

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer

Nursing care management to men with cancer

Gestión de la atención de enfermería al hombre con cáncer

Maria Gefé da Rosa Mesquita¹, Graciele Oroski Paes², Marcelle Miranda da Silva³, Sabrina da Costa Machado Duarte⁴, Alacoque Lorenzini Erdmann⁵, Joséte Luzia Leite⁶

ABSTRACT

Objective: Discussing the interactions between gender perspective and integrality in the management of nursing care to men with cancer. **Method:** A qualitative study guided by Grounded Theory. The scenario was a Federal Hospital in the city of Rio de Janeiro - Brazil, and the subjects all 6 nurses from the oncology service, which granted semi-structured interviews. **Results:** Five categories emerged generating the phenomenon: *Redefining the management of nursing care by a gender perspective, in order to ensure comprehensiveness to the man with cancer.* In the interaction with men with cancer in anticancer treatment, nurses hear the influence of masculinity in their lives and detect the need for inclusion of a gender perspective in their professional practice. **Conclusion:** Ensuring complete care to man launches challenge to put in place of it, recognizing their unique needs and so reframe the management of nursing care. **Descriptors:** Human health, Nursing, Comprehensive health care, Oncology, Management.

RESUMO

Objetivo: Discutir as interações entre perspectiva de gênero e integralidade na gerência do cuidado de enfermagem a homens com câncer. **Método:** Estudo qualitativo orientado pela Teoria Fundamentada nos Dados. O cenário foi um Hospital Federal do Município do Rio de Janeiro - Brasil, e os sujeitos todos os 6 enfermeiros do serviço de oncologia, que concederam entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** Cinco categorias emergiram gerando o fenômeno: *Ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem mediante a perspectiva de gênero, a fim de assegurar a integralidade ao homem com câncer.* Na interação com os homens com câncer em tratamento antineoplásico, os enfermeiros ouvem a influência da masculinidade em suas vidas e detectam a necessidade de inclusão da perspectiva de gênero em sua prática profissional. **Conclusão:** Assegurar a integralidade do cuidado ao homem lança o desafio de se colocar no lugar do mesmo, reconhecer suas necessidades singulares e assim resignificar a gerência do cuidado de enfermagem. **Descritores:** Saúde do homem, Enfermagem, Assistência integral à saúde, Oncologia, Gerência.

RESUMEN

Objetivo: Discutir las interacciones entre la perspectiva de género y la integridad en la gestión de los cuidados de enfermería a los hombres con cáncer. **Método:** Es un estudio cualitativo orientado por la Teoría Fundamentada en los Datos. El escenario era un Hospital Federal en la ciudad de Río de Janeiro - Brasil, y los sujetos todos 6 enfermeros del servicio de oncología, que concedieron entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** Cinco categorías surgieron generando el fenómeno: *Redefiniendo la gestión de la atención de enfermería por una perspectiva de género, con el fin de garantizar la integralidad al hombre con cáncer.* En la interacción con los hombres con cáncer en tratamiento contra el cáncer, los enfermeros escuchan la influencia de la masculinidad en sus vidas y detectan la necesidad de incluir la perspectiva de género en su práctica profesional. **Conclusión:** Garantizar una atención completa al hombre lanza el desafío de ponerse en el lugar del mismo, reconocer sus necesidades únicas y así replantear la gestión de los cuidados de enfermería. **Descriptorios:** Salud humana, Enfermería, Atención integral a la salud, Oncología, Gestión.

¹Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (DME/EEAN/UFRJ). Endereço para correspondência: Rua Afonso de Cavalcanti, 275 Cidade Nova - Rio de Janeiro - CEP 20211-110. E-mail: mariagefe@gmail.com; ²Pós-Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. E-mail: gracieleoroski@gmail.com; ³Pós-Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do DME/EEAN/UFRJ. E-mail: mmarcelle@ig.com.br; ⁴Doutoranda em Enfermagem. Professor Assistente do DME/EEAN/UFRJ. E-mail: inamachado@globo.com; ⁵Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: alacoque@newsite.com.br; ⁶Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professora Permanente da Pós-Graduação da EEAN/UFRJ. E-mail: joluzia@gmail.com

INTRODUÇÃO

A partir de Agosto de 2009, um novo segmento populacional passa a ser alvo de investimentos oficiais em saúde no Brasil, os homens. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) lançada em 2009 e seu Plano de Ação (2009-2011), denotam esforços do Ministério da Saúde na orientação de estados e municípios para atenção à saúde da população masculina.¹ Até então negligenciada pelas políticas públicas, que focavam suas ações de saúde na atenção materno-infantil, a PNAISH baseia-se em um conjunto de constatações relacionadas ao processo saúde-doença da população masculina.

Para analisar a saúde do homem no Brasil, recorreremos a uma breve contextualização que cita as transições demográfica e epidemiológica, com o conseqüente envelhecimento populacional e alterações no panorama das doenças. Comparativamente ao sexo feminino, verifica-se que os homens morrem mais e mais cedo em todas as regiões do país. Com a transição epidemiológica ocorrida, tem-se observado a queda das doenças infecciosas e aumento das doenças não infecciosas, com destaque para as cardiovasculares, neoplasias malignas e diabetes. Outro ponto de destaque é variação dos fatores de risco associados a problemas de saúde entre os gêneros. Enquanto a obesidade, o stress, a infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais são apresentados como riscos para adoecimento pelas mulheres, nos homens há maior ocorrência de tabagismo, etilismo e riscos ocupacionais.²

Há ainda outra dimensão envolvida na explicação de diferenças na saúde entre homens e mulheres que trata dos aspectos psicológicos associados à forma como as pessoas tomam a decisão de buscar um atendimento à saúde. Estudos demonstram que os homens procuram mais os serviços de emergência e se internam em situação mais grave que as mulheres, que por sua vez, procuram mais os serviços ambulatoriais.³⁻⁴ Assim, destacamos o conhecimento da singularidade de gênero como estratégica, uma vez que homens e mulheres necessitam ser vistos em sua singularidade, de forma integral e em sua diversidade no âmbito das relações sociais que estabelecem com a própria saúde.

A PNAISH destaca como prioridade a atenção oncológica, já que o câncer apresenta alta taxa de morbimortalidade masculina. Assim, é identificada a necessidade de intervenção nesta população tendo em vista que a taxa de internação de homens por câncer dobrou do ano 2000 a 2007. Salienta-se que a maioria dos casos de câncer (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.⁵

Tais dados, somados a já citada não procura pelos serviços de atenção à saúde, faz com que o homem fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde. Muitos agravos relacionados ao câncer poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, medidas de prevenção primária e secundária. A resistência masculina a atenção à saúde aumenta a sobrecarga financeira da sociedade, uma vez que estes homens

acometidos pelo câncer se encontram em plena fase produtiva, bem como, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional deles próprios e de suas famílias.

Em busca de respostas pela não procura dos homens aos serviços de saúde, estudos destacam: a condição de provedor do homem e o horário do funcionamento dos serviços de saúde que coincide com o trabalho; dificuldades de acesso aos serviços, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas que, muitas vezes, demandam a ausência de um dia de trabalho; associação do ambiente ambulatorial como ambiente feminino; e concepção prevalente do modelo hegemônico de masculinidade onde a concepção de cuidado é apontada como característica feminina.^{3,4} Assim, homens pagam um preço alto por agirem de tal forma, interferindo na qualidade de vida e saúde.

Diante do exposto, a PNAISH convoca os profissionais de saúde a contemplarem a perspectiva de gênero no atendimento, em prol da atenção integral à saúde dos homens. Em termos de sistema de saúde e das práticas assistenciais dos serviços de saúde, a integralidade tem sido um dos princípios mais valorizados, pois favorece a visão da pessoa como um ser complexo e membro da comunidade no contexto social, político, econômico e cultural. Apresenta desafios para sua efetivação, uma vez que a perspectiva da integralidade requer transformações, inclusive paradigmáticas, na atual configuração das políticas públicas de saúde, da organização dos serviços, da gestão e formação profissional. Pela sua integração ampla e envolvente no contexto das práticas de saúde, sejam gerenciais ou assistenciais, a enfermagem reúne saberes de áreas do conhecimento que podem contribuir para a atenção integral aos homens nos serviços de saúde. Tendo em vista esta problemática, foi elaborada a questão de pesquisa: Como a compreensão de gênero pode contribuir para a gerência do cuidado de enfermagem na perspectiva da atenção integral à saúde do homem com câncer em tratamento antineoplásico?

Com base no exposto, o estudo objetivou discutir as interações entre a perspectiva de gênero e a integralidade na gerência do cuidado de enfermagem a homens com câncer em tratamento antineoplásico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, orientado pelo método Grounded Theory, também chamado Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) sob o enfoque de Strauss. A TFD é um método que sistematicamente coleta e analisa os dados, em comparação constante na busca por uma aproximação maior com a realidade, tendo em vista que os pesquisadores nesse método devem abandonar conceitos preconcebidos e mergulhar nos dados, tais como eles se apresentam, mantendo a imparcialidade diante dos achados.⁶ Esses dados podem ser obtidos de diferentes formas e em diferentes espaços e/ou sujeitos.

Nesse estudo, optou-se pela técnica de entrevista semi-estruturada em profundidade. A amostra teórica foi constituída por um grupo amostral, composto pelos seis

enfermeiros integrantes do grupo do serviço de oncologia do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), localizado no Município do Rio de Janeiro. O serviço de oncologia do HFB é cadastrado no Ministério da Saúde como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia I, isto é, confere diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais freqüentes no Brasil dispondo de todos os recursos humanos e equipamentos instalados, dentro de uma mesma estrutura organizacional ao atendimento do usuário numa perspectiva multiprofissional integrada.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso e aprovada (Parecer CEP/HFB nº 03/11). Todos enfermeiros do serviço de oncologia, após enquadramento aos critérios de inclusão (capacidade de cognição e comunicação, realizar tanto atividades assistenciais como gerenciais junto aos usuários do serviço e desejo de participar do estudo com disponibilidade de tempo) e exclusão (capacidade cognitiva e/ou verbal prejudicada, indisponibilidade de tempo) aceitaram participar da pesquisa, estando em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamentava a pesquisa com seres humanos no Brasil à época. Dessa forma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a fim de manter o sigilo das informações, os enfermeiros foram identificadas com a letra E (enfermeiro) e um número correspondente a ordem a qual os enfermeiros foram entrevistados (1 a 6). A coleta e análise dos dados, processadas de forma sistematizada, percorreu as etapas de codificação aberta, axial e seletiva, conforme prevê o método e possibilitou, além da construção de hipóteses testáveis, gerar conhecimentos que permitiram uma compreensão crítica da realidade, além de originar o fenômeno do estudo.⁶

Na fase de codificação aberta, iniciamos a investigação sobre as interações perspectiva de gênero e a gerência do cuidado de enfermagem na perspectiva da integralidade, identificando conceitos, buscando relações e explicações, construindo categorias. Na codificação axial, há a integração das categorias e assim a presença de questões de gênero, a importância da integralidade do cuidado e a incorporação de um processo de trabalho integrado entre as dimensões gerencial e assistencial do enfermeiro compuseram as propriedades e dimensões do fenômeno que emergiu.

Finalmente na codificação seletiva, identificamos o conceito central que consiste em um processo de resignificação de uma gerência do cuidado de enfermagem que considera a perspectiva do gênero masculino e é pautada na integralidade em seu processo.

Os dados foram apreciados sob o referencial teórico do Interacionismo Simbólico de Herbert Blumer, associado a bases conceituais de gênero e integralidade. Esse referencial foi adotado por permitir um olhar compreensivo sobre como as pessoas podem construir seus comportamentos, individual e coletivamente, nas interações sociais.⁷ A partir da interação enfermeira-usuário, as enfermeiras que gerenciam o cuidado aos homens com câncer, atentaram para a necessidade de ter um novo olhar sobre esses homens, o que apontou a demanda de se incluir a perspectiva de gênero na gerência do cuidado de enfermagem. Tal experiência vivenciada acarretou a necessidade de se revisitar símbolos atribuídos no contexto social e também o exercício de resignificação desses símbolos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos estudos encontrados, foram incluídos oito artigos originais, dez artigos de revisão de literatura, sete artigos de revisão integrativa, tendo o ano de 2010 com maior número de publicações, desenvolvidos, em sua maioria, por profissionais médicos e enfermeiros. Para caracterizar a produção científica dos estudos analisados, tem-se dez revisões de literatura, seis estudos transversais, quatro estudos analíticos, três cortes retrospectivos e dois estudos observacionais

CONCLUSÃO

O fenômeno: “Ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem mediante a perspectiva de gênero a fim de assegurar a integralidade ao homem com câncer” emergiu como fenômeno central do estudo a partir de cinco categorias, originadas do processo de codificação. São elas: 1) Reconhecendo questões de gênero interferindo na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer; 2) Constatando Barreiras enfrentadas pelos homens no Sistema Único de Saúde; 3) Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade; 4) Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no trabalho do enfermeiro; 5) Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer. Essas categorias denotam as interações entre o enfermeiro que gerencia o cuidado na dimensão da integralidade e a perspectiva de gênero.

Reconhecendo questões de gênero interferindo na gerência do cuidado de enfermagem aos homens com câncer

A interação com os usuários torna possível ao enfermeiro identificar a influência da masculinidade no que se refere ao processo saúde-doença. Isto é, o usuário revela ao enfermeiro, que alguns significados do que julga ser homem, afeta na adoção de crenças, valores e hábitos de vida que acabam por impulsionar um comportamento arriscado no que se refere à saúde. Há o destaque para a busca pelo atendimento à saúde, que foi revelado para as enfermeiras, que só deve acontecer mediante o aparecimento de algum sintoma e não de forma preventiva. Outro ponto importante é o modo de socialização e a adoção de hábitos de vida não saudáveis dos homens que em grande parte relataram apreciar uma alimentação rica em gorduras, consumo de álcool regular e tabagismo.

Desta forma, ao planejar a gerência do cuidado ao homem, o enfermeiro precisa considerar a perspectiva de gênero em seu plano assistencial e deve fazê-lo de forma estratégica para impulsionar práticas transformadoras e não cercear os usuários.

O fato de um paciente ser homem me faz repensar a forma como eu vou planejar o cuidado dele, tenho que mudar a abordagem e criar estratégias pois tem paciente que nem olha na nossa cara, que é resistente. Então eu converso bastante com eles antes, estabeleço um vínculo e tento conversar o mais natural possível com eles, como se fosse um bate papo mesmo. Falo com eles que eles podem ficar bem à vontade, que esse é o meu trabalho e que estou aqui para ajudá-los no que eles precisarem, tento passar segurança. Eu busco me aproximar do homem com assuntos do universo e da realidade dele, vou tentando entrar no mundo dele, ver do que ele gosta, pergunto o time, se ele gosta de futebol, tento fazer algo diferente. Às vezes busco dados no prontuário dele para me aproximar. Com a mulher não precisa, a questão da interação é diferente, a gente fica mais à vontade mas eu também gosto muito de cuidar de homens, eu gosto de desafios e cada homem é um desafio aqui. (E5)

Constatando barreiras enfrentadas pelos homens no Sistema Único de Saúde

Os enfermeiros identificam problemas na entrada e trajetória percorrida pelos homens que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS), prejudicando assim o atendimento dos usuários e impossibilitando que a perspectiva de integralidade ocorra. Há o destaque para as dificuldades na acessibilidade e no acolhimento do homem em algumas unidades de saúde. O horário de funcionamento das unidades, as grandes filas que fazem os usuários perderem o dia todo de trabalho e a própria organização do ambiente das unidades básicas de saúde foram apontadas como fatores dificultadores para o acesso da população masculina.

Acho que o horário de atendimento é restrito para quem trabalha e o homem tem dificuldade para falar, correr atrás e isso acaba dificultando mais para ele. Agora estão discutindo sobre isso, estão criando a saúde do homem, justamente para esclarecer que o homem tem suas particularidades, sua percepção de corpo e mental é diferente, tem a individualidade dele. Tem muita coisa voltada para a mulher e para o homem já não tem. Pensando por esse âmbito vemos que tem mais dificuldade para o homem, até na questão do acolhimento fica mais difícil, não são consideradas essas diferenças. (E5)

Buscando trabalhar na oncologia de acordo com o princípio da integralidade

Os enfermeiros tem conhecimento das múltiplas causas e fatores envolvidos em dada realidade relatada pelo usuário, e a partir do exercício da comunicação, esses profissionais realizam o encaminhamento dos usuários para os demais membros da equipe multiprofissional, convergindo para a integralidade do atendimento.

A perspectiva da integralidade faz-se presente nas práticas dos enfermeiros junto aos usuários do serviço de oncologia. Os profissionais buscam acolher suas necessidades, de forma ampliada, incluindo tanto ações técnicas de prevenção, como ações assistenciais solicitadas, bem como, procurando contemplar aspectos da vida social e cultural consideradas pertinentes para a qualidade da saúde dos homens atendidos. Observa-se que essa integralidade se viabiliza através da interação enfermeiro-usuário, que acaba por se constituir em vínculo, que torna possível ainda que este usuário tenha suas necessidades conhecidas pelo enfermeiro que busca atendê-las, seja de forma direta, seja através do trabalho interdisciplinar.

Na minha prática do dia-a-dia, não induzo a religião, mas eu induzo à fé pois é importantíssimo, porque o tratamento espolia muito fisicamente e emocionalmente. Nesse momento é fundamental você

ter fé, ter lazer, sair. No Rio de Janeiro tem muito lugar bonito, você pega um ônibus, vai andar na Quinta da Boa Vista, vai andar na praia, você paga só a passagem. Alguns não precisam nem pagar passagem por conta do benefício do vale-transporte que eles adquirem. Mas não fique em casa. Se sentiu bem, abandona a cama, não fica dentro de casa, tente fazer algo diferente. Eu falo isso para eles, que eles façam alguma coisa de diferente na sua rotina, que eles saiam, busquem encontrar seus colegas na pracinha, ir a um centro cultural, ver uma exposição. Tento estimular que eles façam alguma coisa cultural, para se enriquecer e distrair a mente da doença. (E3)

Reconhecendo que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas no trabalho do enfermeiro

Ao trabalhar em uma perspectiva de atenção à integralidade dos usuários, os enfermeiros legitimam que as dimensões gerencial e assistencial caminham juntas em seu trabalho. A gerência do cuidado de enfermagem exercida no cenário deste estudo, mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas envolvidas nesse cuidado. Deste modo, cotidianamente no serviço as ações gerenciais e assistenciais ocorrem de modo contínuo e complementar na gerência de recursos humanos, materiais, agendamento de atendimentos, execução de técnicas e procedimentos aos usuários, encaminhamento a outros profissionais da equipe, entre outras, envolvendo múltiplas ações de gerência, cuidado e educação, para garantir o direito de atenção integral de seus usuários.

A gerência a que me refiro é a da unidade, porque existe a chefe que gerencia tudo mas eu e a (menciona o nome da colega de plantão) somos as líderes do plantão e gerenciamos a unidade. Então nós enfermeiros supervisionamos a administração da quimioterapia, tiramos dúvidas na questão da administração, da ordem a serem administrados, o tempo de infusão, as maiores toxicidades das drogas. A gente faz consulta de enfermagem, atua em intercorrências, como extravazamentos, reações de hipersensibilidade a drogas. Tem ainda a marcação da quimioterapia, a divisão da escala dos técnicos, todas são atividades nossas na gerência para o cuidado aos pacientes. (E4)

Despertando para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem ao homem com câncer

A compreensão desta categoria evidencia que a atenção integral a saúde de um usuário demanda o esforço de uma abordagem completa e holística; e desta forma, ao comprometer-se com a integralidade da saúde do homem, o enfermeiro desperta para a co-responsabilidade no atendimento das necessidades de saúde desses homens.

Posto isto, os sujeitos propõem estratégias para solucionar problemas causados pelas questões de gênero identificadas, dentre as citadas destacam-se: aprimoramento na acessibilidade dos homens ao serviço de saúde; participação da mídia em campanhas para chamar a atenção dos homens para a saúde; criação de unidades de saúde voltadas a atenção da saúde dos homens; necessidade de orientação dos profissionais de saúde sobre a perspectiva de gênero, com destaque para a atenção à saúde dos homens.

Pensando nos homens daqui acho que a gente precisava ter um terceiro turno de atendimento, que começasse até no horário noturno. Que não fosse muito tarde, que começasse umas 17-17:30, que pudesse se alongar até umas 20:30-21h pois aí seria o contrário, ele iria trabalhar e depois de trabalhar viria aqui, se medicaria e voltava pra casa. E mesma coisa nos consultórios, nos ambulatórios, que existisse até especialidades atendendo no serviço noturno. Eu

acho que, de repente, até a demanda feminina também aumentaria também. (E3)

O fenômeno “Ressignificando a gerência do cuidado de enfermagem mediante a perspectiva de gênero a fim de assegurar a integralidade ao homem com câncer” desponta de uma dimensão multifacetada que revela estrutura e processo da ação/interação entre os enfermeiros e homens com câncer.

A interação ocorre a todo momento em nossas vidas, assim, corroboramos com o pensamento que o ser humano age em relação às coisas com base nos significados que elas tem para ele, que os significados dessas coisas surgem da interação social que se estabelece e que esses significados são manipulados e modificados através do processo interpretativo, em um processo de percepção e comunicação entre as pessoas.⁷

Ao gerenciar o cuidado de enfermagem a homens com câncer, os enfermeiros revelaram que símbolos e significados da masculinidade hegemônica permeavam a realidade dos mesmos. Muitos homens se julgavam fortes, sua autopercepção de saúde era supervalorizada, o trabalho ocupava a parte central de suas vidas e havia a crença que a busca pelo serviço de saúde só deveria acontecer mediante algum sinal ou sintoma de doença. Assim, estamos diante de diferentes autores que defendem que os homens constroem sua masculinidade embasados em paradigmas, tendo de apresentar-se com uma imagem de autosuficiência em que não percebem sua vulnerabilidade. Isso os leva a não dar a atenção necessária à saúde e gera empecilho no acesso aos serviços de saúde ao criar o pensamento de que eles não precisam se cuidar.⁸⁻¹⁰

Ressaltamos que as relações de gênero são complexas e envolvem formas de ordenamento de práticas sociais, além de relações de poder, relações de produção/divisão do trabalho e simbolismos. Estruturas simbólicas são aplicadas à comunicação, linguística, gestos, cultura corporal, vestuário, entre outros, se tornando importantes experiências cotidianas nas práticas de gênero. Dessa forma, a pluralidade da masculinidade é revelada, uma vez que em um mesmo contexto cultural podem coexistir múltiplas manifestações ou expressões de masculinidade. Entretanto, a masculinidade hegemônica é ainda culturalmente idealizada, servindo para muitos como masculinidade modelo, como aqui observamos ao constatar crenças, valores e hábitos de vida de homens que impulsionaram um comportamento arriscado em relação à saúde, o que parece ter contribuído para o desenvolvimento do câncer.¹¹

Há uma tendência mundial na área da saúde de utilizar a abordagem de gênero em seus estudos, a fim de entender os diferenciais de adoecimento entre homens e mulheres. Autores defendem que a abordagem de gênero em saúde possibilita o conhecimento das singularidades e uma melhor aproximação das realidades dos indivíduos, permitindo que uma política de saúde mais integral possa ser construída a partir das necessidades reveladas por homens e mulheres.¹¹⁻¹⁴

Ao corroborar com essa tendência, enxergamos o processo interativo como importante. É através da interação usuário-enfermeiro que o profissional constroi e atribui significados em sua prática. Sendo assim, consideramos que a interação é uma importante estratégia a ser utilizada nas relações sociais uma vez que os símbolos são dinâmicos e podem ser modificados no processo interativo. Destacamos a interação usuário-enfermeiro

como um momento importante de promoção e recuperação da saúde dos homens com câncer em tratamento antineoplásico.

Os enfermeiros apontam que ao adentrar o sistema de saúde, os homens passam a interagir com pessoas, informações e realidades diferentes das que estavam habituados e assim eles tem contato com novas informações e pessoas que contribuem para introduzir novos símbolos e significados em suas vidas. Dessa forma, os significados são manipulados e modificados através do processo interativo e interpretativo.⁷

Entretanto, o que aqui destacamos como importante estratégia para aumentar a saúde dos homens, pode contribuir para o inverso quando barreiras são encontradas. Foram realçados problemas na acessibilidade ao sistema, dificuldades no acolhimento e a falta de preparo dos profissionais para lidar com questões de gênero. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado.¹⁵

As dificuldades no acesso aos serviços de saúde como problemas na rede de atendimento, pouca resolutividade do atendimento, demora para ser atendido, horário restrito para consultas médicas, longa espera para conseguir consultas especializadas, contribuem para a evasão dos homens do sistema que só retornam em condições mais graves e em serviços de atendimento 24h como as emergências. Essa realidade parece se repetir nos contextos de atenção à saúde pública, pois os estudos comprovam que a porta de entrada dos homens no sistema de saúde, em sua maioria, não se dá pelas unidades básicas de saúde, mas sim pelas emergências.^{3,13,16}

Dificuldades apresentadas no acolhimento também foi um ponto de destaque na fala dos enfermeiros. Acolher é tratar humanizadamente toda a demanda. Implica em dar respostas aos usuários; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos a intervenção e resolutividade.¹⁷ Mesmo com uma política ministerial de acolhimento, muitos serviços e profissionais ainda não se adequaram a essa condição que envolve dimensões técnicas, de atitude dos profissionais e de reorganização dos serviços.

Foi relatada a interação positiva enfermeiro-usuário da oncologia. Percebemos que as enfermeiras procuram acolher os usuários em suas necessidades, entretanto esse acolhimento por vezes se torna árduo por depender da articulação com outros setores da instituição, outros profissionais e ainda, outras instituições da rede de saúde. Os enfermeiros perceberam a necessidade de apresentar diferentes abordagens e propostas aos usuários e assim criam estratégias para solucionar problemas criados por questões de gênero. Dessas estratégias, destacamos a necessidade de se estabelecer uma relação de confiança com os homens, a aproximação com o universo masculino, o uso da família como aliada no cuidado e a educação em saúde, o que também tem sido estimulado por meio de política ministerial.¹

O modo como buscam acolher as necessidades dos homens de forma ampliada, articuladas aos contextos de vida aponta para o respeito do princípio de integralidade dos enfermeiros do serviço. Como princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade precisa ser percebida como no sentido do esforço de uma abordagem

completa e holística, que implica em garantir a combinação das tecnologias disponíveis leve, dura e leve-dura, na oferta de um cuidado integral ao usuário.¹⁸ Nesse sentido, urge a oferta de uma assistência estendida, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano. Essa visão requer ruptura com o modelo assistencial biomédico e demanda dos profissionais uma reavaliação de seu processo de trabalho. A atenção e as práticas precisam ser voltadas para os usuários exigindo que os profissionais adotem uma postura acolhedora e resolutiva das necessidades identificadas.¹⁹

A integralidade vem sendo apontada como determinante na assistência à saúde de pessoas com câncer, mesmo em países que não possuem um sistema de saúde como o brasileiro. Estudo de sete países europeus, com diferentes sistemas de saúde, convergem para a necessidade de se conhecer e se contemplar as diferentes necessidades de saúde dos indivíduos com câncer. Ainda nesse aspecto, o estudo enfatiza que os enfermeiros precisam se atentar para as diferentes necessidades de cuidados de enfermagem que os homens com câncer podem apresentar ao longo da doença, no sentido de aperfeiçoar a gerência do cuidado a essa clientela, contribuindo para a qualidade de vida dos mesmos.²⁰

Ao reconhecer questões de gênero interferindo na gerência do cuidado, enfermeiros apontam para a necessidade de ressignificar esse cuidado mediante a perspectiva de gênero do usuário. Nesse sentido, a perspectiva da integralidade presente nas práticas dos enfermeiros do serviço de oncologia do HFB, impressa no modo como buscam acolher as necessidades dos homens de forma ampliada, articuladas aos contextos de vida, incluindo as dimensões assistenciais e gerenciais do processo de trabalho, é o que faz com que a gerência do cuidado de enfermagem seja ressignificada. Isso ocorre dada a compreensão que os enfermeiros do cenário possuem da articulação das diferentes funcionalidades profissionais, na articulação dos diferentes sistemas institucionais e operacionais e, principalmente, na variedade de relações e interações que configuram o cuidado de enfermagem.¹²

Nesse sentido, a gerência do cuidado de enfermagem é fundada pela flexibilidade quando se observa que uma atividade gerencial vem seguida de uma assistencial ou vice-versa, reforçando assim a complementaridade entre essas ações.²¹ A prática gerencial do enfermeiro envolve múltiplas ações de gerenciar cuidando e educando, de cuidar gerenciando e educando, de educar cuidando e gerenciando, como um processo dinâmico, participativo e integrador, construindo conhecimentos e articulando os diversos serviços, em busca da melhor qualidade do cuidado, como direito do usuário.²²

Orientar-se pelo olhar da integralidade implica, na perspectiva dos sujeitos, no despertar para a co-responsabilidade para melhor gerenciar o cuidado de enfermagem aos homens com câncer. No cenário deste estudo, nota-se que a interação positiva entre enfermeiro-usuário acontece através do vínculo, da escuta e do compromisso profissional, o que permite que os homens se abram e mostrem verdadeiramente seus pensamentos, atitudes e necessidades. A escuta dos usuários tem sido proposta por autores como um caminho a ser trilhado para adequação dos serviços em busca de integralidade, pois possibilita conhecer a satisfação ou insatisfação dos usuários em relação ao cuidado que lhes é prestado.²³

Há estreita relação entre responsabilidade e vínculo, consta no documento de reorientação do novo modelo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde, que o potencial transformador está justamente nos vínculos de compromisso e co-responsabilidade que se estabelecem entre os serviços de saúde e a população.²⁴ Para tal, é importante que os profissionais de saúde tenham uma maior sensibilidade para as interações entre as concepções dos indivíduos, aqui destacamos a concepção de gênero, e as demandas trazidas pela população nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10 (1):35-46.
3. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-74.
4. Sach TH; WhyneS DK. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC Public Health*. [periódico na internet]. 2009; [citado 2013 mai 15]; 9(431): [aprox. 4 telas]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/431>
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
6. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
7. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs-NJ: Prentice-Hall; 1969.
8. Pinheiro TF, Couto MT, Nogueira Da Silva G. Homens e cuidado: Construções de masculinidades na saúde pública brasileira. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2012, 2(2), 177-195. Disponível em: [www.http://revista.psico.edu.uy](http://revista.psico.edu.uy)
9. Sach TH, Whynes D.K. Men and women: beliefs about cancer and about screening. *BMC Public Health*. [periódico na internet]. 2009; [citado 2013 set 15]; 9(431): [aprox. 4 telas]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/431>
10. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011, 16(1): 935-944.
11. Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med*. 2012, 74(11):1675-83.

12. Soto-Fuentes P, Reynaldos-Grandón K, Martínez-Santana D, Jerez-Yáñez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*. 2014, 14(1):79-99.
13. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011, 16(1): 983-992.
14. Ceballos-García GY, Giraldo-Mora CV. "Autobarreras" de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan*. 2011, 11 (2): 140-157.
15. Camargo Jr. KR, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2008, 24 (1): 558-568.
16. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*. 2010, 14 (33): 257-70.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Franco TB, Merhy EE. Cartografia do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012, 6:151-163.
19. Viegas SMF, Pena CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013, 17 (1):133-141.
20. Cockle-Hearne J, Charnay-Sonnek F, Denis L, Fairbanks HE, Kelly D, Kav S, et al. The impact of supportive nursing care in prostate cancer. *British Journal of Cancer*. 2013, 109: 2121-2130.
21. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P. editora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2010. p. 1-13.
22. Backes DS, Erdmann AL, Lunardi VL, Filho WDL, Erdmann RH. Rousing new approaches to the Nursing care management: a qualitative study. *Online braz j nurs [Internet]*. 2009 July [Cited 2014 Mar 5]; 8 (2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2407>
23. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Silva E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*. 2012, 8(1): 25-34.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
25. Mesquita MGR, Moreira MC, Maliski SL. But I'm (BECAME) different: cancer generates reprioritizations in masculine identity. *Cancer Nursing*. 2011, 34 (2):150-7.
26. Peate I. Men and Cancer: the gender dimension. *British Journal of Nursing*, 2011, 20(6):340-343.

Recebido em: 11/07/2014
Revisões requeridas: 04/11/2014
Aprovado em: 10/02/2015
Publicado em: 01/07/2015

Endereço de contato dos autores:
Maria Gefé da Rosa Mesquita
Rua Afonso de Cavalcanti, 275 Cidade Nova - Rio de Janeiro - CEP
20211-110. E-mail: mariagefe@gmail.com.