

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM – GESPEN.

**NECESSIDADES DE AJUDA DE HOMENS EM TRATAMENTO
ANTINEOPLÁSICO: SUBSÍDIOS AO GERENCIAMENTO
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

MARIA GEFÉ DA ROSA MESQUITA

**RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/ 2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM – GESPEN.

**NECESSIDADES DE AJUDA DE HOMENS EM TRATAMENTO
ANTINEOPLÁSICO: SUBSÍDIOS AO GERENCIAMENTO
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Mestranda:

Maria Gefé da Rosa Mesquita

Orientadora:

Profa. Dra. Marléa Chagas Moreira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, para como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN.

**RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/ 2008**

MARIA GEFÉ DA ROSA MESQUITA

**NECESSIDADES DE AJUDA DE HOMENS EM TRATAMENTO
ANTINEOPLÁSICO: SUBSÍDIOS AO GERENCIAMENTO
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, para como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN.

Banca examinadora:

Presidente
Profa. Dra. Marléa Chagas Moreira

1ª examinadora
Profa. Dra. Teresa Tonini

2ª examinadora
Profa. Dra. Marluci Andrade Conceição Stipp

Suplente
Profa. Dra. Josete Luzia Leite

Suplente
Profa. Dra. Maria de Fátima Batalha de Menezes

RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/ 2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Mesquita, Maria Gefé da Rosa.

Necessidades de ajuda de homens em tratamento antineoplásico: subsídios ao gerenciamento do cuidado de enfermagem. / Maria Gefé da Rosa Mesquita. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008.

xii, 125 f.:il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira.

1. Enfermagem Oncológica. 2. Gerência. 3. Comportamento de Ajuda. 4. Saúde do Homem.

CDD 610.73

Dedicatória:

*À minha avó, Verônica, minha maior
referência do que é cuidado.*

*Aos meus pais, Geraldo e Gilca, por me darem
todo o amor do mundo.*

*Ao meu marido, Fábio, pelo companheirismo
e apoio. Agradeço pelo exemplo e estímulo.*

AGRADECIMENTOS:

A **Deus**, por estar sempre presente em minha vida, e o melhor, por sempre me enviar sinais que me alegram e ajudam a permanecer em Seu caminho.

À Prof^a Dr^a **Marléa Chagas Moreira**, por compartilhar comigo saberes que vão além da Enfermagem, obrigada pelo incentivo e por me ajudar a crescer como profissional e pessoa.

Aos **clientes**, que ao passarem em minha vida, deixaram um pouco de si e levaram consigo um pouco de mim. Sem vocês, nada teria sentido.

À minha **família**, em especial meus irmãos, **Pedro e Marília**, pela convivência fraterna e meus primos **Cristiane e Leandro**, pelo carinho e companhia.

À minha melhor amiga, **Renata**, por ser minha irmã de alma, sempre presente na minha vida, nos bons e maus momentos, você sempre esteve comigo.

Ao meu melhor amigo, **Peter**, por ser um cara tão bacana que às vezes eu acho que ele nem é de verdade.

A todos os queridos amigos da turma de graduação, em especial, às amigas **Paula, Sabrina e Lucymar e suas princesas**, por permanecerem em minha vida e terem se tornado uma família para mim.

Às amigas, **Sabrina e Marcelle**, especialmente enviadas na minha vida neste período do Mestrado e que permanecerão em meu coração.

Aos amigos da turma de pós-graduação, pela troca de conhecimentos, em especial a amiga **Alexandra**.

Aos queridos **Sérgio Faria**, pela compreensão, apoio e incentivo e **Ana Maria**, pelas conversas e deliciosos cafés compartilhados.

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.

Ao **Hospital Geral de Bonsucesso**, um lugar muito importante para mim, onde eu pude ter excelentes preceptores e fazer grandes amigos como Dani Couto, Dani Osório, Hevelini, Clara, Beth e toda turma do coração.

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

Às Professoras Doutoras, **Márcia Alves Marques Capella e Vivian Mary Barral Dodd Rumjanek**, por terem sido as primeiras a plantarem em mim o amor pela pesquisa.

Às professoras Doutoras **Marluci Andrade Conceição Stipp, Joséte Luzia Leite, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Teresa Tonini, Maria de Fátima Batalha de Menezes e Leila Milman Alcantara**, por terem acompanhado e me ajudado no desenvolvimento desta dissertação sempre com palavras sábias e de incentivo.

Aos Professores e amigos do **Departamento de Metodologia da Enfermagem** da EEAN/UFRJ, pela convivência e aprendizado.

À Professora Doutora **Vilma de Carvalho**, por me apresentar em seus textos uma enfermagem pela qual sou apaixonada.

Às **Equipes da Secretaria Acadêmica e Biblioteca Setorial da Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN/UFRJ**, representadas por Sônia, Jorge, Letícia, Lúcia e Felipe, pela ajuda e carinho durante todo o desenvolvimento do curso.

A UCLA School of Nursing, especialmente às Professoras **Sally Maliski e MarySue Heilemann**, obrigada pela disponibilidade, preocupação em me fazer sentir parte do grupo e ensinamentos. You are amazing, love you!

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Ministério da Educação**, pelo privilégio de ser uma bolsista.

*“Cada pessoa que passa na nossa vida,
passa sozinha, porque cada pessoa é única
e nenhuma substitui a outra.
Cada pessoa que passa pela nossa vida
passa sozinha, não nos deixa só,
porque deixa um pouco de si
e leva um pouquinho de nós.
Essa é a mais bela responsabilidade da
vida e a prova de que as pessoas não se
encontram por acaso”.*

Charles Chaplin

RESUMO

MESQUITA, Maria Gefé da Rosa. **Necessidades de ajuda de homens em tratamento antineoplásico: subsídios ao gerenciamento do cuidado de enfermagem.** Orientadora: Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

O estudo trata das necessidades de ajuda de homens em tratamento antineoplásico e como essas necessidades podem subsidiar o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Homens e mulheres apresentam comportamentos sociais diferentes que apontam para especificidades das suas necessidades. Na busca de identificar essas necessidades para assim obter as bases para ministrar e gerenciar os cuidados de enfermagem utilizamos como base teórica a concepção da relação de ajuda na totalidade da prática de enfermagem. Assim, objetivamos descrever as necessidades de ajuda referidas por homens em tratamento antineoplásico, analisar os cuidados de enfermagem frente às necessidades referidas e discutir as implicações para o gerenciamento do cuidado. A pesquisa utilizou como cenário o setor de quimioterapia de um hospital público federal especializado do município do Rio de Janeiro – Brasil. Os dados foram coletados no período de Julho a Setembro de 2008. A técnica de coleta de dados utilizada foi a análise documental do prontuário, a entrevista semi-estruturada e a observação participante. Os resultados indicam 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, o que nos aponta para o caráter de resolutividade do gênero masculino. No que se refere às implicações para o gerenciamento do cuidado, observamos 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.

Palavras-chave: Enfermagem Oncológica, Gerência, Comportamento de Ajuda, Saúde do Homem

ABSTRACT

MESQUITA, Maria Gefé da Rosa. **Men Supportive Needs undergoing anticancer treatment: subsidies to the management of nursing care.** Orientadora: Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

The study is about men supportive needs undergoing anticancer treatment and how those needs can subsidize the management of nursing care. Men and women have different social behaviors that point to specific features of their needs. To identify those needs in order to use them to manage the nursing care we used as a theoretical basis the conception of help relation in the nursing practice. Our aims were identify the supportive needs referred by men undergoing anticancer treatment, analyze the nursing care needs and discuss the implications of these needs to the management of nursing care. The data were collected in a public federal hospital of Rio de Janeiro – Brazil during chemotherapy treatment in the period of July to September 2008. The technique used for data collection was the analysis of documentary records, the semi-structured interview and participant observation. The results indicate interdependence of care needs because men were seen in its entirety, and the needs most referred was physical care and orientation for the selfcare, which make us to think about a male characteristic which is resolutivity, about the implications for the management of nursing care we observed that the needs generated direct actions, such as guidelines, nursing consultation, among others, and indirect, such as development of support groups and work together with the multidisciplinary team.

Key-words: Oncologic Nursing, Management, Helping Behavior, Men's Health

RESUMEN

MESQUITA, Maria Gefé da Rosa. **Necesidades de ayuda de hombres en tratamiento antineoplásico: subsidios a la dirección de atención de enfermería.** Orientadora: Profesora Doctora Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008. Disertación (Mestrado en enfermería).

El estudio trata de las necesidades de ayuda de hombres que están en tratamiento antineoplásico y de cómo tales necesidades pueden subsidiar la dirección de la atención de enfermería. Hombres y mujeres presentan comportamientos sociales distintos que indican aspectos específicos en cuanto a sus necesidades. Buscando identificar dichas necesidades a fin de obtener las bases para ministrar y dirigir las atenciones de enfermería, utilizamos como base teórica la concepción de la relación de ayuda en la totalidad de la práctica de enfermería. De ese modo, objetivamos describir las necesidades de ayuda referidas por hombres en tratamiento antineoplásico, analizar las atenciones de enfermería ante tales necesidades y debatir las implicaciones para la dirección de la atención. El sector de quimioterapia de un hospital público federal especializado en el municipio de Río de Janeiro (Brasil) sirvió de escenario para la pesquisa. Se recolectaron los datos entre julio y septiembre de 2008. La técnica de recolección utilizada fue el análisis documental del prontuario, la entrevista semiestructurada y la observación participante. Los resultados indican interdependencia de las atenciones puesto que se observaron a los hombres en su totalidad y las necesidades más referidas han sido las de atenciones físicas y orientación para la autoatención, lo que nos remite al carácter resolutivo del género masculino; en lo que toca a las implicaciones para la dirección de la atención observamos que las necesidades generaban acciones directas, como orientaciones, realización de consulta de enfermería, entre otras, e indirectas, como elaboración de grupos de apoyo y articulación con el equipo multidisciplinar.

Palabras-clave: Enfermería Oncológica ,Gerencia, Conducta de Ayuda, Salud del Hombre

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativas, para o ano 2008, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária	43
Tabela 2 - Necessidades de ajuda referidas pelos pacientes em tratamento antineoplásico	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estimativas, para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária	44
Gráfico 2 - Distribuição dos homens participantes do estudo de acordo com a faixa etária	69
Gráfico 3 - Incidência dos tipos de câncer apresentados pelos sujeitos	79
Gráfico 4 - Tratamento Antineoplásico Atual	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Principais características dos sujeitos	63
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Unidades de sentido dos cuidados físicos referidos	84
Figura 2 - Unidades de sentido do apoio emocional aos clientes e familiares	92
Figura 3 - Unidades de sentido do amparo espiritual aos clientes e familiares	95
Figura 4 - Unidades de sentido da Orientação dos clientes para o autocuidado	98
Figura 5 - Unidades de sentido encaminhamento a outros profissionais	104

SUMÁRIO:

	Páginas
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
LISTA DE QUADROS	xiv
LISTA DE FIGURAS	xv
APRESENTAÇÃO	18
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	23
1.1. Contextualização do Estudo, Objeto e Objetivos	23
1.2. Justificativa e Contribuições	29
CAPÍTULO II – O SER HOMEM, O TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO E O GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM	34
2.1. Masculinidade, saúde e doença	34
2.2. O homem em tratamento antineoplásico	42
2.3. A gerência do cuidado de enfermagem	50
CAPÍTULO III – ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	54
3.1. Bases Conceituais – A Relação de Ajuda e a Totalidade da Prática de Enfermagem	54
3.2. Considerações Metodológicas	59
3.2.1. Tipo de Estudo	59
3.2.2. Cenário do Estudo	60
3.2.3. Sujeitos	62
3.2.4. Aspectos éticos e legais	64
3.2.5. Estratégia de produção e análise de dados	64
CAPÍTULO IV- AS NECESSIDADES DE AJUDA REFERIDAS PELOS HOMENS EM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO E SUAS IMPLICAÇÕES NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	68
4.1. Os homens e seu ambiente histórico-social	69

4.2. As necessidades de ajuda referidas e suas implicações no gerenciamento do cuidado	82
4.2.1 – Necessidades de Cuidados Físicos	83
4.2.2 - Apoio Emocional ao cliente e familiares	90
4.2.3 - Amparo Espiritual ao cliente e familiares	93
4.2.4 - Orientação ao cliente para o auto-cuidado	96
4.2.5 - Promoção do ambiente confortável	100
4.2.6 - Encaminhamento a outros profissionais	103
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	117
ANEXOS	122

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com a temática deste estudo começou no terceiro período da graduação, quando iniciei as atividades de Iniciação Científica (IC) no Departamento de Bioquímica Médica da UFRJ, mais precisamente no Laboratório de Imunologia Tumoral da Prof^a Dr^a Vivian Rumjanek, sob orientação da Prof^a Dr^a Márcia Capella. Com elas, vivenciei 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.

Para melhor entendimento do trabalho por mim realizado durante minha IC, acredito ser importante citar que a resistência a múltiplas drogas (MDR) caracteriza-se como o aparecimento de células resistentes a agentes quimioterápicos que anteriormente reagiam bem à quimioterapia. Essa resistência tem sido um grande problema às pessoas portadoras de câncer, pois esta é adquirida a diversos agentes quimioterápicos com estruturas moleculares e alvos moleculares diferentes. Em estudos fisiológicos e farmacológicos com linhagens MDR observou-se diminuição na concentração intracelular das drogas, atribuindo-se esse fato a um aumento do efluxo das mesmas (Dano, 1973) ou a uma diminuição da permeabilidade celular (Ling & Thompson, 1974). Essas evidências são bastante estudadas e orientam protocolos terapêuticos.

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 começou na graduação, na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN – UFRJ), mais precisamente no quinto período, quando fui escalada para a Central de Quimioterapia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), durante a realização do estágio curricular. Neste momento, pude ter meu primeiro contato com essa clientela e, a cada dia de estágio, percebia o quão rico aquele cenário se mostrava para a prática do cuidado de enfermagem.

Meu entendimento, naquele momento, era que as pessoas que lá compareciam para receber o tratamento de quimioterapia, bem como seus familiares e acompanhantes, mostravam-se fragilizados, assustados, carentes de conhecimento e cheios de dúvidas acerca de sua patologia e tratamento.

Um ponto que muito me chamou a atenção foi o fato que aquelas pessoas realizavam o tratamento antineoplásico de forma ambulatorial e assim tinham que conviver de forma simultânea com a doença e o convívio social. Desse modo, as pessoas 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.

Ainda mencionando o período de estágio curricular na Central de Quimioterapia, resalto a importância dessa experiência, uma vez que ficava escalada com apenas um cliente, o que me proporcionava a oportunidade de dar a devida atenção que o mesmo necessitava. Assim, freqüentemente, o ouvia referir a necessidade de discutir com os profissionais suas vivências, como por exemplo, seus medos, desejos, ansiedades, estresse e outros sentimentos que o acometiam.

No mesmo período, em minha vida pessoal, fui surpreendida com a notícia que meu pai encontrava-se com câncer de próstata, com metástases ósseas e não haveria mais tempo para a intervenção cirúrgica e o tratamento seria radioterapia e quimioterapia. Confesso que foi um período difícil em minha vida, pois ainda me encontrava imatura profissionalmente e, ao mesmo tempo em que tinha que cuidar dos clientes do hospital, precisava ajudar minha família cuidando em casa do meu pai que se mostrou um cliente difícil em permanente estágio de negação da doença.

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. Realizo tal afirmação, pois meu pai nunca se aceitou com câncer e permanece até hoje dizendo que seu problema, agora controlado, é uma “inflamação na próstata”.

A experiência pessoal em conjunto com minha experiência no estágio curricular me chamou atenção ainda para uma diferença existente no modo de se comportar perante a doença entre homens e mulheres. Muito embora, naquele período, não tenha dado a devida importância a tal observação por estar emocionalmente envolvida, por meu pai negar a doença e por me encontrar ainda imatura profissionalmente.

As vivências e experiências me possibilitaram ressaltar a importância do cuidado de enfermagem na sua visão mais global, pois recebi o apoio dos profissionais da Central de Quimioterapia e de minhas professoras da EEAN. Pude comprovar ainda que ninguém adoecer sozinho e precisamos apoiar não somente o indivíduo, mas também sua família.

Após o período de graduação, ingressei concomitantemente no Programa de Mestrado do Departamento de Bioquímica Médica da UFRJ e na Pós-Graduação em Enfermagem nos Moldes de Residência na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), no Hospital Geral de Bonsucesso (HGB). Inicialmente, desenvolvia as atividades de pesquisa no

laboratório na UFRJ e de enfermeira residente no HGB contudo, após um curto período concluí que desenvolver essas atividades de forma simultânea não era viável uma vez que ambas me exigiam grande dedicação. Refletindo sobre que decisão tomar percebi que apesar de apreciar bastante minha pesquisa na área básica, as atividades de cuidado junto às pessoas tinham se tornado uma paixão em minha vida. Assim, optei por desenvolver o curso de mestrado no futuro e continuar naquele momento na residência.

Durante a residência no HGB mais uma vez vivenciei a experiência de cuidar de pessoas com câncer, desta vez, não somente na Central de Quimioterapia, mas também nas Unidades de Clínica Médica com pessoas internadas em tratamento e na Clínica Cirúrgica onde 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. Alguns homens referiam que apesar de não gostarem de estar internados, o fato de ali estarem lhes evitava enfrentar situações como perguntas inconvenientes, olhares piedosos e ir ao trabalho sentindo-se mal, situação menos ressaltada pelas mulheres que mencionavam preocupações relativas ao cuidado dos filhos e da casa.

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. Dando continuidade ao cuidado de pessoas com câncer e, especialmente junto aos homens da urologia em tratamento, mais uma vez me inquietei pela diferença de comportamento entre homens e mulheres quando estão perante a doença.

Assim, o interesse em estudar o homem frente às demandas de cuidado na enfermagem em oncologia e o projeto de realizar o curso de mestrado convergiram e me motivaram a ingressar no curso de mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery.

I - INTRODUÇÃO

1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO, OBJETO E OBJETIVOS

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 insipiência do conhecimento da etiologia do câncer (Brasil, 2007).

O que nos 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 já que em muitos casos as pessoas, devido à alta tecnologia de diagnóstico, têm a condição de identificação e início de tratamento precoce, nos deparamos com a realidade do aumento do número de casos da doença o que muito tem preocupado e chamado a atenção dos gestores de políticas públicas, 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.

Durante a prática profissional junto às pessoas com câncer, observamos que as mesmas sinalizam o quanto precisam não somente do cuidado técnico mas também do apoio

que os ajude a expressar seu medo, insegurança e necessidades mediante as incertezas que emergem após o recebimento desse diagnóstico.

De outro modo, foi possível observar algumas diferenças no comportamento perante a doença entre os homens e mulheres. Trocando experiências e conversando com colegas foi possível confirmar tal observação.

Os homens possuem culturalmente o peso de não poder sofrer, chorar, de terem que agüentar o sofrimento. Possuem ainda, muitas das vezes o peso de serem chefes de família, sofrendo duplamente, por sua própria dor e pela dor da família que se vê desestruturada na maioria das vezes.

Observando-os nas situações de cuidado, eles demonstravam insegurança mas se preocupavam em se apresentarem fortes. Assim, a abordagem acontecia de maneira informal em que iniciando uma conversa, logo emergiam dúvidas, preocupações e necessidades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também tem recomendado que o homem seja considerado em uma perspectiva relacional de gênero. Três obras se destacam nesse sentido. A primeira delas (WHO, 2000) chama atenção para a necessidade de se focalizar os homens adolescentes, com base nos argumentos, o comportamento dos homens adolescentes em relação à saúde tem impacto na vida adulta; a saúde e o comportamentos dos homens influenciam diretamente na saúde das mulheres, a desconsideração das especificidades da saúde dos homens pode trazer enormes custos para a sociedade e a melhoria e proteção da saúde dos homens é uma questão de direitos humanos.

A segunda publicação da OMS (WHO, 2001) se preocupa em promover o desenvolvimento de políticas e estratégias voltadas para os homens em processo de envelhecimento, onde defende-se a pertinência das abordagens específicas de gênero, que revelam as desigualdades persistentes em relação ao ser mulher nas diferentes sociedades.

A terceira obra (WHO, 2007) procura engajar homens e jovens em ações voltadas para a obtenção da equidade de gênero em saúde nas seguintes esferas: saúde sexual reprodutiva, paternidade, violência baseada no gênero, maternidade, nascimento, saúde da criança e socialização de gênero, na busca por melhores resultados de saúde para os homens, seus parceiros e suas famílias.

Com base nesses estudos mencionados, observamos que quando se trata das diferenças de morbi-mortalidade de homens e mulheres não se pode descartar a existência de determinantes biológicos que estão associados a tais diferenças, o que torna essa problemática importante para discussão.

Na busca de identificar as necessidades dos indivíduos para assim obter as bases para ministrar e gerenciar os cuidados de enfermagem, a partir dos indicativos que os mesmos nos fornecem, nos remetemos à Carvalho (1980, p.65), quando afirma que “a assistência de enfermagem, como resposta diretamente voltada para as necessidades dos clientes, configura-se como relação de ajuda [...] e se conforma aos termos do compromisso social”.

Para a autora (Carvalho, 2003), “a enfermagem é consistente com a arte de cuidar específica de uma prática científica” tendo sua gênese e desenvolvimento pautados por princípios e proposições explicativas de Florence Nightingale.

Tal entendimento indica a importância da enfermeira como gerente do cuidado, conforme destaca Moreira (2005) adotar uma presença constante na esfera do cuidado devendo “assumir compromisso com um comportamento de ajuda que conduz o trabalho da equipe para ações mais condizentes com as necessidades dos clientes, bem como a busca pela organização de um ambiente que favoreça o desenvolvimento dessas ações”.

É preciso ter a convicção de que os enfermeiros como gerentes do cuidado de enfermagem, são responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação do serviço de

enfermagem realizado por toda a equipe. Para melhor entendimento, refletimos sobre o significado de ser gerente com base em Motta (2004):

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.

Nesse sentido, os modelos gerenciais contemporâneos adotam a compreensão da gestão e do planejamento como processos realizados não somente para o outro, mas também com o outro.

Considerando o acima exposto e trazendo mais especificamente para a área de gestão em oncologia, é instituída em 8 de dezembro de 2005, a Portaria GM/MS nº 2.439 que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos. Tal publicação emergiu da necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e, ainda, de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no país a fim de que seja contemplada em cada unidade os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde instituídos pelo nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, os diversos autores supacitados convergem com nossa crença que é a de oferecer aos clientes uma assistência de enfermagem baseada nas necessidades manifestadas pelos mesmos.

Realizando então pesquisas sobre essa temática, chamou-nos a atenção o pequeno número de publicações referentes a essa problemática. No que se refere às questões de gênero, encontramos artigos que se referem especificamente à saúde da mulher contudo não foram encontrados artigos tratando da saúde do homem.

No âmbito da enfermagem nacional, o que temos constatado é que poucos estudos foram realizados 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 da enfermeira no contexto da terapêutica quimioterápica antineoplásica, trouxe como uma de suas contribuições emergida a questão do gênero, como observamos na fala: “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”.

Diante da problemática apresentada e do pequeno número de publicações focalizando o homem como objeto de estudo e, ainda, de outras sinalizando a influência de questões de gênero no processo de cuidar, refletimos e optamos em estudar essa temática uma vez que a enfermagem tem como princípio a visão holística sobre o ser humano.

Nessa perspectiva, acreditamos ainda que ao dar voz aos clientes, poderemos encontrar melhores subsídios para gerenciar o cuidado e, conseqüentemente, teremos maior efetividade da assistência prestada.

Diante dessas reflexões, foi delimitado como objeto de estudo da pesquisa:

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

E, como questões norteadoras do estudo:

- Quais as necessidades de ajuda referidas por homens submetidos a tratamento antineoplásico?
- Quais as implicações do atendimento das necessidades dos homens submetidos a tratamento antineoplásico para o gerenciamento do cuidado de enfermagem?

Para responder às questões norteadoras do presente estudo, estabelecemos como objetivos:

- Descrever as necessidades de ajuda referidas por homens em tratamento antineoplásico;
- Analisar os cuidados de enfermagem frente às necessidades referidas;
- Discutir as implicações para o gerenciamento do cuidado de enfermagem a partir das necessidades referidas.

1.2 – JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES

A magnitude da clientela em questão, que observamos nos dados epidemiológicos apresentados, com suas necessidades e incertezas que emergem a partir desse diagnóstico, sinalizam para a enfermagem a necessidade de intervenção já que enquanto enfermeiras visamos o cuidado ao ser humano holisticamente.

Um lançamento ainda em fase de divulgação nacional que demonstra a importância e a atualidade da temática desta pesquisa é a recém-lançada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem datada do último mês de Agosto de 2008. 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 morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. A política aborda de maneira destacada as neoplasias pois elas são

significativamente importantes quando avaliada a morbimortalidade masculina sendo assim, elas se apresentam como prioridade na atenção aos homens.

Como pretendemos observar as mudanças e necessidades acarretadas pela doença na vida dos homens de uma maneira global, realizamos essa pesquisa utilizando como recorte temporal a fase de tratamento quimioterápico pois o mesmo ocorre mais comumente em âmbito ambulatorial e assim nos permite olhar o cliente que está doente mas ainda encontra-se inserido em suas funções cotidianas. Sendo assim, comumente os mesmos vivenciam uma situação complexa de tentar conciliar o estar doente com o desenvolvimento de suas atividades cotidianas.

A pesquisa acerca das necessidades de ajuda referidas por homens em tratamento antineoplásico ambulatorial se justifica na medida em que a problemática apresenta relevância e mostra-se pouco estudada até o presente momento, fato observado durante a revisão bibliográfica realizada e apresentada anteriormente.

No âmbito internacional, utilizando a base de pesquisa PUBMED, encontramos um grupo de pesquisadores na Universidade da Califórnia de Los Angeles (UCLA) que nos surpreendeu, pois, os trabalhos publicados por este grupo nos remetia à temática de nossa pesquisa. Tratava-se do UCLA's Jonsson Comprehensive Cancer Center que é um grupo formado por cerca de 240 pesquisadores envolvidos em pesquisas que tratam da prevenção, detecção, controle, tratamento e educação na área de oncologia. Fazendo parte desse grupo destacamos a enfermeira e professora da School of Nursing of University of California Los Angeles, Dr^a Sally Maliski e colaboradores que no período de 2002 a 2007 publicaram 17 artigos científicos. Dessas produções, a quase totalidade (16) se referia a pesquisas e (01) artigo de revisão. Quanto ao enquadramento metodológico, todos os estudos utilizavam o método qualitativo (17). As temáticas focalizavam quase em sua totalidade (15) o homem

como objeto de estudo, (01) tratou de uma revisão sobre pesquisas na área da enfermagem oncológica e (01) pesquisa tratou da experiência de sobrevivência ao câncer de pulmão.

Sendo assim, vislumbrando conhecer o trabalho da Dr^a Maliski bem como ampliar o conhecimento sobre esta temática de estudo e aprimorar esta dissertação, foi estabelecido o contato com a mesma que aceitou receber nossa visita. A visita foi realizada no período de Fevereiro a Junho de 2008.

Tal experiência trouxe grandes contribuições uma vez que possibilitou a troca de conhecimento e aprimoramento técnico-científico; ampliação de bases para compreensão do objeto de estudo e conceitos inter-relacionados; realização de aprofundamento bibliográfico internacional e o estabelecimento de bases para intercâmbio técnico-científico entre as instituições envolvidas a partir do desenvolvimento de projetos em colaboração¹.

Uma observação interessante é que também na América do Norte, mais precisamente nos Estados Unidos, existe hesitação dos homens em procurar os serviços de saúde para atividades de prevenção e manutenção de saúde. Assim, como observamos aqui, os homens lá só costumam procurar serviços de saúde quando percebem que existe algo errado o que acaba prejudicando-os. Quando questionamos o porquê de tal fenômeno a professora Sally Maliski coloca que sua experiência aponta para o fato de ainda vivermos em uma sociedade majoritariamente patriarcal que acredita que mulheres são para serem cuidadas e homens são quem dão o suporte, provêm e são fortes. Sendo assim, homens que não se encaixam nesse perfil acabam por não serem tão valorizados. Tal achado nos fez vislumbrar e planejar uma colaboração entre nossos grupos de pesquisa a fim de elucidarmos mais a fundo as características deste fenômeno que se evidenciou como não exclusivo da América do Sul.

¹ MESQUITA, M.G.R.; MOREIRA, M.C.; MALISKI, S. Em busca de conhecimento de enfermagem sobre o homem com câncer: uma experiência internacional. Artigo aceito para publicação **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, (2): 2009. Parecer em anexo (anexo B)

Para amadurecimento da pesquisa, foram sugeridas leituras de livros e artigos científicos que eram posteriormente por nós discutidos. As discussões com a Professora Sally Maliski acerca das investigações em andamento sobre homens com câncer e as leituras sobre a temática, a partir de revisão de literatura, contribuíram para aprofundar o conhecimento na área.

Tais discussões nos levaram ainda à conclusão que realmente ainda existe uma lacuna no conhecimento produzido acerca da temática relativa ao homem com câncer.

No caso do cliente com câncer na fase de tratamento antineoplásico quimioterápico, é importante que estejamos atentos ao cliente e às suas necessidades. Precisamos estar aptos a identificar as ações e reações do cliente como um todo, a não nos limitarmos ao tratamento medicamentoso em si, mas sim a todo o processo terapêutico, pois assim podemos diagnosticar e elaborar planos de intervenção que atendam às necessidades deste cliente, configurando uma assistência de qualidade.

Além da necessidade de realização do cuidado ao ser humano holisticamente também identificamos como justificativa a já citada escassez de estudos na área da enfermagem voltados para a saúde do homem.

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 pretendidas com a realização deste estudo são, dessa forma, de ordem da organização do processo assistencial, do ensino e da pesquisa.

Relacionado ao processo assistencial, os dados podem contribuir para aprimorar o planejamento e a gerência do cuidado uma vez que as necessidades de ajuda permitem a

enfermeira vivenciar junto ao cliente suas experiências e anseios favorecendo um relacionamento interpessoal positivo, imprescindível para o planejamento e execução do cuidado de enfermagem. Tal perspectiva vem ao encontro do pensamento de Silva (2004), quando afirma que:

Para escrever a simples história de um hospital, é preciso conhecer as pessoas, estar atenta a elas, ter uma alma aberta para o que elas são capazes de expressar pela fala e pelos gestos. Para escrever uma história de hospital, é preciso viajar por sentimentos diferentes e muitas vezes desconhecidos; por motivações inimagináveis. Estar preparado para encontros e desencontros[...] Para perceber as simples histórias de todos os dias nos hospitais.

Sendo assim, este estudo pode ainda trazer subsídios, na perspectiva dos clientes, para possíveis e necessárias reformulações na gerência da Unidade de Quimioterapia, locus do estudo.

No que se refere ao ensino, a expectativa é encontrarmos subsídios relativos ao ambiente assistencial que possam ser levados ao ensino da enfermagem para discussões nos cursos de Graduação e Pós-Graduação.

Na perspectiva da pesquisa, mais precisamente no Núcleo de Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN), do Departamento de Metodologia da EEAN/UFRJ, o estudo contribuirá com a linha de gerência em enfermagem, ao focalizar o gerenciamento do cuidado de enfermagem a partir da configuração da relação de ajuda enfermeiro-cliente. Sem dúvida, pretendemos ainda contribuir para o desenvolvimento de projetos integrados com outros núcleos e grupos de pesquisa nacionais e internacionais.

II – O SER HOMEM, O TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO E O GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

2.1 – MASCULINIDADE, SAÚDE E DOENÇA

A temática relacionada à saúde masculina tem sido pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, objeto de políticas públicas e de variadas investigações.

Contudo, dados de 2003 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 ao sexo masculino uma vez que as principais causas da mortalidade masculina, em geral, relaciona-se com a forma de sua socialização e seus estilos de vida.

Mais uma vez utilizando dados do IBGE (2003), só que desta vez 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.

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. Os estudos de gênero apontam 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 (Badinter, 1993).

Assim, julgamos importante que conceitos como gênero e sexo sejam definidos. Ao consultarmos o Dicionário Aurélio encontramos que “gênero é qualquer agrupamento de indivíduos, objetos, fatos ou idéias que tenham caracteres, espécie, classe ou tipo em comum”.

Consultamos ainda Pena (2003), 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 entre homens e mulheres vigentes 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.

Para melhor compreender o conceito de gênero, devemos diferenciá-lo do conceito de sexo. 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 têm vagina e os homens têm 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 (Silva, 2000).

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 (op.cit, 2000).

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 para 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 dessa 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.

Ainda segundo o INCA, 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, relativamente, uma medida preventiva 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”. Esse medo pode se desdobrar em inúmeros outros. 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.

Ter ereção frente ao toque é outro medo. Ter ereção, que é uma possibilidade fisiológica, pode fazer com que o homem pense que quem toca pode interpretar o fato como indicador de prazer. Em seu imaginário, a ereção pode estar associada tão fortemente ao prazer que não se consegue imaginá-la apenas como uma reação fisiológica.

Ficar descontraído, a pedido de quem faz o toque, para que o processo seja menos evasivo também pode trazer receios. O homem pode pensar que a sua descontração pode ser interpretada como sinal de que o toque nessa parte é algo comum e/ou prazeroso.

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 frente ao toque retal, 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 de próstata estão devidamente preparados para lidar com os aspectos simbólicos envolvidos nessa prevenção. Podemos dizer isso não só para aqueles que realizam o toque retal, 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 fechaloma ou a administração de um clister. Sendo assim, precisamos nos atentar para o modo como nos posicionamos diante de nossos clientes 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 clientes (Geovanini, 2004).

Badinter (1993) afirma que a maior razão da vulnerabilidade física dos homens se deve a uma maior vulnerabilidade psíquica, sendo esta, causada 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. Sabo (2000) 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 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. O que é evidenciado pelos dados epidemiológicos já anteriormente citados que nos mostram que eles recorrem menos às consultas e morrem 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 do presente ano 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 2008 apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os cânceres de mama e de colo do útero, no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo.

Em 2008, são esperados 231.860 casos novos, para o sexo masculino, e 234.870 para o sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma será 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, 2008).

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

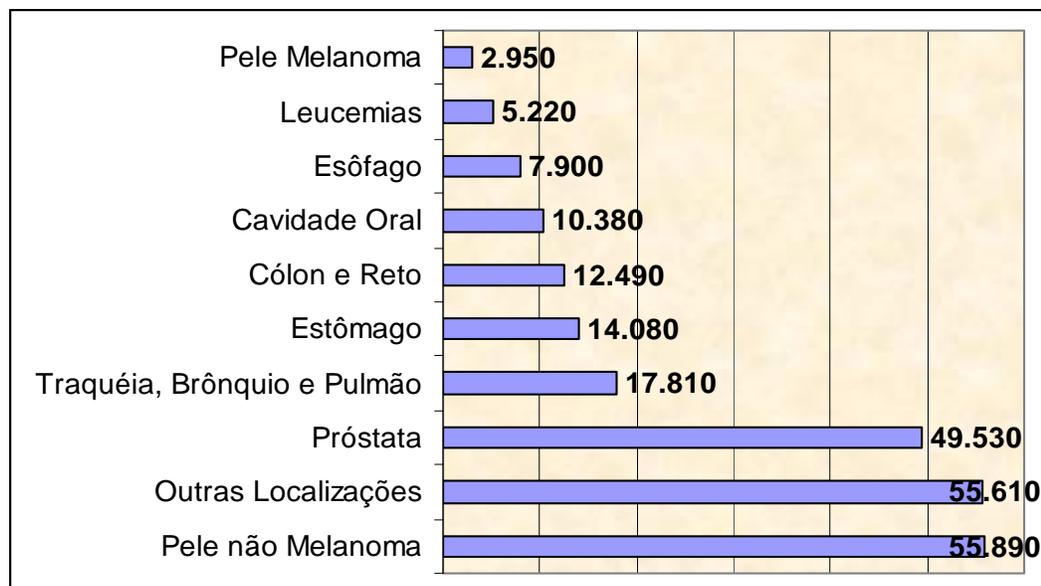
Tabela 1. Estimativas, para o ano 2008, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária

Localização Primária da Neoplasia	Estimativa de Casos Novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	49.530	-	49.530
Mama Feminina	-	49.400	49.400
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.810	9.460	27.270
Cólon e Reto	12.490	14.500	26.990
Estômago	14.080	7.720	21.800
Colo do Útero	-	18.680	18.680
Cavidade Oral	10.380	3.780	14.160
Esôfago	7.900	2.650	10.550
Leucemias	5.220	4.320	9.540
Pele Melanoma	2.950	2.970	5.920
Outras Localizações	55.610	62.270	117.880
Subtotal	175.970	175.750	351.720
Pele não Melanoma	55.890	59.120	115.010
Todas as Neoplasias	231.860	234.870	466.730

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

No que tange o sexo masculino (gráfico1), observamos que os tumores mais incidentes para o sexo masculino serão devidos ao câncer de pele não melanoma, de próstata, de pulmão, de estômago, de cólon e reto, cavidade oral, esôfago, leucemias e pele melanoma.

Gráfico 1. Estimativas, para o ano 2008, das taxas brutas de incidência por 100 mil e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2008.

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., 2008).

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 enfermeiras, busquemos traçar estratégias eficazes de gerenciamento do cuidado dos mesmos.

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 o gerenciamento 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 comprovam 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 estimados para o Brasil no ano de 2008, é de 17.810 entre homens e de 9.460 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 ocupados 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 predisõem 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 têm 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, 2008).

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 apresentar 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 (Gomes, 2003), a doença pode desenvolver-se silenciosamente, sem diagnóstico e assim agravar-se.

Gerenciando o cuidado a esses homens, primariamente, a enfermeira 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, 2008).

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 sendo a previsão para 2008 de 49.530 novos casos da doença. O aumento da taxa ocorrido no 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, 2008).

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, sendo o diagnóstico de certeza 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 freqüente 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 freqüente, 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 paciente 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.

Sobretudo, como enfermeiras gerentes, 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 têm 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 preâmbulos 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 e Huston, 2005).

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 70 quando se deu o esgotamento do anterior regime de acumulação. A partir desse 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, a 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 a enfermagem que, inserida neste contexto, sofre também essas mudanças (Felli e Peduzzi, 2005).

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 desse modo surgiu a divisão social do trabalho da enfermagem. A gerência desse cuidado ainda se encontra predominantemente pautada nos conhecimentos oriundos das correntes funcionalistas tradicionais, às concepções administrativas de Taylor e Fayol (Gomes et al, 1997).

Contudo, diante das mudanças e transformações ocorridas nos anos 70 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 (2005) nos diz 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 o gerenciamento 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 da enfermeira 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, a enfermeira 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 Erdmann e Pinheiro (1998) quando afirmam que o gerente na área de saúde precisa ser criativo e valorizador da participação dos membros da equipe, sendo fundamental que o mesmo se aproprie efetivamente do processo de cuidar. O grande desafio no gerenciamento do cuidado, ainda sob a ótica dessas autoras, está em oportunizar ambiente e ações que propiciem um cuidado criativo, humano e de co-participação com as pessoas da relação neste processo. Ressaltam ainda que o gerente não deve apenas exercer funções de delegar, mas conhecer e viver a dinâmica do processo de cuidar, e as pessoas que estão envolvidas neste processo, além do ambiente, para que assim profissionais e clientes estejam em comum acordo na efetivação do cuidado, contribuindo, ambos, de forma consciente e crítica para o mesmo.

O acima exposto nos remete à proposição de Carvalho (1980) que a assistência de enfermagem, como resposta diretamente voltada para as necessidades dos clientes, configura-se como relação de ajuda e se conforma aos termos do compromisso social. Moreira (2005) nos faz refletir e ver que adotar como ponto de partida tal concepção envolve assumir uma perspectiva humanista, estética e ético-política para a assistência de enfermagem. Tal concepção, de um lado, contempla o cliente que tem suas necessidades e direitos e, de outro, contempla a Enfermagem no que tange aos deveres da competência profissional e mesmo ao compromisso social das enfermeiras, em prol do alcance de uma prática de qualidade tão almejada e diríamos até mesmo perseguida nos dias atuais onde indicadores são cada vez mais comumente adotados nas instituições de saúde.

III – ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Este capítulo tem como finalidade apresentar as bases conceituais consideradas mais adequadas para garantir base para discussão e sustentação do estudo proposto, bem como a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa.

3.1 – BASES CONCEITUAIS

No intuito de subsidiar os fundamentos necessários para realização desta pesquisa, utilizaremos como base teórica a concepção da relação de ajuda e a totalidade da prática de enfermagem como eixo norteador deste estudo.

A RELAÇÃO DE AJUDA E A TOTALIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Compreendemos que o enfermeiro gerente, na atual perspectiva, não deve apenas exercer funções que se resumam em delegar mas conhecer e viver a dinâmica do processo de cuidar e as pessoas que estão envolvidas no processo, além do ambiente.

Para pensarmos em indicativos para essa perspectiva de gerência do cuidado de enfermagem, nos remetemos à proposição de Carvalho (1980) que considera que:

a assistência de enfermagem, como resposta diretamente voltada para as necessidades dos clientes, configura-se como relação de ajuda. (...) como apoio às condições de ajuda nas atividades cotidianas, como apoio às condições de ajustamento e como recurso facilitador de mudanças no estilo de vida das pessoas.

Para compreender o pensamento da autora em sua proposição acerca da Relação de Ajuda e a Totalidade da Prática de Enfermagem, é preciso conhecer seu pensamento sobre os conceitos de enfermagem, cliente, saúde, ambiente e totalidade da prática de enfermagem.

Para a autora, enfermagem “é uma das profissões de ajuda dedicada ao bem estar do ser humano[...]É a ciência e a arte de ajudar pessoas, grupos e coletividades, quando não capacitados a autocuidar-se para alcançar um nível ótimo de saúde”.

Com relação ao cliente, seu entendimento é de que são cidadãos e atores principais da relação de ajuda. “São livres para aceitar a ajuda que precisam e também recusá-la quando não necessária [...] o cliente tem predomínio na relação de ajuda” (op.cit.1980).

Quanto à saúde, Carvalho a considera como um direito do ser humano e que deve ser entendida em uma visão macro, pois ela é “ [...] influenciada por condições que causam desajustes e desequilíbrios no atendimento das necessidades básicas e mudanças de estilo de vida”.

Envolvendo esta assistência, o ambiente também é considerado pela autora, classificando-o como o ambiente do cliente, onde individualmente ou em grupos, tanto na família, quanto na comunidade e o ambiente da enfermagem, influenciado por vários itens, como: crença, valores, papéis, status e autoridade.

À vistas destes conceitos, Carvalho (1980) apresenta sua concepção de “A Relação de Ajuda na Totalidade da Prática de Enfermagem” com dois aspectos em destaque. De um lado, o conjunto das ações de todos os que participam do esforço da enfermagem, ou seja, o que ela chama de “as categorias exercentes” e; de outro lado, “os espaços – institucionalizados ou não – onde essas ações se realizam”. Temos então que “a assistência de enfermagem dá vida ao conjunto, ao tempo esse que congrega assistentes e assistidos [...] e só têm sentido quando funcionam integrados e segundo os termos da Relação de Ajuda” .

A Relação de Ajuda e a Totalidade da Prática da Enfermagem proposta por Carvalho (1980) nos faz reconhecer que a enfermagem é uma profissão de ajuda uma vez que a assistência de enfermagem “acontece como ajuda nas atividades cotidianas, como apoio às condições de ajustamento e como recurso facilitador de mudanças no estilo de vida das pessoas”.

Acreditamos que, para colocar em prática a relação de ajuda, faz-se necessário que ocorra verdadeira vontade de ajudar o outro, pois a relação de ajuda requer disponibilidade e comprometimento. A autora ainda nos aponta para características essenciais da relação de ajuda, como a comunicação e interação uma vez que a relação de ajuda se dá pelo consentimento mútuo dos participantes.

Cianciarullo (2000) nos fala da importância da comunicação como instrumento básico para o cuidar. Para ressaltar tal importância, cita a comunicação como um ato intrínseco ao existir humano pois mesmo antes do nascimento o homem já transmite e recebe mensagens do mundo através do ventre materno. Nos revela ainda, que podemos nos comunicar de forma verbal, não-verbal e paraverbal. Portanto, devemos estar atentos pois a não observação adequada de palavras, frases escritas, gestos, expressões corporais, tom de voz, suspiros e outros, podem levar à falta de comunicação.

Assim, percebemos que a relação de ajuda e o cuidado emergem da interação e comunicação entre o cliente e o profissional, devendo o mesmo “colocar-se no lugar do outro” para identificar suas necessidades.

Moreira (2002) partindo da compreensão acerca da totalidade da prática da enfermagem proposta por Carvalho (1980), aplica os princípios norteadores para a enfermeira gerente e líder do cuidado embasar a enfermagem como um processo de ajuda. São os seguintes:

1. A assistência de enfermagem é uma situação estruturada e a posição profissional da enfermeira tem garantia na sua presença constante, na esfera do cuidado do cliente;
2. A assistência de enfermagem é uma relação de ajuda, na qual as partes envolvidas manifestam-se como pessoas totais;
3. A assistência de enfermagem requer o consentimento mútuo dos participantes;
4. A assistência de enfermagem desenvolve-se à medida que está centrada nas necessidades do cliente;
5. A assistência de enfermagem tem sentido nas atividades de colaboração aos programas de saúde e nas atividades diretas, visando a promover e apoiar os clientes no autocuidado;
6. A assistência de enfermagem pode significar uma forma de comportamento individual ou coletivo, que se orienta e se objetiva pela mudança.

A partir da aplicação desses princípios norteadores, Moreira (2002) com base na proposição de Carvalho (1980), elege seis tipos de cuidados para serem prestados aos clientes diante de suas necessidades. São eles:

- *Cuidados Físicos*
- *Apoio Emocional ao cliente e familiar*
- *Amparo espiritual ao cliente e familiares*
- *Orientação ao cliente para o autocuidado*
- *Promoção de ambiente confortável*
- *Encaminhamento a outros profissionais*

Esses cuidados nos reforçam o pensamento de que cada pessoa é única e possui necessidades diferentes que variam de acordo com características próprias como valores,

crenças, forma de ver o mundo. Observamos ainda que o modo de enfrentar a doença também é individual apontando assim para uma diversidade de cuidados emergidos.

Focalizando os homens, que como já vimos, podem possuir variáveis crenças e comportamentos de acordo com o ambiente social no qual encontram-se inseridos, identificamos a relação de ajuda como uma opção que privilegia o cliente como pessoa que, em suas dimensões biológica, histórica, psicológica e sociocultural, está em constante transformação no processo de autoconhecimento, para se adaptar às situações impostas pelas modificações que se dão no ambiente social e que causam repercussão nos envolvidos (Moreira e Carvalho, 2004).

Por isso adotamos a relação de ajuda neste trabalho, por acreditar que as proposições por ela estabelecidas nos possibilitarão de maneira mais efetiva identificar as necessidades dos clientes, analisar os cuidados referidos e assim gerenciar este cuidado partindo das contribuições dos próprios clientes.

3.2 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.2.1- Tipo de Estudo:

Para melhor elucidação do objeto deste estudo, realizamos uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (1999), a abordagem qualitativa possibilita a resposta a questões muito particulares pois a mesma preocupa-se com o nível de realidade que trabalha 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.

Nessa perspectiva, o quantitativo dá lugar à intuição, exploração e ao subjetivismo, uma abordagem não captável em equações, médias e estatísticas. E a compreensão da realidade humana vivida socialmente preocupa-se com compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos.

Este estudo é descritivo, pois busca conhecer e descrever as características ou propriedades das necessidades de ajuda manifestadas pelos clientes percebendo-se que a interferência nessa realidade somente será possível se houver uma descrição, como afirma Triviños (1995), "com exatidão" dos fenômenos e fatos desta realidade.

3.2.2- Cenário do estudo:

O cenário desta pesquisa é a Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), 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 Alta Complexidade em Oncologia – CACON - I.

O HGB, um complexo hospitalar composto por 06 prédios, é 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 HGB fica situado no prédio 4, 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 Centro de Alta Complexidade em Oncologia, Nível I (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 HGB 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 da própria Instituição.

A Unidade de Quimioterapia 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 aplicação de quimioterapia, cenário propriamente deste estudo, é composta por 06 poltronas reclináveis, 01 cadeira comum (para atendimentos extras, utilizada apenas quando há excesso de demanda) e 02 macas para os clientes mais debilitados ou que exijam procedimentos de maior duração. Esta sala possui 01 televisão e 01 aparelho de DVD com a finalidade de distrair os clientes durante a administração dos medicamentos.

O preparo e a manipulação da medicação quimioterápica antineoplásica é realizado externamente, através de um serviço terceirizado. Ao enfermeiro da Unidade de Quimioterapia 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 clientes e seus familiares, dentre outras.

Cabe ainda ao enfermeiro 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; o gerenciamento dos recursos humanos e materiais e, o gerenciamento do ambiente, deste espaço assistencial.

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

Contudo, foi observado que não há uma formalização da consulta de enfermagem ocorrendo a mesma na própria sala de quimioterapia, antes do início da administração da mesma.

Outras intervenções de enfermagem, como por exemplo orientações ou ainda encaminhamento a outros profissionais, ocorrem de maneira assistemática e acabam por ficar sem registro pois, segundo as enfermeiras do setor, já fazem parte da rotina habitual do trabalho delas. Contudo, tal fato apontam para uma necessidade de aperfeiçoamento das anotações de enfermagem no prontuário do paciente, uma vez que estes registros constituem uma das fontes de dados para a avaliação da qualidade da assistência prestada.

A equipe de enfermagem da unidade é composta por quinze pessoas sendo seis enfermeiras e nove auxiliares de enfermagem. A escala de serviço tem a seguinte distribuição: duas enfermeiras diaristas e duas equipes plantonistas contendo duas enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem cada.

3.2.3- Sujeitos

Os sujeitos do estudo foram 12 homens em tratamento antineoplásico, com idade acima de 19 anos, capacidade de compreensão e verbalização adequadas para participar da coleta de dados e que apresentaram desejo em participar da pesquisa após terem sido informações sobre a mesma.

O convite para a participação no estudo ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e se deu de maneira verbal, individualmente durante a realização da quimioterapia, sendo explicado aos sujeitos, os objetivos do estudo, a importância de sua participação e, ainda, apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sendo assim, apresentamos no quadro 1 a seguir a caracterização dos sujeitos:

Quadro 1: Principais características dos sujeitos

Cliente	Idade	Escola- ridade	Situação conjugal	Situação profissional	Religião	Diagnóstico clínico	Protocolo QT	Tempo Diagnóstico
E.	73	9 a 11 anos	casado	aposentado	acredita em Deus	CA Próstata + Colon	Leucovorin + Fluoracil	3 anos
L.G.	74	9 a 11 anos	casado	aposentado	católica	CA Colon	Leucovorin + Fluoracil	10 meses
A.	29	9 a 11 anos	casado	licença médica	evangélica	CA Colon	Leucovorin + Fluoracil	7 meses
A.C.	70	1 a 4 anos	amasiado	aposentado + trabalho	católica	CA Colon	Oxaliplatina	3 meses
B.	52	5 a 8 anos	casado	licença médica	umbandista	CA Gástrico + Esplênico	Cisplatina + Irinotecan	2 anos
R.E.	48	9 a 11 anos	casado	licença médica	católica	CA Reto	Leucovorin + Fluoracil	4 meses
J.	51	1 a 4 anos	amasiado	licença médica	evangélica	CA Pulmão	Cisplatina + Toposide	1 ano
J.C.	73	1 a 4 anos	casado	aposentado	católica	CA Colon	Leucovorin + Fluoracil	7 meses
O.	51	Acima 12 anos	casado	licença médica	evangélica	CA Colon	Leucovorin + Fluoracil + Oxaliplatina	3 anos
R.I.	77	acima 12 anos	amasiado	aposentado	sou tudo +católico	CA Parótida	Taxotere	20 anos
A.T.	73	5 a 8 anos	casado	aposentado + trabalho	umbandista	Linfoma Hodgkin Clássico	Ciclofosfamida + Vincristina	8 meses
E.D.	65	5 a 8 anos	casado	aposentado	católica	CA Laringe	Cisplatina	3 meses

3.2.4- Aspectos éticos e legais

Para realização da pesquisa foi solicitado ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, a autorização necessária para o desenvolvimento da mesma. O mesmo forneceu parecer positivo, fornecendo a autorização necessária para realização do estudo conforme parecer CEP-HGB 48/ 07 que consta em anexo (anexo 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 autorizam por escrito a utilização dos depoimentos coletados. O mesmo encontra-se para consulta no apêndice A.

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

3.2.5- Estratégias de produção e análise de dados:

Para a coleta de dados, utilizamos a análise documental do prontuário, a entrevista semi-estruturada e a observação participante (apêndices B e C, respectivamente).

A coleta de dados no HGB foi realizada no período de Julho a Setembro de 2008, em dias não consecutivos.

A estratégia utilizada para o recrutamento dos sujeitos se deu de forma aleatória, independente do tipo de câncer ou fase do tratamento e ocorreu após uma aproximação da unidade com atitude mais informal onde busquei inteirar-me do cenário do estudo, conhecer a unidade e entender sua dinâmica, e vale aqui ressaltar, o grande apoio da equipe de saúde da Unidade de Quimioterapia do HGB, e particularmente a equipe de enfermagem foram elementos fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa, permitindo aos clientes

sentirem-se mais à vontade com minha presença e assim favorecendo desta forma o andamento adequado da coleta de dados.

No primeiro contato com os homens entrevistados, busquei me apresentar e justificar a pesquisa dando ênfase ao meu objeto de estudo e a importância da sua participação para o alcance dos objetivos propostos.

Após a apresentação da pesquisa, se o cliente aceitasse participar da mesma, era iniciado o processo de coleta de dados com a entrevista semi-estruturada.

A entrevista semi-estruturada nos permitiu tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados através de questionários, explorando-os em profundidade e de maneira articulada já que existem momentos onde perguntas formuladas são colocadas e momentos em que o entrevistado aborda o tema de maneira livre (Alves-Mazzotti, 2000). As entrevistas foram gravadas em fita K-7, posteriormente transcritas pela entrevistadora e levadas para validação junto aos sujeitos.

Posteriormente à entrevista, era realizada a análise documental do prontuário que nos ajudou na complementação da caracterização dos clientes bem como na coleta de alguns dados clínicos dos mesmos.

Outro recurso utilizado consistiu na observação participante, relatada em um instrumento conforme diário de campo. Esta técnica tem como vantagem, ainda segundo o mesmo autor, independer do nível de conhecimento ou da capacidade verbal dos sujeitos, possibilitar verificar, na prática, a sinceridade de certas respostas que, às vezes, são dadas por serem “adequadas” ao contexto, permitir identificar comportamentos não-intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os informantes não se sentiram à vontade para discutir e, ainda, permitir o registro do comportamento em seu contexto temporal-espacial. Embasando tal colocação, Moreira (2005) nos mostrou que as manifestações de ansiedade mais comuns que os homens expressavam eram retraimento, olhar perdido, olhar ao redor, olhar integrante

da equipe de enfermagem fixamente enquanto que as mulheres expressavam sua ansiedade através do falar em tom mais elevado, choro, gemido, massagear parte do corpo e segurar objeto religioso apertado junto ao corpo.

Ainda refletindo sobre a técnica de observação participante, vemos que a mesma exige habilidades que convergem para características necessárias para se constituir uma relação de ajuda como, por exemplo, ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com os sujeitos, ter sensibilidade para pessoas, ser bom ouvinte, formular boas perguntas, ter familiaridade com as questões investigadas, ter flexibilidade para se adaptar a situações inesperadas e não ter pressa de identificar padrões ou atribuir significados aos fenômenos observados.

Antes da coleta de dados, foi realizado um estudo piloto onde 03 entrevistas foram realizadas a fim de testar e aprimorar os planos para a coleta de dados tanto em relação ao conteúdo dos dados quanto aos procedimentos seguidos ajudando a desenvolver um alinhamento relevante das questões. Após a realização do estudo piloto, que não integrou o estudo, julgamos necessário reformular uma das questões a fim de torná-la mais clara aos sujeitos. Após este ajuste, novas entrevistas foram realizadas comprovando o sucesso do ajuste.

Os dados produzidos foram tratados a partir da técnica de Análise Temática proposta por Minayo (2000). Para a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido, também denominadas unidades de significação, que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenha valor significativo para o estudo proposto.

Conforme propõe a autora supra-citada, a Análise Temática contempla três momentos: a pré-análise, com leitura e re-leitura do material produzido; a organização do material a partir da classificação temática; e o agrupamento das unidades temáticas para composição das relações e conexões com o referencial teórico.

IV- AS NECESSIDADES DE AJUDA REFERIDAS PELOS HOMENS EM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO E SUAS IMPLICAÇÕES NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Este capítulo apresenta os resultados da investigação organizados em duas unidades temáticas: os homens em tratamento antineoplásico e seu ambiente histórico-social e as necessidades de ajuda referidas pelos homens e suas implicações no gerenciamento do cuidado de enfermagem. Para facilitar a discussão, os resultados foram divididos em sub-unidades temáticas.

Carvalho (1980) nos orienta que, para estabelecer a relação de ajuda, é preciso compreender primeiro o que significa ajuda para quem a solicita. Desse modo, fatores e variáveis importantes a serem consideradas são experiências pessoais, padrões de comportamento, formas de pensar e sentir, e as atitudes, frente aos valores.

Nesse sentido, a autora supracitada destaca a importância da enfermeira valorizar no gerenciamento do cuidado informações relacionadas ao ambiente do cliente, ou seja, aspectos relativos aos seus hábitos, suas preferências, sua rede de apoio familiar ou social, dentre outras informações que possam sinalizar situações que contribuam para o seu bem-estar, ou que necessitem de algum apoio tanto na família, quanto na comunidade para que ele receba a ajuda necessária.

Assim, a fim de identificar as necessidades de ajuda referidas pelos clientes optamos pela presença constante junto aos mesmos no cenário do estudo, prestando os cuidados de enfermagem e pesquisando ao mesmo tempo a fim de que assim, pudéssemos primeiramente conhecer esses homens para então compreender o significado da ajuda para os mesmos. Moreira (2002) ressalta que no processo interativo em que se pauta a relação de ajuda devemos compartilhar com os clientes nossas emoções, sentimentos e conhecimentos como

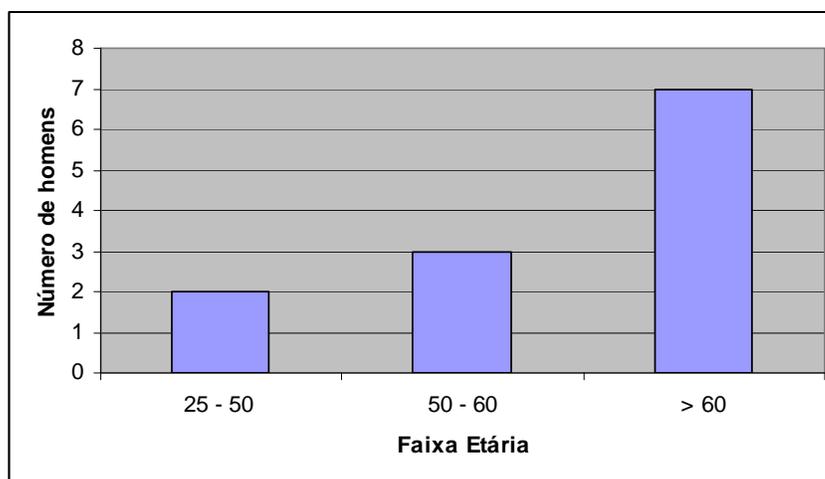
pessoas totais e, para tal, acreditamos que fazer parte do dia-a-dia do tratamento desses clientes fosse condição fundamental.

4.1 – Os homens em tratamento antineoplásico e seu ambiente histórico-social

Os clientes participantes do estudo foram 12 homens, com média de idade de 61,33 anos, todos casados ou vivendo com companheira, que estavam realizando tratamento antineoplásico, mais especificamente em tratamento quimioterápico, no momento da realização da coleta de dados.

Inicialmente, podemos observar que os participantes do estudo, de acordo com o gráfico 2, encontravam-se em sua maioria na faixa etária acima dos 60 anos. Tal observação pode ser justificada pelos determinantes sociais para o câncer e o aumento da expectativa de vida da população brasileira.

Gráfico 2: Distribuição dos homens participantes do estudo de acordo com a faixa etária:



Dentre os fatores determinantes sociais para o câncer, observamos que a industrialização e a conseqüente 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. Ainda discutindo mudanças, observamos ainda mudanças nos hábitos de vida como, por exemplo, o aumento do tabagismo e do etilismo, além de hábitos alimentares inadequados.

No que se refere ao aumento da expectativa de vida do brasileiro, tal fato 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 por exemplo, a tuberculose, 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 (Brasil, 2007).

O aumento da expectativa de vida traz ainda consigo um ponto que nos faz refletir que é o fato dessa faixa etária (>60 anos) por vezes apresentar doenças crônicas que acabam por aumentar a complexidade do portador de neoplasia, sendo necessário que estejamos atentos a questões não somente inerentes à neoplasia em si como a saúde do indivíduo como um todo.

Dos 12 clientes entrevistados, 06 apresentaram co-morbidades como hipertensão, diabetes ou artrite, concomitante à neoplasia. Essas doenças são encontradas com freqüência em pessoas dessa faixa etária predominante no estudo. A presença dessas doenças pode agravar a condição clínica ou psicológica do cliente, como observamos:

“Eu sinto que não há a mesma disposição que eu tinha antes, né. Perdi 15 quilos e até agora não recuperei nem 10, não sei porquê, estou comendo e bebendo direitinho, e estou emagrecendo. Mas deve ser pelo tratamento da diabetes.” (J.C.)

De outra forma, a presença da doença crônica também apareceu de modo a auxiliar no enfrentamento da nova doença:

“Eu peguei tuberculose e a doença acabou ficando resistente, eu só fui curar essa tuberculose quando eu já tinha 35 anos, por aí... quando chegou em 1990 ele disse (médico) que a partir daí eu tinha que levar a vida devagar que eu estava com enfisema pulmonar, quer dizer, uma doença em cima da outra. Quer dizer, doença para mim, tiro de letra. Estou acostumado, né” (E.)

“Eu tinha tido antes infarto, depois descobri que estava com câncer, mesmo assim não me abalei nem estou abalado. Confiante, nunca tive medo de morrer, eu não tenho medo da morte. Talvez seja um dos motivos pelos quais eu estou me recuperando.” (L.G.)

Outro importante dado evidenciado a partir do depoimento dos sujeitos e que podemos associar com a idade dos mesmos é a resignação. Brenner (2006) nos define resignação como a capacidade do ser humano aceitar a realidade que não pode mudar, a fim de minimizar o sofrimento psíquico. O indivíduo identifica a crença central negativa, conscientizando-se da mesma e aceitando a nova realidade.

“Eu não sou de me encuciar não, o que vem, eu aceito e vou em frente. Não sou de ficar encucando não. O que tiver que fazer eu faço e tô aí.” (E.)

Os sujeitos do estudo acima citado expressa a resignação ao aceitar a condição sem revolta. Conforme relata Menezes et al (2008), algumas pessoas procuram superar este

sentimento, traçando objetivos em relação à sua própria vida. Frente à impotência quanto à solução do problema, o indivíduo reage aceitando a situação.

No entanto, evidenciamos ainda na fala abaixo destacada, um outro importante conceito que é o de resiliência. Sória et al (2006) nos traz a resiliência como a capacidade de enfrentar a adversidade e de utilizá-la como fator de crescimento. A autora nos faz refletir quando nos revela que a resiliência não é um dom inato de certas pessoas sendo, na verdade, um tipo de competência pessoal e social, que pode ser aprendida, promovida e desenvolvida nas pessoas, nas organizações, nas comunidades e, até mesmo, na vida social mais ampla, podendo inclusive ser uma estratégia de intervenção da enfermagem para com seus clientes.

“Tenho que me tratar, tenho que andar na linha, chego aqui cedinho... Tudo na vida é uma provação, entendeu, então no meu caso é uma provação. Não é eu dizer que minha vida parou por causa disso, eu trabalho ainda, ontem mesmo eu estava trabalhando em casa pois se você ficar se lamentando, vai piorar mais ainda. Se você não manter a cabeça, como diz aquele mente sã, corpo sã, então tem que manter isso. Tem que tratar.” (R.E.)

De outro modo, alguns homens ressaltaram mudanças sociais importantes em suas vidas.

“A mudança é que parou tudo. Parou tudo no modo assim de dizer, eu gostava de nadar, costumava pescar, remar. Então, se eu fizer muita força eu sinto muita canseira. A única coisa que eu fico chateado é com as minhas pescarias, até meus próprios amigos hoje em dia me abandonaram, meus amigos pescadores. Porque eles ficam com medo de me levar e eu passar mal, e lá no mar, e não tem como trazer. Aí eu digo, quando é que vocês vão me levar para pescar? Ah, o barco está assim, está assado... Inventam um monte de desculpas para eu não ir. Vocês pensam que eu não estou notando não mas vocês é que pensam, eu já estou juntando dinheiro para comprar um barco para mim mas também não levo ninguém, vou sozinho. É com vocês mesmo. Eu quero ir com vocês, com vocês por perto a gente dá um jeitinho, mas vocês não querem me levar... Eu vou comprar um barco, vou sozinho e não vou levar ninguém. Não adianta, eu sou teimoso, sempre fui e vou continuar sendo.” (B.)

“Eu estava fazendo o primeiro período de administração, aí eu adoeci e tive que parar. Eu gostava de tomar cerveja com os amigos, deixei de praticar o meu futebol. Deixei de ir à minha casa lá em Ilha Grande. Certos tipos de alimentação é restrito, eu gostava de comer. Ah, aquelas carnezinhas entremeadas. Isso eu já não posso mais estar fazendo... então isso alterou um pouquinho.” (O.)

Compreendendo a saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1998) percebemos que a saúde desses homens sofreu um comprometimento que vai além da doença em si. Nestas falas, observamos que mais do que a pescaria e o investimento intelectual para o trabalho do estudante de administração, esses homens sentem falta do lazer no convívio com os amigos. As rodas de pescador e cerveja que fazem parte do mundo masculino. Sem esse convívio e mais voltados para o mundo familiar, provavelmente perdem um pouco da sua identidade. Nesse sentido, esses aspectos nos reforçam a crença que os clientes precisam ser vistos como “pessoas totais” (Carvalho, 1980).

No que se refere à situação profissional, mesmo com idade avançada, dos 12 entrevistados, apenas 05 encontravam-se aposentados; os demais 07 encontravam-se ativos profissionalmente, alguns estando de licença médica. A maioria dos entrevistados possuíam renda familiar entre 4 a 6 salários mínimos. Um fato que chama atenção é a importância dada pelos sujeitos ao trabalho. Nesta análise, surgiram ainda importantes questões referentes ao gênero masculino, em especial a representação do trabalho para esses indivíduos.

“eu estar de licença. Isso é terrível. Eu tenho dezessete anos de serviço, em dezessete anos de serviço eu nunca tirei um atestado médico, no serviço público isso. Só nesse serviço eu vou fazer dezessete anos, fora os outros que eu trabalhei. Isso aí é que me dá um pouquinho de... (faz sinal de chateado).” (R.E.)

“[...] o ruim que está acontecendo é que eu não gosto de ficar parado, então eu estou desde janeiro em casa. Então eu fico assim, numa aflição, eu quero fazer alguma coisa... às vezes bate o desânimo, mas é só aquele momento só e depois invento uma coisa, vou lavar um carro, eu lavo uns carros, sabe, me distraio. Às vezes as pessoas falam, mas você não pode, coisa e tal, mas eu não, posso sim, o que eu não posso é abusar. Onde eu trabalho, todo sábado eu vou lá, dou um pulinho lá, faço venda, converso com meus colegas...” (A.)

“[...] aí eu falei, doutor, faz isso não que eu vou morrer de fome. Eu nunca parei de trabalhar na minha vida, nunca. Com dor, sem dor, eu ia para a obra... Agora não tô fazendo nada, estou parado, tratando. Mas estou esperando melhorar para voltar a trabalhar. Estou esperando melhorar, ficar bom, para trabalhar outra vez. Se Deus quiser. Se não trabalhar, a gente não vive não, não vive.” (A.C.)

Tendo em vista as falas acima citadas e tendo vivenciado conversas com os sujeitos foi de fato significativo o valor atribuído ao trabalho pelos mesmos. Identificamos que o trabalho é por muitas vezes o local onde o homem se sente valorizado, parte de um círculo social, que o possibilita ganhar dinheiro e assim fazer parte da sociedade assumindo seu papel como mantenedor da família.

Destacamos a fala de A. que, mesmo encontrando-se de licença médica, continua freqüentando o trabalho uma vez na semana. Tal atitude o faz manter-se socialmente ativo pelo aspecto de sentir-se ainda valorizado “*faço venda*” e pelo aspecto do círculo social “*converso com meus amigos*”.

Wang et al (2006) analisa o trabalho 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. O autor nos diz ainda que não seria talvez demasiado supor que, em alguns casos, por ser tão central à vida do homem, a realização profissional pode ser inclusive confundida com realização pessoal, o que associamos à fala de A.C. “*se não trabalhar, a gente não vive não, não vive*”.

Essa colocação nos deve ser relevante pois é impregnada pelo fator cultural onde o homem encontra-se inserido em nossa sociedade devendo nós, como enfermeiras gerentes do cuidado a esses homens, compreendermos que dimensão o trabalho tem na vida do indivíduo e assim criarmos estratégias para intervir. Este é, no entanto, um grande desafio pois no mundo público, o homem tem que ser racional, objetivo, prático e pragmático, tendo que ter o total controle de suas emoções e assim “sentimentalismos” não fazem parte do processo de ser homem (Badinter, 1993).

No período no qual estivemos inseridas no campo, observamos situações como a descrita acima pela autora. Inicialmente, alguns homens nos afirmavam que “estava tudo bem”, que não possuíam necessidades. Contudo, à medida que a interação e a conversa avançavam situações marcadas por insegurança e dúvidas emergiam sendo solicitada ajuda por parte do cliente. Ilustrando, a entrevista de A.C. demonstra esse fato pois em um primeiro contato e durante a entrevista ele não refere necessidades ou faz questionamentos. Contudo, após um tempo, no final da manhã, ele nos chama em particular e pede ajuda através de sua necessidade de orientação acerca de dúvidas sobre possíveis efeitos colaterais do tratamento.

Nesse sentido, a relação de ajuda proposta por Carvalho (1980) parece vir ao encontro do ocorrido de duas importantes formas, uma vez que segundo a autora o relacionamento interpessoal positivo é imprescindível, através do confronto de experiências, da empatia e da reciprocidade e, ainda, sob a ótica do contexto da situação e intervenção vivenciadas. De um lado o cliente inseguro que não “pode”, por sua condição masculina, se expor, necessitando confiar na enfermeira antes de solicitar informação; de outro lado, a enfermeira que entende que nesta relação de ajuda o cliente é livre e que portanto deve respeitá-lo em sua opção. Sendo assim, ainda segundo a autora, as atividades são muito simples, mas tornam-se complexas em razão de imperativos da situação do cliente.

Ainda discutindo especificamente questões relacionadas ao gênero e ao fator cultural no qual se encontram inseridos, alguns clientes refletiram acerca de seus próprios comportamentos:

“Eu nunca esperava essa doença. A gente que é novo, infelizmente, a gente sempre pensa só nas coisas boas, vou fazer, vou acontecer, vou fazer minha casa, vou comprar meu carro... sabe não fica indo ao médico. Teve até uma reportagem, acho que foi semana passada no fantástico que se não for a mulher, meu amigo, homem não vai ao médico, ele não faz exame, o homem é relaxado, não quer saber. [...]Eu era um assim. Agora não, agora eu vejo que é diferente. Agora até as pessoas falam comigo, você tem que fazer uma colonoscopia, cuidado, e tal... cuidado que tem que fazer... Aí eu falo, meu amigo, não vou fazer se tem que fazer? Sobre isso aí, tranquilo, não tenho preconceito, porque o que se passa se eu não fizer, com o tempo, o que pode acontecer? E aí, como é que vai ser?” (A.)

“Eu já andava meio ruim e precisava me tratar mas sabe como é, a gente precisa trabalhar aí, amanhã eu vou, depois eu vou, entendeu... Eu, o culpado de eu chegar a esse ponto fui eu mesmo, se eu tivesse vindo mais cedo... [...] Olha, eu acho que os homens, não sei se é todos, mas a maior parte como eu, podia ter mais atenção com a saúde. Isso é verdade. Eu, por exemplo, quer ver uma coisa, eu antes de ter esse problema já não estava passando bem, foi a primeira vez que eu fui fazer o exame de próstata. Mas muitos homens, uns da minha idade, uns mais velhos do que eu, ainda não foram por medo de fazer exame, eu acho isso um absurdo. Eu não fui por displicência [...]Eu não sei se é uma mania, não é todos, mas mania de machismo, mania de, não sei. Aí, quer dizer, eu acho que não é por aí. Eu falei para um compadre meu, vai fazer o exame, ele falou, sou machão, aquela coisa, leva tudo na brincadeira, mas o negócio é que não é por aí não, o homem passou dos quarenta tem que começar a fazer, não é não?” (A.C.)

Essas falas comprovam a complexidade na qual os homens encontram-se inseridos em nossa sociedade predominantemente patriarca e nos leva a refletir. Isso porque a subjetividade masculina baseada na força, no domínio e mesmo no machismo não é construída sozinha já

que o homem nasce e cresce em uma cultura que o empurra para esse papel e cultura essa na qual também nos encontramos inseridos.

Ainda discutindo as falas acima expostas, Wang et al (2006) falam que neste novo estágio da modernidade, o homem está sendo levado a repensar os limites de seus próprios direitos e obrigações e suas necessidades individuais para além dos estereótipos instituídos pela lógica patriarcal, sendo levado a repensar as bases de sua própria identidade.

Pensando em nossa atuação enquanto gerentes do cuidado e considerando as experiências pessoais desses homens, devemos nos posicionar de modo a estimular que eles reflitam sobre suas necessidades e manifestem-nas para que assim possam encontrar ajuda. Para que assim, a partir de um ganho percebido, esses homens sejam despertados para um desejo de mudança em busca de melhorias para sua saúde.

Tal entendimento nos remete a um dos princípios norteadores da relação de ajuda proposta por Carvalho (1980): “A assistência de enfermagem pode significar uma forma de comportamento individual ou coletivo, que se orienta e se objetiva pela mudança”.

No que se refere à espiritualidade, observamos que todos os entrevistados acreditavam em um Ser Superior, sendo comprovado que a religiosidade está muito presente na vida dos entrevistados, influenciando inclusive no comportamento dos mesmos diante do câncer.

“Olha, eu não sei se é por eu ser cristão, e Deus me fez tirar uma força, mas eu agi com uma naturalidade quando eu recebi a notícia... Ah, porque eu estou com câncer, a gente sabe que muita gente morre, vem a óbito por causa disso mas não me abalou não. Eu trato o meu tratamento com uma naturalidade incrível, sabe?” (O.)

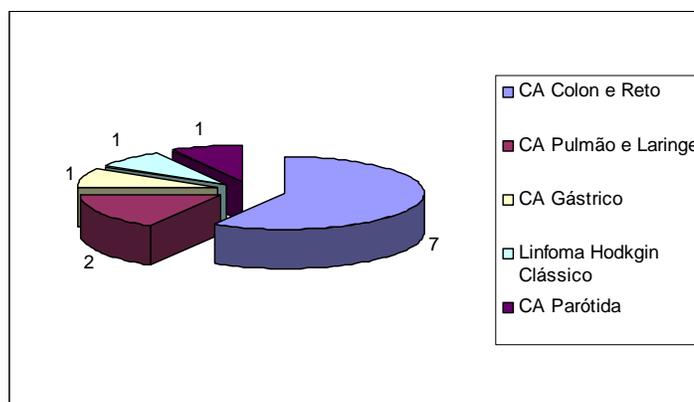
“A gente tem que confiar naquilo que está fazendo (tratamento). Eu sempre digo, eu tenho muita fé, eu sempre achei que ia dar certo e estou até hoje com mesmo pensamento e vai dar certo mesmo.” (A.C.)

“[...] eu só tenho mesmo é agradecer porque olha, você passar por uma cirurgia como eu passei... É agradecer, né... Você vê aí cada caso, não tem jeito. Eu, graças à Deus, estou bem. Agradeço muito a Deus também porque se não fosse Ele eu não estava aqui também e é isso aí.” (A.)

Observamos que a espiritualidade manifestada através de palavras como Deus e fé oferece consolo e energias morais para enfrentar a doença e o tratamento, o que discutiremos na sub-unidade 4.2.3.

Ao analisarmos a incidência das neoplasias nos sujeitos, observamos como o gráfico 3 apresenta, que a maior incidência de tumores encontrada foi de Cólon e Reto.

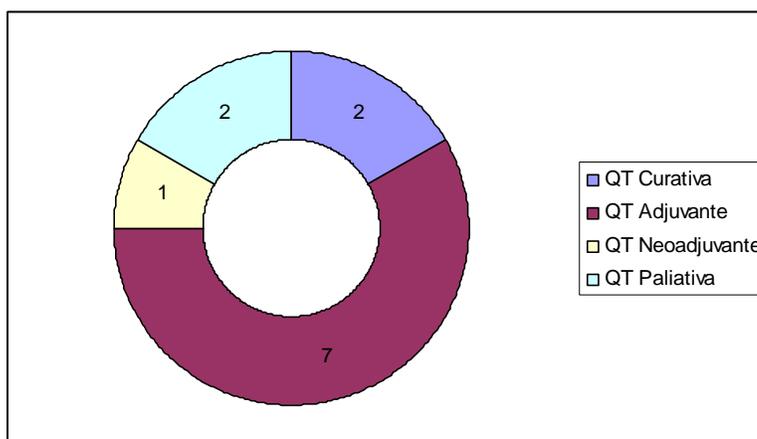
Gráfico 3: Incidência dos tipos de câncer apresentados pelos sujeitos



Tal achado pode ser em parte explicado principalmente pelo fato de termos coletado os dados na sala de quimioterapia, o que praticamente exclui portadores de câncer de próstata já que esse tipo de câncer não tem como tratamento de escolha a quimioterapia, e também pelo fato desta neoplasia ser de grande incidência em homens, como já anteriormente apresentado. Vale informar que um dos sujeitos era portador de câncer de próstata e estava realizando quimioterapia pois o tumor apresentava metástase em Cólon tendo sido então indicada a QT como terapia de escolha para ele.

No que se refere ao tratamento antineoplásico, como nos mostra o gráfico 4, dos 12 entrevistados, 07 já haviam enfrentado intervenção cirúrgica e estavam realizando quimioterapia adjuvante, 01 aguardava cirurgia estando então realizando quimioterapia neoadjuvante, 02 realizavam quimioterapia curativa e 02 realizavam quimioterapia paliativa².

Gráfico 4: Tratamento Antineoplásico Atual



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:

² Quimioterapia curativa é a opção usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor. A adjuvante deve seguir à cirurgia curativa, tendo o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância. A neoadjuvante ou prévia deve ser indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia. A paliativa que não tem finalidade curativa e é usada com a finalidade de melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente.

“Não sinto reação nenhuma com o medicamento. Eu tomo na veia, venosa, mas não sinto reação nenhuma, não caiu cabelo. Passei por uma triagem também, ó vai acontecer isso, isso, mas até hoje, eu devo estar na terceira ou quarta semana vindo, fazendo esse tratamento, mas nada.” (A.)

“Agora, quinta-feira foi a última vez que eu passei mal, aí eu passei, sexta, sábado, domingo e ontem bem... [...]tem até um passeio esperando, já está até marcado, estou esperando eu me recuperar um pouco porque dessa vez eu abati muito.” (O.)

Sendo assim, comprovamos Bonassa (2005) quando 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 nos mostraram em parte o perfil histórico-socio-cultural dos homens com câncer em tratamento antineoplásico. Assim, pudemos conhecer um pouco o ambiente desses homens e, o conhecimento desse ambiente, nos mostra ainda a complexidade dessa clientela que demonstra um desafio para o estabelecimento da relação de ajuda uma vez que precisa de uma enfermagem disponível e empenhada no esforço interativo que implique em intervenções condizentes não com a aspiração dos assistentes mas sim com as necessidades dos assistidos (Carvalho, 1980).

4.2. As necessidades de ajuda referidas e suas implicações no gerenciamento do cuidado de enfermagem

A fim de orientar a identificação das necessidades de ajuda dos clientes, utilizaremos a tipologia adaptada por Moreira (2002) que, com base na proposição de Carvalho (1980), elegeu seis tipos de cuidados para serem prestados aos clientes diante de suas necessidades.

De acordo com a autora, “o tipo de ajuda varia segundo as circunstâncias... e a assistência só se define em razão das necessidades dos clientes”. Baseando-nos nesse, entendemos que o cliente tem predomínio na relação de ajuda e assim sendo, o atendimento da equipe às necessidades referidas se concretiza no cuidado de enfermagem que pode ocorrer de maneira direta ou indireta.

- *Cuidados Físicos*
- *Apoio Emocional ao cliente e familiar*
- *Amparo espiritual ao cliente e familiares*
- *Orientação ao cliente para o autocuidado*
- *Promoção de ambiente confortável*
- *Encaminhamento a outros profissionais*

Assim, classificamos as necessidades de ajuda baseadas nas falas dos clientes, no que os próprios clientes entendiam e verbalizavam como sendo suas necessidades no momento atual de suas vidas. Apresentamos agora, de acordo com a tabela 2, as necessidades de ajuda referidas pelos homens em tratamento antineoplásico ambulatorial.

Tabela 2: Necessidades de ajuda referidas pelos homens em tratamento antineoplásico

Necessidades de Ajuda Referidas	N
Cuidados Físicos	7
Apoio Emocional ao cliente e familiares	2
Amparo Espiritual ao cliente e familiares	2
Orientação ao cliente para o auto-cuidado	6
Promoção do ambiente confortável	-
Encaminhamento a outros profissionais	1

4.2.1 – Necessidades de Cuidados Físicos

Cuidados físicos são aqueles que emergem das necessidades relacionadas às questões fisiológicas dos clientes, ou seja, cuidados que dão suporte ao equilíbrio hemodinâmico. Assim, as necessidades mais referidas relacionavam-se à nutrição e ao gerenciamento dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento antineoplásico.

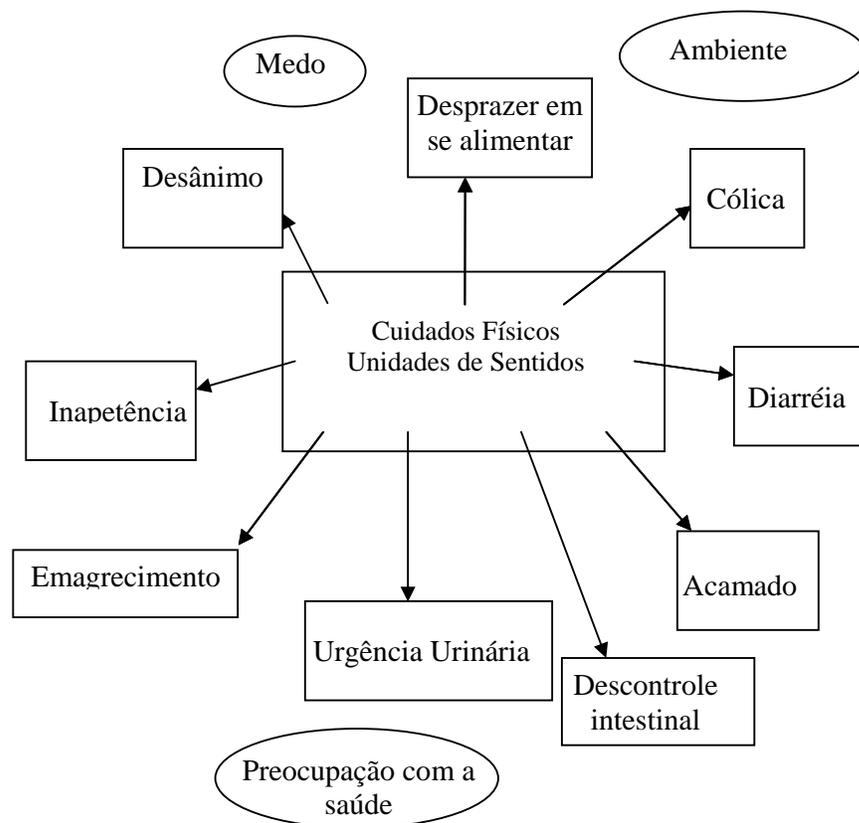
“Só gostaria que voltasse o paladar pois tendo o paladar, aí desce, eu tenho certeza que vai descer. A comida não desce. Se é água ou vinagre, é a mesma coisa. Não sinto o gosto do feijão, nem do arroz, nem da carne, só do molho quando é com macarrão, ou sopa que é líquida e ela desce. Mas não que eu sinta prazer, eu estou empurrando porque eu sinto que eu estou com fome. [...] vê se você pode fazer algo por mim, porque agora eu confiei na senhora, na Maria.”(R.I.)

“É pegar uns quilinhos e me dar mais ânimo de sair um pouco, para eu sair de casa. Eu ando muito deitado, quando eu ando é só dentro de casa mesmo.” (J.)

“Necessidades... (pensando e refletindo) Olha, quando eu faço essa quimioterapia que é forte, me dá muita cólica certo, me dá muita diarreia e vômito. Eu fico sem comer e emagreço à beça, já falei com a dra. , ela diminuiu quase 50%, vamos ver se com essa diminuição dá uma melhorada mas, assim, outro tipo de necessidade... refletindo. Olha eu

emagreço e você emagrecendo, eu tinha 64 kg, cheguei a 46kg, tudo por causa desse tratamento, então isso daí me preocupou um pouco. Me preocupou um pouco porque eu tenho medo de continuar emagrecendo e depois ter que ficar internado aqui e meu maior medo é ficar internado. Ter que depois ficar se alimentando por sonda, porque tira todo o apetite. Tira totalmente o apetite, eu não como nada, eu como por horário.”(O.)

Figura 1: Unidades de sentido dos cuidados físicos referidos



Como observamos na figura 1, construída a partir das unidades de sentido extraídas das falas dos sujeitos, as necessidades nos apontam para uma ajuda direcionada a orientações que proporcionem aos clientes condições de enfrentarem esses sintomas físicos. Há ainda o destaque de R.I. pela necessidade de confiar em quem solicita ajuda.

Tendo em vista esta fala de R.I., apresentamos um dos princípios norteadores da relação de ajuda: “A assistência de enfermagem requer o consentimento mútuo dos participantes”. Para que aconteça esse consentimento mútuo que torna possível a ajuda, é

preciso que aconteça primeiro a confiança do cliente para com a enfermeira. Desse modo, para obter a confiança necessária, Carvalho (1980) ressalta como características essenciais da relação de ajuda, a comunicação e a interação positiva. Conduta indispensável da equipe de enfermagem para ajudar os homens a enfrentarem as possíveis dificuldades advindas das reações ao tratamento.

As modalidades de tratamento para o câncer como a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, ou a combinação de algum desses, podem resultar em efeitos colaterais que afetam a nutrição. Oliveira (2007) observou que cirurgias oncológicas podem resultar em dor local, dificuldade de mastigação e deglutição, jejum prolongado, entre outros. A quimioterapia pode levar a náuseas, vômitos, mucosites, estomatites e outros sintomas que interferem no bem-estar dos clientes. A radioterapia, dependendo do local irradiado, pode acarretar em efeitos colaterais imediatos, como anorexia, náuseas, vômitos, disfagia, enterite aguda ou tardios como alterações do paladar, estenoses, fístulas, colite crônica. Foi observado ainda que a combinação de tratamentos pode aumentar significativamente esses efeitos.

A American Cancer Society (2008) orienta que ao sentir náuseas e vômitos, os clientes adotem condutas como respirar profundamente e devagar, evitar cheiros fortes que possam incomodar, fracionar a dieta em pequenas e diversas porções, usar técnicas de relaxamento, comer em ambiente tranquilo com temperatura agradável, ingerir líquidos pelo menos uma hora antes da refeição e não junto com a mesma, evitar alimentos fritos, gordurosos e excessivamente doces.

Essas orientações convergem com a fala de GUTIÉRREZ (2000) que ressalta a importância de intervenções de natureza comportamental, pois as mesmas apontam para um atendimento mais abrangente das necessidades dos clientes, rompendo assim, com um tipo de ação fortemente centrada nos aspectos fisiopatológicos.

Ravasco (2005) ressalta que alterações do paladar são comuns em pacientes durante o tratamento antineoplásico, sendo assim, a fim de prevenir uma redução da ingestão e conseqüente déficit nutricional, deve ser realizado aconselhamento nutricional que oriente para estratégias que ajudem a enfrentar mudanças no paladar. Outra possibilidade a ser avaliada é a introdução de suplementos que ajudem no suporte quando o mesmo não se mantém adequado. A autora afirma ainda que as enfermeiras devem avaliar, depois de realizadas as intervenções, a necessidade de encaminhamento do cliente à nutricionista.

Mudanças e desordens nas funções urinárias e intestinais também foram relatadas como necessidades de cuidados físicos.

“A minha necessidade maior que eu sinto assim, mesmo, é o problema do banheiro. Pô, isso me incomoda, cara, entendeu... Ter que ir no banheiro, ter que ter prioridade... E, até que hoje eu estou melhor, mas tem dia...” (R.E.)

“As maiores necessidades... É só a comida que não desce. Só. E urinar que eu urino demais.” (R.I.)

O depoente R.E. referiu que sua função intestinal prejudicada o fazia sentir-se constrangido em casa, com os familiares, e na rua quando precisava sair. O tratamento para câncer de reto acarretou em descontrole de sua função intestinal. Ele julgava que sua nova condição física prejudicava a si próprio e a dinâmica familiar uma vez que sua casa só possuía um banheiro sendo assim, ele decidiu construir um novo banheiro para melhorar a situação. Outra importante observação foi a revelação de seu tipo de câncer sussurrando ao pé do ouvido.

Situação: Conversando sobre as mudanças ocorridas em sua vida após o adoecimento, ele destaca: *“Eu tenho prioridade no banheiro. É sério. Por isso eu já estou construindo um outro banheiro lá em casa porque eu tenho prioridade no banheiro lá em casa. Porque eu tenho prisão-de-ventre, o que melhorou foi eu comer espinafre, melhorou muito, mas o que acontece, tem coisas que eu não posso comer. (Olha para os lados e sussura) Porque o meu é no reto. (Volta a falar em tom normal). Então o médico falou que o tumor não obstruiu tudo mas eu tenho que ter cuidado então, certas coisas eu não posso comer.[...] Minha mulher já sabe, meu filho, todo mundo já sabe, até minha filha já sabe. Então, deu aquela vontade, eu tenho que ir no banheiro urgente.”(R.E.)*

Tal atitude demonstra seu constrangimento e vergonha por ser homem e possuir um câncer que afetou seu reto, região do corpo permeada por tabu por parte do imaginário masculino. Para um homem, tal acontecimento pode afetá-lo não apenas de maneira física, mas também psicológica e até mesmo social.

Vironen (2006) observou que portadores de câncer que sofriam alterações urinárias e intestinais possuíam a qualidade de vida afetada devido a essas alterações. O autor observou ainda que a parte mais afetada da vida dessas pessoas eram as relacionadas às questões sociais, em que evitam eventos e permanecem mais tempo em casa.

Como enfermeiros gerentes, entendemos a assistência de enfermagem como parte da estrutura da organização e, assim, sendo presença constante no cuidado do cliente. Contudo, fazer parte da organização não deve ter uma conotação burocrática mas sim uma conotação de acordo os novos conceitos de gestão que focam as práticas sociais. Assim, a assistência de enfermagem precisa estar voltada para a satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos. Para tal, a presença constante faz-se importante para que o enfermeiro identifique necessidades, planeje intervenções tanto diretas como indiretas, através da delegação de tarefas, e avalie os resultados obtidos, bem como atue articulado com outros profissionais da equipe de saúde.

Consideramos emergir no conteúdo acima, mais um dos princípios norteadores da relação de ajuda: “A assistência de enfermagem é uma situação estruturada e a posição profissional da enfermeira tem garantia na sua presença constante, na esfera do cuidado do cliente”.

Tal presença quando ocorre se reflete no cuidado de enfermagem prestado. Ilustrando, descrevemos uma situação onde um dos sujeitos relata a ocorrência de uma necessidade física no cenário com uma pronta intervenção da equipe.

Situação: Ao ser questionado sobre o que era a ajuda que ele referia receber, ele destaca: “*O atendimento em si, compreendeu? Quando eu tive hipoglicemia, o açúcar baixou demais, o rapaz que estava do meu lado falou enfermeira, enfermeira, seu L.G. está passando mal e num instante tinha umas cinco ou seis aí do meu lado, cada uma fazendo um troço, numa urgência tão grande... quer dizer, realmente é um atendimento excelente. Não tem daqui a pouco eu vou, que não sei o quê, não houve nada disso, num instante aquele atendimento todo mundo apressado, me tratando, e sempre que eu precisei foi assim, ótimo.*” (L.G.)

Mesmo focalizando aspectos físicos, compreendemos que quando pensamos no gerenciamento do cuidado temos a visão da totalidade, como vimos nas unidades de sentido. Assim, esse gerenciamento nos aponta para outras dimensões de intervenções como aspectos emocionais e de orientação.

A partir das necessidades físicas referidas e focalizando o gerenciamento do cuidado na visão da totalidade, essas necessidades apontam para implicações como:

- a importância que a enfermeira gerente se faça presente e conheça seus clientes para que assim os mesmos possam sentir-se à vontade para manifestar suas necessidades;
- ocorrendo mal-estar, náuseas e vômitos, a enfermeira deve proporcionar um ambiente reservado, tranquilo, onde o cliente possa sentir-se seguro e encontre alívio, assegurando ainda a preservação dos demais clientes de sentirem-se ansiosos e desconfortáveis por assistirem uma pessoa com o mesmo problema e na mesma situação passar mal;

- criar as condições para possibilidade de orientações individuais, que não geram constrangimento perante às demais pessoas e são condizentes com a unicidade dos indivíduos facilitando o esclarecimento de dúvidas como, por exemplo, como lidar com os efeitos colaterais do tratamento;
- ocorrendo problemas como alteração do paladar e/ou inapetência, o enfermeiro precisa estimular o prazer de comer através de estratégias para aguçar outros sentidos como a visão (através da beleza dos alimentos) e do olfato;
- realização de consultas de enfermagem de primeira vez e as subseqüentes a fim de acompanhar e orientar durante todo o tratamento.

4.2.2 - Apoio Emocional ao cliente e familiares

O apoio emocional remete a cuidados relacionados ao atendimento das necessidades de ajuda referentes aos aspectos psicossociais, ou seja, requer cuidados que irão facilitar o bem-estar emocional e que favoreça mudanças no estilo de vida do cliente e família.

Entre os preconceitos mais comuns em relação ao sexo masculino que, mesmo no século XXI ainda persiste no senso comum, pode-se apontar 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 pode admitir que pode ser frágil, ter necessidades e precisar de ajuda.

Maliski (2008) mostra que homens realizando tratamento para o câncer de próstata foram levados a repensar o que consideravam como sendo sua identidade masculina. A autora supracitada ressalta ainda a importância de intervenções que auxiliem os homens que vivenciam esse processo já que fatores culturais podem torná-lo mais difícil.

Observamos resultados que nos sugerem influência de questões relacionadas ao gênero nessa linha de pensamento, em dois relatos a seguir:

“Muita paz, compreensão para entender meu problema e o problema dos outros [...] Nada, não, só isso mesmo, paz e compreensão.” (E.D.)

“[...] me dar mais ânimo de sair um pouco, para eu sair de casa. Eu ando muito deitado, quando eu ando é só dentro de casa mesmo. Nem na casa da minha sogra eu tenho ido, tem escada. Me sinto cansado, sabe. Tenho que melhorar para voltar a ativa, é isso. E fazer outra coisa, eu me sinto um parasita.” (J.)

Entretanto, tais relatos apontam ainda para algumas mudanças que vem ocorrendo no que se refere à identidade masculina. Estudos recentes relatam uma “crise” na identidade masculina uma vez que homens estariam reivindicando uma nova qualidade no espaço social. Tal fato seria ainda um reflexo decorrente do novo espaço conquistado pela mulher que foi redefinido nas últimas décadas. Assim sendo, o novo homem agora admite sua fragilidade (Silva, 2000; Pinheiro, 2002; Braz, 2005). Contudo, essa redefinição não conseguiria redefinir todos os homens promovendo a atual “crise” masculina acima citada.

O acima exposto vem ao encontro de nossos resultados uma vez que identificamos comportamentos distintos entre os homens entrevistados. 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 recebeu o diagnóstico da doença (sujeitos L.G. e A.T., respectivamente).

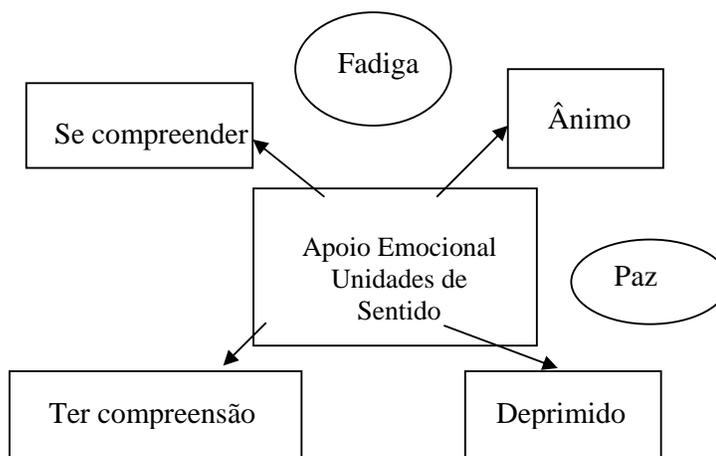
Situação 1: Ao relembrar o momento do diagnóstico: *“Eu descobri, eu pensei que essa doença não ia... Eu pensei que eu ia ficar bom. Ela não me abalou em nada, em nada, entendeu.” (L.G.)*

Situação 2: Ao relembrar o momento do diagnóstico: *“Olha, (voz engasga), o sentimento é tristeza (começam a cair lágrimas, ele respira fundo, me olha) desculpe. O médico que me diagnosticou foi muito bacana. Mas foi um choque. Teve um choque no primeiro mês, me abati muito, mas eu comigo mesmo. Na família quase ninguém sabe, só minha esposa e meus filhos. No primeiro mês eu fiquei abatido, chateado e tal. Mas depois não houve nada demais.” (R.I.)*

Sendo assim, entendemos que o cuidado e a gerência do mesmo precisam envolver o relacionamento interpessoal, constituído de atitudes humanas, que não podem ser previsíveis ou preestabelecidas como uma função essencialmente técnica já que são influenciadas por fatores inerentes aos indivíduos envolvidos. Por conseguinte, mais um princípio da relação de ajuda proposto por Carvalho (1980) vem ao nosso encontro: “A assistência de enfermagem é uma relação de ajuda, na qual as partes envolvidas manifestam-se como pessoas totais”.

A assistência de enfermagem como relação de ajuda requer que as partes envolvidas se manifestem como pessoas totais uma vez que nesta relação, o cliente tem predomínio e a assistência só se define em razão de suas necessidades (op.cit., 1980). Assim, à enfermeira, compete situar-se como pessoa total completamente disponível e empenhada no esforço interativo e na concessão da ajuda desejada. Desse modo, os elementos fornecidos a respeito do cuidado sob a ótica de quem o recebe são de suma importância no planejamento e implementação da assistência de enfermagem (Waldow, 1999).

Figura 2: Unidades de sentido do apoio emocional aos clientes e familiares



As unidades de sentidos encontradas apontam para compreensão, ânimo, depressão. Contudo, as falas acima também apontam para o amparo espiritual manifestado através da necessidade de paz referida e, ainda, para a necessidade de cuidados físicos manifestada através do cansaço e desânimo que apontam neste cliente para a fadiga, considerando a

observação que o mesmo, com câncer de pulmão, encontrava-se emagrecido, necessitando de auxílio para deambular e realizando quimioterapia paliativa.

As implicações no gerenciamento do cuidado a partir das necessidades referidas de apoio emocional podem ocorrer de maneira que a enfermeira:

- adote como estratégia, mostrar-se disponível para que os homens, ao sentirem-se preparados, possam manifestar suas necessidades sem se sentirem pressionados;
- incentive os clientes a realização de atividades alternativas que preencham o tempo ocioso evitando que a mente seja tomada por maus pensamentos;
- incentive o diálogo entre os homens entre si e seus familiares para que ocorra troca de experiências e apoio mútuo;
- crie grupos de apoio com encontros periódicos e participação de clientes, familiares e equipe multidisciplinar.

4.2.3 - Amparo Espiritual ao cliente e familiares

As questões da espiritualidade e da fé estão muito presentes na vida das pessoas, principalmente nos momentos mais difíceis, ocorrendo ainda evidências que a religiosidade esteja associada à saúde mental (Mitka, 1998).

Valla et al (2001) mostram a religião como uma das características mais importantes da cultura latino-americana. Nesse sentido, a religião pode ser descrita como uma forma particular e espontânea para enfrentar as dificuldades do cotidiano.

Estudos apontam ainda para uma interação percebida entre a espiritualidade e qualidade de vida. Maliski (2008) identifica que homens com câncer de próstata que praticavam alguma religião ou diziam ter fé apresentavam maior qualidade de vida, quando comparados aos que não manifestavam sua religiosidade.

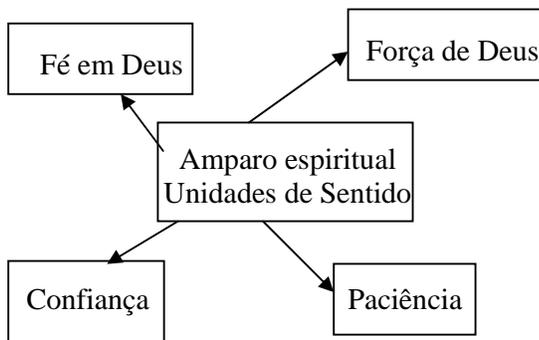
Em função disso, a OMS entende a importância dessa dimensão na vida dos indivíduos e inclui como domínio a ser considerado na vida das pessoas doentes a “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais”. Este domínio a ser avaliado nos indivíduos, segundo a OMS, deve examinar as crenças da pessoa e como estas afetam a qualidade de vida das mesmas pois isto pode estar ajudando a pessoa a enfrentar as dificuldades da sua vida, dando estrutura para experimentar, atribuir um significado a questões pessoais e espirituais e, mais genericamente, fornecer à pessoa um senso de bem-estar (WHO, 1998).

Nossos achados comprovam a correta preocupação da OMS com esta dimensão uma vez que todos os entrevistados referiram acreditar em um Ser Superior e apenas um referiu não freqüentar periodicamente uma religião. Como já observado na sub-unidade que nos apresentou o ambiente histórico-social desses homens, a religiosidade está bastante presente no cotidiano dos mesmos. Contudo, dois de nossos entrevistados vão além e expressam como necessidades para lidar com sua situação atual o amparo espiritual.

“Qual necessidade? É paciência, né. Fé em Deus e deixar que as coisas aconteçam.”
(J.C.)

“Só da minha força espiritual. Comunhão com as entidades que eu confio, que eu tenho certeza que me ajudam, que estão sempre presentes. Força de Deus.” (A.T.)

Figura 3: Unidades de sentido do amparo espiritual aos clientes e familiares



Esses relatos nos fazem refletir quão amplo é nosso papel na detecção das necessidades dos clientes e nos aproxima de mais um princípio da relação de ajuda: “A assistência de enfermagem desenvolve-se à medida que está centrada nas necessidades do cliente”.

Afinal, quando a assistência de enfermagem é apresentada com a intenção de ajudar o indivíduo, faz-se necessário que o centro dessa assistência seja o mesmo. Conseqüentemente, o enfermeiro gerente precisa levar em consideração a multiplicidade do cotidiano, da organização e de cada membro do grupo envolvido no processo do cuidado para que assim, sejam estabelecidas as intervenções mais fidedignas à sua realidade.

Alguns autores pontuam a importância da necessidade de apoio espiritual já que a mesma permite ao expressar frustrações, preocupações, tristeza, raiva e sentimentos de culpa. Assim, esses estudos enfatizam a importância do enfermeiro em indagar sobre estas questões, bem como implementar apoio aos clientes e familiares (Beck e Lopes, 2007; Salgado et al, 2007).

Percebemos que o incentivo à espiritualidade pode funcionar como estímulo e estratégia a ser utilizada na execução do gerenciamento do cuidado através de medidas como:

- reconhecimento da importância da espiritualidade para os clientes;
- articulação com ministros religiosos de todas as crenças assegurando a liberdade religiosa e proporcionando direitos iguais;
- identificando possível ajuda que a espiritualidade possa proporcionar como, por exemplo, através de rede social de apoio, estímulo para continuar o tratamento.

4.2.4 - Orientação ao cliente para o auto-cuidado

Entendemos por autocuidado as ações do indivíduo para si e desenvolvido por si mesmo na busca pela melhoria de sua qualidade de vida.

Na relação de ajuda proposta por Carvalho (1980) encontramos o entendimento que “ajudar o outro é levá-lo a alcançar os comportamentos compatíveis com a auto-suficiência e a auto-determinação frente às questões da vida”.

A autora destaca “a assistência prestada é uma forma organizada de ajudar os clientes a vencer dificuldades ligadas às necessidades fundamentais, em situações nas quais não estejam capacitados para promover o auto-cuidado para alcançar seu nível ótimo de saúde” (op.cit, 1980).

Sendo assim, pelo próprio entendimento do que é autocuidado compreendemos o predomínio do cliente na relação de ajuda considerando que quem melhor compreende suas necessidades é o próprio indivíduo. Ainda nesta perspectiva, “o cliente é livre para aceitar a ajuda que precisa e também para recusá-la, quando não é necessária” (op.cit., 1980).

Nesse entendimento, destacaremos a situação abaixo, descrita através da observação e das falas dos sujeitos registradas:

Situação: Mostrando-se inquieto ao relembrar os dias que sucederam a cirurgia, A. gesticula e relata: *“Ah, por conta em si, de eu não saber o que eu tinha, bateu assim, na hora, eu fiquei, o que é que aconteceu, uma coisa que eu nunca esperava, uma bolsa de colostomia, eu não sabia nem que existia, nem sabia o que era isso. Eu acordei da cirurgia, todo entubado, com sonda em tudo quanto é lugar, o que é que está acontecendo comigo, eu não sabia, eu estava perdido”*. A. recebeu o diagnóstico do câncer somente após ser submetido a uma laparotomia exploradora de emergência.

Cuidado: Orientação referentes às dúvidas acerca do diagnóstico e tratamento, a função e importância das sondas e drenos, esclarecimentos do que é uma colostomia, para que serve, como manipulá-la.

Situação: Bastante ansioso e gesticulando, *“Olha, orientação, muita orientação é o que eu preciso. Como devo proceder, como devo me acalmar, eu ando muito nervoso”*. (J.C.). Assim, ele refere que inicialmente sentia-se calmo, contudo no momento vem sentindo seu nervosismo aumentar diante da continuidade de tratamento.

Cuidado: Orientação sobre o tratamento e sua trajetória reforçando a importância do mesmo, estímulo à realização de perguntas e esclarecimento de dúvidas, incentivo a reflexão e possibilidade do nervosismo estar relacionado também a outros motivos.

Julgamos importante destacar mais um princípio da relação de ajuda aqui evidenciado:

“A assistência de enfermagem tem sentido nas atividades de colaboração aos programas de saúde e nas atividades diretas, visando a promover e apoiar os clientes no autocuidado”.

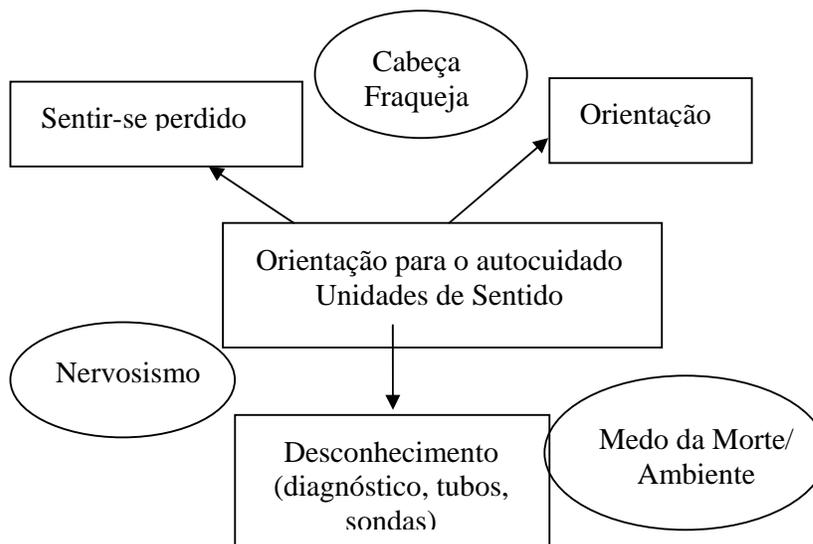
Tendo em vista o acima exposto, entendemos que as necessidades de ajuda dos clientes com relação às ações de autocuidado são notórias visto que os mesmos vivenciam mudanças em suas vidas. Considerando que o câncer é ainda uma doença envolta em mitos e crenças, as necessidades de orientação são individuais uma vez que cada ser traz consigo suas experiências e vivências. Orientações como o esclarecimento dos possíveis efeitos do tratamento e a maneira de gerenciá-los devem ser prestadas a todos os clientes. Contudo, a forma de abordagem e o conteúdo de informações devem ser individuais, visto que a informação deve assumir o papel de ajuda na reorganização da vida dos mesmos.

Destacamos ainda a seguinte fala:

“Preciso é do hospital, para eu fazer isso aqui (quimioterapia). Mas também é só até acabar pois depois que acabar não olho nem para cá. Porque toda vez que eu entro naquele portão que eu passo mal. Já vim de lá, já vim triste, não sei o porquê disso. Não sei se é da minha cabeça, entendeu? [...]Eu não sei se é pelo que eu passei, se quando eu entro aqui a cabeça fraqueja... Eu fico pensando também tem coisas também que não é pelo que eu passei mas pelo o que eu vi. Porque na minha enfermaria, morreu o daqui, morreu o daqui, morreu o dali. Eu falei, meu Pai do Céu, está passando por perto, daqui a pouco, chega aqui. E os três, tem também... Você fica vendo a pessoa com o mesmo problema de câncer também...”

(B.)

Figura 4: Unidades de sentido da Orientação dos clientes para o autocuidado



A partir do relato acima, identificamos como o relacionamento interpessoal positivo entre enfermeiro e cliente permite não só propiciar a identificação das necessidades de cuidados, mas também a identificação de fragilidades que possam levar ao prejuízo do tratamento e manutenção da saúde. Nessa fala, B. revela que suas vivências durante a internação o fazem não querer retornar ao hospital após o tratamento contudo, tal conduta poderia acarretar em complicações à sua saúde. Sendo assim, B. necessita de esclarecimentos acerca da importância do acompanhamento de sua saúde mesmo após o fim do tratamento.

FONSECA (2006) nos lembra ainda que um importante indicador da qualidade do cuidado de enfermagem se expressa pela manutenção das ações do enfermeiro centradas na orientação dos pacientes, que intensificam a comunicação dela com o cliente e seus familiares.

As implicações no gerenciamento do cuidado geradas pelas necessidades de orientação apontam para:

- construção de uma relação interpessoal positiva enfermeiro-cliente para que o mesmo manifeste suas necessidades de orientação sem sentir-se constrangido;

- realização periódica e sistematizada da consulta de enfermagem para acompanhamento dos clientes, bem como para a avaliação do entendimento de orientações realizadas previamente;
- importância da gerência do ambiente, tendo sido essa identificada a partir do relato de um cliente que acompanhou o falecimento de colegas de enfermagem;

Essas implicações apontam ainda para a dimensão do trabalho do enfermeiro gerente. Dimensão essa que destaca a autonomia profissional do enfermeiro e, ainda, do reconhecimento social do seu trabalho a partir do momento em que o cliente reconhece o cuidado do enfermeiro como parte de seu processo de cura, tornando-se referência para ele.

4.2.5 - Promoção do ambiente confortável

O ambiente permeia as preocupações da enfermagem desde quando Florence Nightingale (1989) já em seu tempo considerava o ambiente como o conjunto de elementos externos à pessoa e que afetam tanto a saúde do doente quanto a pessoa saudável.

Entendemos que os indivíduos dependem de um ambiente saudável para viver e, ainda, para restabelecer a saúde quando esta se encontra afetada. Sendo assim, também é parte da função da enfermeira gerente proporcionar um ambiente benéfico, seguro e confortável aos clientes para que também o ambiente possa influenciar de maneira positiva a terapêutica dos mesmos.

O ambiente não foi identificado como unidade de sentido mencionada nos depoimentos por nenhum dos entrevistados como necessidade dos mesmos. Tal fato pode ser interpretado como sugestivo do gênero masculino já que homens são culturalmente rotulados na sociedade patriarcal como não observadores ficando para a mulher a responsabilidade de cuidar do ambiente.

Moura e Moreira (2005), ao realizar um estudo sobre a perspectiva dos clientes em tratamento quimioterápico sobre o ambiente, ressaltam perceber em seus depoimentos que os homens são mais objetivos nas suas avaliações, citando entre aspectos sobre o ambiente o conforto das poltronas e a limpeza da sala. Já as mulheres, apesar de também referirem o conforto do mobiliário e a limpeza, eram mais ligadas aos detalhes estéticos, como a cor da sala e os objetos de decoração. Outro importante achado em seu estudo sobre o ambiente na perspectiva dos clientes é que este ambiente precisa ser acolhedor, onde o indivíduo sintasse bem-tratado.

Florence Nightingale (1989) já considerava o ambiente como muito mais complexo do que um mero espaço físico, tendo o ambiente outros importantes aspectos a serem considerados pela enfermagem: os aspectos psicológicos e sociais.

Mesmo sem destacarem como necessidades aspectos sobre o ambiente, durante a observação, percebemos que os sujeitos demonstravam familiaridade com o ambiente, havendo menção ainda de bem-estar proporcionado pelo ambiente. Quando chegavam, já se dirigiam à sua poltrona de preferência, interagiam com a equipe e demais clientes. Foi observado ainda que eles prestavam atenção à dinâmica da unidade e demonstravam conhecimento da rotina da mesma.

“Outra coisa é a bondade da equipe, a bondade que eu sinto da equipe, todo mundo alegre, todo mundo amigo. Primeiro que você não vê ninguém aqui de cara feia, todo mundo sorridente, todo mundo brincando, está entendendo... Essas meninas daqui, meu Deus, é uma alegria, todo mundo, eu tenho prazer em estar aqui. É um hospital mas eu tenho prazer em estar aqui, de bom tratamento.” (L.G.)

“Então o fato é que eu gosto daqui porque o pessoal daqui trata a gente bem, bate papo. Então isso é que conforta mais a gente.” (R.E.)

Esses depoimentos, além de demonstrar uma interação satisfatória dos clientes com a equipe de enfermagem, contêm alguns indicativos de um comportamento de ajuda da equipe que atende às suas necessidades. Possível razão porque alguns dos clientes referiram não necessitar de nenhuma ajuda, quando questionado, conforme o depoimento a seguir, mas que requer novas investigações.

“Minha filha, fizeram tanto por mim que eu nem sei se é possível fazer mais alguma coisa, compreendeu? Porque tudo de bom que eu podia desfrutar daqui, por parte das enfermeiras, da equipe, eu desfrutei”. (L.G)

Apesar de não ter sido referido como necessidade, a importância e implicações do gerenciamento do ambiente no cuidado de enfermagem aparecem concomitantemente a outras necessidades quando, por exemplo, um cliente sente-se mal e necessita de um ambiente tranquilo para descansar e restabelecer-se. Outro momento em que a gestão do ambiente se apresenta com grande importância foi na fala, já anteriormente destacada, onde um dos sujeitos relata que “sua cabeça fraqueja” ao entrar no hospital por ele lembrar-se de ter presenciado a morte de três de seus colegas de enfermagem.

Sendo assim, mais uma vez ressaltamos que quando pensamos no gerenciamento do cuidado, temos a visão da totalidade. Assim, esse gerenciamento do cuidado nos aponta diversas dimensões como:

- No que se refere ao ambiente físico, as implicações são limitadas por geralmente dependerem da estrutura organizacional, do apoio da Direção bem como de outros setores e serviços. Contudo, os enfermeiros precisam estar cientes quanto às dificuldades e eventuais falhas do seu ambiente físico, e encontrar meios de enfrentar as limitações buscando formas de atender, o máximo possível, às necessidades da sua clientela para segurança e conforto;

- Em se tratando de ambiente social, ainda possuímos limitações visto que cada cliente possui uma realidade social e assim, não temos como interferir diretamente na mesma. Contudo, podemos tentar intervir através de orientações individuais e condizentes com estas realidades sociais individuais dos clientes;
- A grande possibilidade de gestão do ambiente por parte da enfermeira é no que se refere a aspectos psicológicos. Assim, proporcionar atenção e alegria, como observamos nos relatos, parece contribuir para o bem-estar dos clientes.

4.2.6 - Encaminhamento a outros profissionais

À medida que o padrão das doenças mudou (de doenças infecciosas para doenças crônicas), o modelo biomédico passou a ser questionado por apenas considerar aspectos biológicos. Assim, surge o modelo biopsicossocial onde aspectos psicológicos e sociais também passam a ser considerados. Desta forma, na atualidade a troca de conhecimentos entre as várias disciplinas é fundamental (Ribeiro et al, 2004).

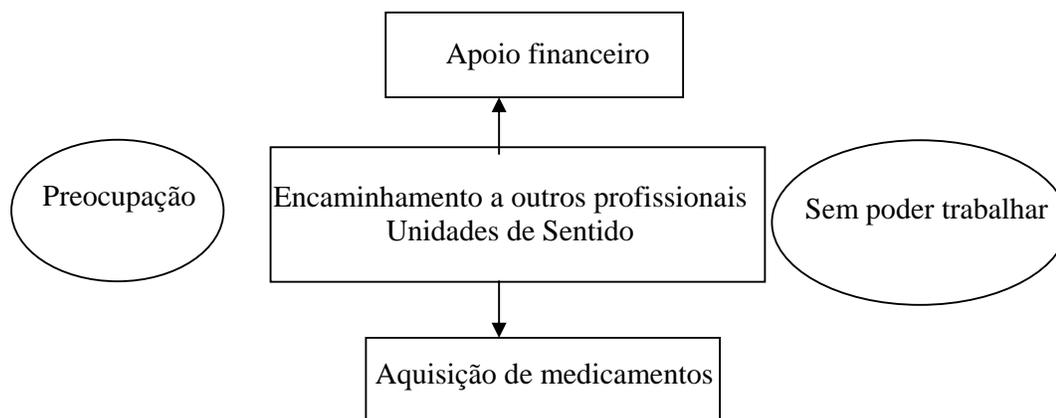
Na atenção oncológica, o Ministério da Saúde, através da Política de Atenção Oncológica (2007), preconiza um modelo assistencial orientado para organização e articulação dos recursos nos diferentes níveis de atenção, para que sejam garantidos o acesso aos serviços e o cuidado integral. Há orientação para que as pessoas sejam vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com doença oncológica deve incluir as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida. Desse modo, a gerência é organizada em linhas de cuidado que são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades.

Dentre as ações de intermediação das enfermeiras com os demais profissionais do sistema de saúde, se destacou a relacionada a assegurar a oferta de medicamentos específicos e coadjuvantes requeridos ao tratamento do paciente com câncer, bem como orientação dos benefícios assegurados ao paciente com câncer³.

O cliente A.C. vem enfrentando dificuldades com o afastamento do trabalho e a conseqüente redução salarial. Essa situação decorre, ainda, da precariedade de recursos financeiros repassados ao Sistema Único de Saúde que não é capaz de atender os clientes em sua totalidade.

“A minha necessidade agora é ter como sobreviver. Porque são remédios mas não são todos. Quer dizer, necessidades, olha, por exemplo, agora eu estou o quê, com problema no banco. Há seis meses que eu não trabalho, mais de seis meses, então cartão venceu, como diz, venceu, acabou. Estou na justiça mas eu digo não quero nem saber que botou na justiça, não tem nada para levar, não tem nada para dar para eles. [...] Agora mandaram carta e de vez enquanto ficam telefonando, quando é que eu vou acertar. Eu digo eu vou acertar, quando eu puder eu vou acertar, não é muito não mas eu vou acertar.” (A.C.)

Figura 5: Unidades de sentido encaminhamento a outros profissionais



³ Os benefícios assegurados aos pacientes com câncer encontram-se descritos e disponíveis para consulta na publicação do Ministério da Saúde intitulada “Direitos do Paciente com Câncer”. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Direitos/DireitosdoPacientecomcancer.pdf>

Para o enfermeiro gerente do cuidado é importante compreender que são inúmeras as necessidades de ajuda que os clientes podem manifestar. Entendendo que fazemos parte de uma equipe multiprofissional que deve trabalhar de modo interdisciplinar, devemos estar presentes junto aos clientes, pois assim seremos capazes de atendê-los nos moldes da relação de ajuda, onde é necessário que “[...] a enfermeira e demais integrantes da equipe de enfermagem possam ter a vontade de ajudar o outro e que [...] discutam com seus pares a melhor maneira de prestar os cuidados, reconhecendo que cada um possui um talento especial para cuidar”. (Moreira, 2005).

Assim, pensando nas implicações que esta necessidade gera no gerenciamento do cuidado, destacamos:

- construção de uma relação interpessoal positiva enfermeira-cliente para que o mesmo manifeste suas necessidades sem constrangimento;
- capacitação/qualificação das enfermeiras para realizarem a triagem dos clientes;
- importância da articulação da equipe multidisciplinar para que os membros conheçam suas competências e responsabilidades, além das atribuições dos demais membros da equipe.

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciando o Século XXI, observamos a rapidez das mudanças que ocorrem diariamente. Contudo, algumas questões parecem não mudar com a mesma velocidade da era contemporânea e assim nos deparamos ainda com questões de gênero a serem melhor elucidadas.

Por séculos, o modelo de perfeição anatômica era baseado na anatomia masculina, sendo a mulher considerada como um homem invertido, onde a regra fálica distinguia perfeitamente o domínio de superioridade e inferioridade masculina e feminina respectivamente (Silva, 2000). Assim, baseados nas idéias de superioridade dos gêneros, homens e mulheres possuíam atribuições distintas ficando aos homens as atividades dirigidas para o mundo social, político e econômico enquanto a mulher ficava restrita ao mundo doméstico e da família.

Por séculos, os homens precisaram mostrar-se “superiores”, fortes, provedores, sem revelarem sua fragilidade já que esta característica era atribuída à mulher. A superioridade masculina, como um fenômeno social, teve suas bases fragilizadas com a saída das mulheres do espaço privado para o público após as guerras mundiais, industrialização e do movimento feminista que propunha uma rediscussão dos papéis sociais até então estabelecidos.

Os estudos sobre o gênero masculino realizados a partir do século XX sinalizam a necessidade de um novo olhar para a situação. Nesses novos tempos os homens passaram a reivindicar um novo espaço social, onde sua “masculinidade” não fosse posta à prova perante o seu reconhecimento de fraqueza e fragilidade, ou ainda, diante de uma nova subjetividade masculina que adota características femininas como sensibilidade ou mudanças no comportamento social através da forma de falar e vestir. Contudo, segundo Badinter (1995),

essa reivindicação não é acompanhada por todos, sendo gerada uma “crise” na identidade masculina no contexto do imaginário coletivo.

Todavia, como permanecem resquícios dessa hegemonia masculina ainda vivemos em uma sociedade predominantemente patriarcal onde muitos homens vivem em conflito. Assim, Nolasco (1993) nos leva a refletir:

O papel masculino que uma sociedade sexista impõe ao homem é uma imagem de machismo e de virilidade muitas vezes tão mutiladora para o homem como a imagem da feminilidade para a mulher. Por isso, a possibilidade de um movimento de libertação dos homens liga-se a uma tomada de consciência, por partes destes, das limitações que lhes são impostas pela sua própria sociedade sexista.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde precisam ter em mente os diferentes modos com que os homens vivenciam as questões relativas à saúde e doença, como reflexo dos ideais de masculinidade determinados pelo processo de socialização. Tal perspectiva pode favorecer melhores condições para assegurar a integralidade do atendimento.

Pensamos que os resultados alcançados neste estudo proporcionaram uma base para re-formulações no direcionamento da atenção ao homem com câncer.

Assim, ao descrevermos o ambiente sócio-ambiental dos homens participantes do estudo percebe-se que a maioria dos participantes vivencia o processo de envelhecimento permeado pelos conflitos do adoecimento por uma doença que os afasta do trabalho e do convívio com os amigos, situações que permeiam as relações sociais no “mundo masculino”, mesmo nos dias atuais.

As necessidades de ajuda referidas pelos depoentes se relacionavam, principalmente aos cuidados físicos e de orientação. Contudo, as situações se apresentaram de forma complexa tendo em vista a necessidade de cuidados diretos nas dimensões do físico, emocional e espiritual, o que sinaliza a necessidade de um olhar que avança em relação à perspectiva exclusivamente clínica, conforme recomendações de outras investigações na área de enfermagem na oncologia.

De outro modo, a enfermeira precisa estar atenta para os cuidados indiretos necessários ao atendimento às necessidades referidas pelos participantes do estudo. Exemplificando, citamos a organização do ambiente em que o cuidado acontece e, ainda, as ações interdependentes, em colaboração com outros membros da equipe multiprofissional.

Considerando que o propósito da Enfermagem é prestar o cuidado integral ao cliente, buscando atender às suas necessidades e levando em consideração a responsabilidade da equipe pela continuidade do cuidado nos diversos setores de atendimento, e pela segurança e bem-estar deste indivíduo a ele confiado, estamos certos de que o enfermeiro deve estar atento para a melhor forma de gerenciar esse cuidado.

O gerenciamento do cuidado exige do enfermeiro uma visão que integre e acolha as necessidades dos clientes. Pensamos que o cuidado de enfermagem baseado nos princípios da relação de ajuda favorece esse gerenciamento, uma vez que o relacionamento interpessoal positivo faz-se imprescindível, proporcionando o confronto de experiências, a empatia e a reciprocidade na relação enfermeiro-cliente.

Diante dessa realidade é necessário que o enfermeiro aprenda cada vez mais a administrar seu tempo de forma a congregar suas funções assistenciais com as administrativas, consideradas interdependentes e de igual importância, já que o objetivo maior destas funções é atender às necessidades do cliente. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro ajudar o cliente a romper barreiras com as quais se deparam, valorizando-o, procurando respeitar sua individualidade, seus valores, sua forma de estar e se relacionar com o mundo.

Sendo assim, o grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado hoje é o de valorizar as relações interpessoais e habilitar-se para utilizá-la na dinâmica das práticas cotidianas, a partir de uma construção mútua entre os profissionais e os clientes envolvidos na concretização do cuidado de enfermagem.

Nossos resultados indicaram ainda que a relação de ajuda proposta por Carvalho (1980) nos permitiu estabelecer com os homens em tratamento antineoplásico uma interação positiva que possibilitou aos mesmos referir suas necessidades de cuidados. Tais necessidades de ordem fisiológica, social, emocional, de orientação e espiritual, retrataram os homens na sua individualidade. O que nos indicou uma interdependência dos cuidados necessários ao seu bem-estar.

Desse modo, consideramos que o gerenciamento do cuidado de enfermagem focado nas necessidades individuais de ajuda representa um desafio para os enfermeiros, contudo, uma prioridade. Tal posição encontra-se em consonância com o modelo assistencial com foco na singularidade dos sujeitos, preconizado pela Política de Atenção Oncológica (Brasil, 2005). Essa linha de pensamento vai ao encontro das bases para o planejamento terapêutico em oncologia que tem sido orientado por estudos baseados na biologia molecular que comprovam a necessidade de atenção à definição do padrão individual tumoral, além da susceptibilidade individual ao câncer e a resposta ao tratamento (Marvorano, 2008).

A partir de nossas reflexões é possível pensar na realização de novas pesquisas que contribuam para a compreensão das práticas de atenção à saúde mais adequadas ao homem com câncer e sua família, as demandas de re-formulação dos serviços de saúde, bem como da formação dos profissionais de saúde, para atendimento dessa clientela.

Ao término deste estudo concluímos que as necessidades de ajuda referidas pelos homens participantes da pesquisa trazem implicações para a totalidade da prática dos profissionais da enfermagem, o que exige uma mudança na atitude da equipe e, sobretudo da enfermeira que deve assumir um comportamento de ajuda na condução das ações diretas e indiretas necessárias ao atendimento das necessidades desses homens e suas famílias

Os resultados alcançados possibilitam inferir que, os homens constituíram suas identidades de gênero, seus modos de existir no mundo, a partir de construções sociais e

culturais de “o que é ser homem” influenciado por regras, normas e expectativas construídas ao longo da história, o que lhes confere um modo particular de agir. O que nos permite confirmar o pressuposto de que o gerenciamento do cuidado de enfermagem deve contemplar a distinção dos gêneros no atendimento dos clientes em tratamento quimioterápico, tendo em vista que homens e mulheres socializam-se e comportam-se de maneiras distintas, refletindo nas diferentes formas de lidar com o autogerenciamento das suas condições de saúde.

Acreditamos que os momentos de encontro com os clientes devem ser valorizados como oportunidade de assumir uma posição de científica e afetiva na liderança de uma prática de qualidade.

REFERÊNCIAS

ACESSORIA DE IMPRENSA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Hospital do Homem**. Disponível em : <http://portal.saude.sp.gov.br/content/uetispennis.mmp>. Acesso em: 09/08/2008.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 2000.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Reference Information. Lung Cancer**. Disponível em : http://www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_0.asp. Acesso em 27/09/2008.

_____. **What can I do about nausea and vomiting?** Disponível em: http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO_1_7X_What_Can_I_Do_About_Nausea_and_Vomiting.asp. Acesso em: 03/10/2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER. **Câncer de Pulmão**. Disponível em: http://www.abcancer.org.br/portal/index.php?module=conteudo_fixo&id=620 . Consultado em: 27/09/2008.

BADINTER, E. **Sobre a identidade masculina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BECK, A.R.M.; LOPES, M.H.B.M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **REBEN**, 60 (6): 670-675, 2007.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em Quimioterapia**. São Paulo: Atheneu; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos**. Brasília, 2005.

_____. **Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Ações de Enfermagem para o controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Câncer da próstata: consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

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.

BRENNER, C. **Noções básicas sobre psicanálise**. São Paulo: Imago; 2006.

CARVALHO, V. de. A relação de ajuda e a totalidade da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, 1980: Brasília : **Anais** : Brasília : ABEn, 1980.

_____. Sobre construtos epistemológicos nas ciências – Uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 11 (4): 420-428, 2003.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos Básicos para o Cuidar. Um Desafio para a Qualidade da Assistência**. São Paulo: Atheneu, 2000.

DANO, K. Active outward transport of daunomycin in resistant Ehrlich ascites tumor cells. **Biochim Biophys Acta** 25, 323 (3):466-83, Oct 1973.

DEITOS, F. **Estresse – Câncer – Imunidade!?!?!** São Paulo: Ícone, 2004.

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 (RJ): Guanabara-Koogan; 2005. p. 1-13.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004, 2120 p.

FONSECA, S. M.; GUTIERREZ, M.G.R.; ADAMI, N.P. Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. **Rev. Bras. Enfermagem**, 59 (5): 656-660, 2006.

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..

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.

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, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250.

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.

GUTIÉRREZ, M.G.R.; ADAMI, N.P.; CASTRO, R.A.P.; FONSECA, S.M. Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 8(3): 33-39, 2000.

LING, V.; THOMPSON, L.H. Reduced permeability in CHO cells as a mechanism of resistance to colchicine. **J Cell Physiology**, 83(1):103-16, Feb 1974.

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., RIVERA, S.; CONNOR, S.; LOPEZ, G.; LITWIN, M.S. Renegotiating masculine identity after prostate cancer treatment. **Qual Health Research**, 18 (12): 1609-1620, 2008.

MALISKI, S.; ZAVALA, M.W.; KWAN, L.; FINK, A. LITWIN, M.S. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. **Psychooncology**, Dec 5, 2008. [Epub ahead of print].

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática**. 4^a Ed. Porto Alegre: Artemed, 2005.

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.

MENEZES, A.P.S.; QUINTANA, J.F. Percepção do estomizado quanto à sua situação. **Rev. Bras. Promoção à Saúde**, 21 (1) : 13-18, 2008.

MINAYO, M. C. de. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

_____. **O Desafio do Conhecimento**. 6.ed. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1999.

MITKA, M. Getting religion seen as help in being well. **JAMA** 280(22):1896-1897,1998.

MOREIRA, M. C. **O Cuidado de Ajuda no Alívio da Ansiedade de Clientes com Câncer em Tratamento Quimioterápico Paliativo: Contribuição ao Conhecimento de**

Enfermagem. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação em enfermagem, 2002.

_____. A relação de ajuda na organização do cuidado: uma perspectiva estética na enfermagem. In: SIMPÓSIO CUIDAR EM SAÚDE E ENFERMAGEM – ENFCUIDAR, 2005: Rio de Janeiro: **Anais**: Rio de Janeiro: 2005.

MOREIRA, M. C.; CARVALHO, V. de. Manifestações de ansiedade de clientes durante tratamento quimioterápico: indicativos para o planejamento do cuidado de enfermagem. **R. de Pesq.: cuidado é fundamental**, 1/2, 7-16, 2005.

_____. Relação de Ajuda: Reflexões sobre sua aplicabilidade no processo assistencial em enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, 8 (3): 354-360, 2004.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

MOURA, A.C.F.; MOREIRA, M.C. A Unidade de quimioterapia na perspectiva dos clientes - indicativos para gestão do ambiente na enfermagem oncológica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, 9(3):372-380, 2005.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem.** Tradução: Amália Correa de Carvalho. São Paulo, Cortez, 1989.

NOLASCO, S. **O mito da masculinidade.** Rio de Janeiro, Rocco: 1993.

OLIVEIRA, T. A importância do acompanhamento nutricional para pacientes com câncer. **Prática Hospitalar**, 51: 150-154, 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: 25/09/2008.

PINHEIRO, S.P. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência &Saúde Coletiva** , 7(4):687-707, 2002.

RAVASCO, P. Aspects of taste and compliance in patients with cancer. **European Journal of Oncology Nursing** , 9:S84 - S91, 2005.

RIBEIRO, C.; ARAÚJO, D.; MESQUITA, E.; MACHADO, F. CARREIRO, J. Interdisciplinaridade no contexto hospitalar. **CienteFico**, 4 (1): 1-8, 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.

SORIA, D.A.C.; SOUZA, I.E.O.; MOREIRA, M.C.; SANTORO, D.C.; MENEZES, M.F.B. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. **Esc. Anna Nery R. Enferm**,10(3):547-551, 2006.

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.

SILVA, M.J.P. **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de Enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

SILVA, S.G. Masculinidade na história: A construção cultural da diferença entre os sexos. **Psicol. Ciência e Profissão**, 20 (3): 08-15, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Campanha Nacional de Combate ao câncer de pênis**. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/portal/>. Acesso em: 30/09/2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. A pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VALLA, V.V. **Religião e cultura popular**. Rio de Janeiro: DP & A, 2001.

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.

VIRONEN, J. H.; KAIRALUOMA, M.;AALTO, A.M.; KELLOKUMPU, I.H. Impact of functional results on quality of life after rectal cancer surgery. **Dis. Col. Rectum**, 49: 568-578, 2006.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WANG, M.; JABLONSKI, B.; MAGALHÃES, A.S. Identidades masculinas: limites e possibilidades. **Psicologia em Revista**, 12(19):54-65, 2006.

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.

WHO. World Health Organization. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation**. Geneva, 1998. (WHO/ MSA/MHP/98.2, 2-23).

WHO. World Health Organization. **Boys in the picture**. Geneva: WHO, 2000.

WHO. World Health Organization. **Men, Ageing and Health**. Geneva: WHO, 2001.

WHO. World Health Organization. **Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions**. Geneva: WHO, 2007.

APÊNDICE A

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 Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora:

Dr^a Marléa Chagas Moreira – Prof^a EEAN / UFRJ

Título da Pesquisa:

NECESSIDADES DE AJUDA DE HOMENS EM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO:
SUBSÍDIOS AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Objetivos:

- Descrever as necessidades de ajuda referidas por homens em tratamento antineoplásico;
- Analisar os cuidados de enfermagem frente às necessidades referidas;
- Discutir as implicações para o gerenciamento do cuidado de enfermagem a partir das necessidades referidas.

Informações sobre sua participação na pesquisa:

- A sua participação é voluntária, 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 ao 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 Gefe da Rosa Mesquita Tel: 8814-5496.

Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Hospitalar aonde o Sr.(a) realiza seu tratamento.
Tel: 3977-9829.

Eu, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, esclarecida(o) sobre o estudo descrito, CONCORDO em participar de forma voluntária da pesquisa desenvolvida pela Enfermeira Maria Gefe da Rosa Mesquita no Hospital.

AUTORIZO a minha identificação na pesquisa apenas pelo primeiro nome ou pseudônimo abaixo,

Nome ou Pseudônimo Assinatura do Cliente

Assinatura da Pesquisadora

Data: _____

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista

Caracterização do cliente:

Código cliente: _____

Faixa etária: () até 29 anos () 30 a 44 anos () 45 a 64 anos () 65 anos e mais

Escolaridade: () menos 01 ano () 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 11 anos () acima 12

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 _____

Dados clínicos do cliente:

Diagnóstico clínico: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Quimioterapia anterior: () Sim () Não

Protocolo de QT atual: _____

Tratamento concomitante: _____

Co-morbidades: () Sim () Não.

Em caso afirmativo, especifique _____

Roteiro de Entrevista cont.

1. Que pensamentos passaram pela sua cabeça quando o senhor descobriu que estava com câncer?
2. Que mudanças aconteceram na sua vida desde então?
3. Quais tem sido suas maiores necessidades para lidar com essa situação atual?
4. O que o senhor acredita que nós, enfermeiras, poderíamos fazer para ajudá-lo?
5. Existe algo mais que o senhor queira me dizer ou me perguntar?

APÊNDICE C
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

1. Características dos clientes do sexo masculino submetidos ao tratamento antineoplásico ambulatorial

Momentos Observados	Atitudes dos Clientes
Momento I Chegada	
Momento II Durante a administração	
Momento III Saída	

ANEXO A

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso**

PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 48/ 07

I. Identificação:

Título do projeto: NECESSIDADE DE AJUDA DE CLIENTES DO SEXO MASCULINO EM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO: CONTRIBUIÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.

Pesquisadores responsáveis: Profª Drª Marléa Chagas Moreira E
Maria Gefé da Rosa Mesquita.

Instituição onde se realizará: HGB

Data de apresentação ao CEP: 14/12/07

II. Objetivos: -

- Descrever as necessidades de ajuda expressas/ manifestadas pelos clientes do sexo masculino submetidos ao tratamento antineoplásico;
- Analisar os cuidados de Enfermagem requeridos diante das necessidades dos clientes;
- Discutir estratégias para aprimorar o planejamento do cuidado de enfermagem a partir das necessidades manifestadas/ expressas pelos clientes.

III. Sumário do projeto:

Na perspectiva da pesquisa, (**GESPEN**), O estudo contribuirá com a linha de gerência em enfermagem, ao fiscalizar o planejamento do cuidado de enfermagem a partir da configuração da relação de ajuda enfermeiro-cliente. Sem dúvida, pretende ainda contribuir para o desenvolvimento de projetos integrados com outros núcleos e grupos de pesquisa.

Descrição e caracterização da amostra: Os sujeitos de estudo serão os clientes com câncer, do sexo masculino em tratamento antineoplásico, com mais de 19 anos, com capacidade de compreensão e verbalização adequadas para participar da coleta de dados e que apresentam desejo em participar da pesquisa.

Critérios de inclusão e exclusão: Clientes escolhidos de forma aleatória, sem exclusão.

Adequação da metodologia: Pesquisa discursiva com abordagem qualitativa.

Adequação das condições: Boas.

IV. Comentários de relator frente à Resolução 196/96 e complementares, em particular sobre:

Estrutura do protocolo - Não há.

Justificativa do uso de placebo - Não há.

Justificativa de suspensão de terapêutica (WAS-OUT) - Não há.

Análise de riscos e benefícios - Não há riscos, Benefícios: melhoria na assistência de enfermagem prestada aos clientes.

Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade - Melhoria da qualidade de vida aos clientes em tratamento antineoplásico.

Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo - Boa adequação.

Informação adequada quanto ao financiamento -OK

Outros Centros envolvidos - Não há.

V. Parecer do CEP: Ciências da Saúde – GRUPO III

Após avaliação pelo CEP – HGB, o projeto se encontra aprovado pois atende às normas da Resolução 196/96 do CNS. Recomendamos que seja atualizado o cronograma, e colocamos a exigência de que o trabalho seja apresentado, após o término da pesquisa, ao público alvo de enfermagem do HGB.

VI. Data da Reunião: 15/02/08.

VII: Data prevista para a apresentação dos resultados da pesquisa:

Parcial: Agosto de 2008.

Final: Fevereiro de 2009.

Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira
Coordenadora do CEP-HGB.

ANEXO B**ESCOLA ANNA NERY
REVISTA DE ENFERMAGEM**

Anna Nery School
Journal of Nursing
Escuela Anna Nery
Revista de Enfermería

Rio de Janeiro, 02 de setembro de 2008

Prezadas autoras Maria Gefé da Rosa Mesquita e Marléa Chagas Moreira,

Em nome do Conselho Editorial da Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, cumpre informar que seu manuscrito “Em busca de conhecimento de enfermagem sobre o homem com câncer: uma experiência internacional” foi analisado quanto ao mérito científico e sua pertinência sendo considerado aprovado para publicação nesse periódico. Aguardamos com brevidade o encaminhamento das declarações de transferência de direitos autorais e a de Responsabilidade de uma das autoras. Informamos que as mesmas poderão ser enviadas por e-mail (www.annaneryrevista@gmail.com; revista@eean.ufrj.br), com a assinatura escaneada, por considerar que a mesma reside em outro país.

Atenciosamente,
Comissão Editorial

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)