo dos dados coletados;
- As informações para a pesquisa serão coletadas através de entrevistas gravadas em fita cassete, transcritas posteriormente pela pesquisadora;

ATENÇÃO: Seu depoimento é confidencial, e não será divulgado em hipótese nenhuma para a Direção, Profissionais da Instituição ou qualquer outra pessoa com a identificação do Entrevistado. Os dados coletados serão agrupados e analisados coletivamente, conforme técnica descrita na Pesquisa.

Maiores Esclarecimentos sobre a pesquisa:

Em caso de dúvidas você pode obter informações com:

Maria Gefé da Rosa Mesquita Tel: 8814-5496

Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Hospitalar aonde o Sr. realiza seu tratamento.

Eu, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, esclarecido sobre o estudo descrito, CONCORDO em participar de forma voluntária da pesquisa desenvolvida pela Enfermeira Maria Gefé da Rosa Mesquita no Hospital.

AUTORIZO a minha identificação na pesquisa apenas pelo primeiro nome ou pseudônimo abaixo,

Nome ou Pseudônimo Assinatura do Usuário

Assinatura da Pesquisadora

Data: _____

APÊNDICE C**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL****Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado:**

1. Quando e como você percebeu que algo estava diferente com sua saúde?
2. Como foi o diagnóstico do câncer?
3. O que estava acontecendo na sua vida naquele momento? E agora?
4. Fale-me sobre seus pensamentos em relação a doença e sua vida.
5. Seus pensamentos mudaram? Como?
6. Diga como você se descreve agora.
7. Você poderia dizer se essa sua experiência lhe ensinou algo?
8. Depois de passar por esta experiência, que conselhos você daria a alguém que acaba de se descobrir na mesma situação que você?
9. Como o senhor percebe o cuidado realizado pelas enfermeiras?
10. O que o senhor acha que nós, enfermeiras, poderíamos fazer para melhorar a sua assistência?
11. Existe algo que você pensou agora durante essa entrevista que não havia pensado antes?
12. Existe algo que você queira me falar ou perguntar?

APÊNDICE D

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO-PARTICIPANTE

Observação dos Usuários

Observar como chegam esses homens

Observar se esses homens comparecem ao setor de quimioterapia acompanhados ou sozinhos

Observar como os homens se comportam na quimioterapia

Observar a interação desses homens com os demais usuários homens e mulheres

Observar os assuntos que emergem nas conversas deles

Observação dos profissionais

Observar a abordagem da equipe aos homens

Identificar os temas abordados pela equipe na realização dos cuidados

Observar se os profissionais são homens ou mulheres e se existem diferenças no atendimento que oferecem aos usuários homens e mulheres

APÊNDICE E**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS****Caracterização do usuário:**

Nome: _____

Codinome: _____

Idade: _____

Escolaridade: () Fundamental Incompleto () Fundamental () Médio Incompleto () Médio
() Superior Incompleto () Superior () Pós-Graduação

Situação conjugal: () solteiro () amasiado () casado () viúvo () separado

Reside com: () marido/esposa () pai/mãe () filhos () outros _____

Ocupação/Trabalho: _____

Situação profissional: () ativo () aposentado () desempregado () licença médica

Local de Residência: _____

Renda familiar: () até 3 salários mínimos () de 4 a 6 salários mínimos () 7 a mais

Religião: () católica () evangélica () espírita () espiritualista () nenhuma

() outra _____

APÊNDICE F**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS****Dados clínicos do usuário:**

Diagnóstico clínico: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Tratamento Antineoplásico: _____

Co-morbidades: () Sim () Não.

Em caso afirmativo, especifique _____

APÊNDICE G**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL****ENFERMEIROS**

1. Descreva como é o seu trabalho aqui no ambulatório (o que faz, quem atende, os principais problemas enfrentados).
2. Qual é a sua opinião sobre a ideia de que os homens procuram menos os serviços de saúde que as mulheres? Você observa isso aqui?
3. Você acha que a forma de utilizar os serviços de saúde é diferente entre homens e mulheres? Como?
4. Com base na sua experiência, é diferente prestar cuidados para homens e para mulheres? Explique.
5. O fato do seu paciente ser homem ou sendo mulher acarreta em alguma adaptação ou mudança no seu planejamento do cuidado, nas suas ações, ou estratégias de cuidado?
6. Quais as facilidades e as dificuldades em prestar cuidados para homens. Exemplifique.
7. Avaliando a sua atuação junto aos usuários masculinos, o que você acha que vem dando certo e o que você mudaria?
8. Você pode contar alguma situação em que você abordou algo com algum usuário masculino mas sentiu que ele não permitiu o diálogo?
9. Já houve alguma situação em que o usuário masculino abordou algo contigo que você teve dificuldade em lidar?
10. Em geral, quais as demandas que os homens chegam aqui no ambulatório? Eles chegam aqui sozinhos ou acompanhados? Quais as atividades que eles mais procuram?
11. O que você recomendaria para que o serviço no ambulatório melhor atendesse ao público masculino?


ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética HFB



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Conselho Nacional de Saúde
 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
 Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso

PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HFB 03/11

<p>Coordenadora: Cristina Carvalho Viana de Araújo (Enfermeira)</p> <p>Vice-Coordenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica)</p> <p>Secretária Executiva: Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga)</p> <p>Membros: Antonio Abílio Pereira Santa Rosa (Médico) Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Giuseppe Santalucia (Médico) Gustavo Antonio Soares Nogueira (Assistente Social) Juliana Flávia de Oliveira (Fisioterapeuta) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Sandro André Ferreira da Silva (Fisioterapeuta) Virgínia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira)</p> <p>Projeto: "Identidade masculina: um desafio para o gerenciamento do cuidado aos homens com câncer."</p> <p>Pesquisadoras responsáveis: Maria Gêfê da Rosa Mesquita; Josete Luzia Leite.</p>	<p>Rio de Janeiro, 21 de março de 2011.</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HFB 03/11) aprovado, pois se encontra dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.</p> <p>Solicitamos que ao término da pesquisa seja encaminhada a esta Comissão, uma cópia eletrônica (CD-R) e uma impressa do Relatório Final da Pesquisa.</p> <p> Cristina C. V. Araújo Coordenadora do CEP-HFB</p> <p><i>Cristina C. V. Araújo</i> <i>Coordenadora do CEP-HFB</i></p>
--	--

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Período Atividades	2010	2010	2011	2011	2012	2012
	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre
Elaboração do Projeto	X					
Defesa do Projeto		X				
Encaminhar ao Comitê de Ética e Pesquisa		X				
Trabalho de Campo			X	X	X	
Período de Doutorado Sanduíche					X	X
Análise dos dados			X	X	X	
Conversando com os autores					X	X
Qualificação do Projeto					X	
Elaboração do relatório final					X	X
Defesa da Tese						X