



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

JUCICLEIA MAIARA DA SILVA FREITAS

**ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM NA VISÃO DO CUIDADOR
DOMICILIAR**

CUITÉ

2017

JUCICLEIA MAIARA DA SILVA FREITAS

**ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM NA VISÃO DO CUIDADOR
DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité - PB, para apreciação e avaliação, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: MSc. Jocelly de Araújo Ferreira

CUITÉ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F866e Freitas, Jucicleia Maiara da Silva.

Especificidades no cuidado ao homem na visão do cuidador domiciliar. / Jucicleia Maiara da Silva Freitas. – Cuité: CES, 2017.

91 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Jocelly de Araújo Ferreira.

1. Saúde do homem. 2. Cuidados domiciliares. 3. Cuidadores. I. Título.

Biblioteca do CES

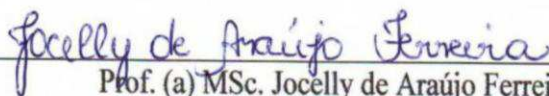
CDU 614-005.1

JUCICLEIA MAIARA DA SILVA FREITAS

**ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM NA VISÃO DO CUIDADOR
DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité - PB, para apreciação e avaliação, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

DATA DE APROVAÇÃO: 26/07/2017




Prof. (a) MSc. Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora

Universidade Federal de Campina Grande-UFCG



Prof. (a) MSc. Luana Carla Santana Oliveira
Avaliadora interna

Universidade Federal de Campina Grande-UFCG



Prof. MSc. Alexandre Ernesto Silva
Avaliador externo
Universidade Federal de São João Del Rei-UFSJ

CUITÉ

2017

Dedico este trabalho a minha mãe Esmeralda, minha irmã Joice, aos meus avós Creuza e Geraldino e aos meus sobrinhos Ana Sophia e Jhonata Cauê, que me deram ânimo e coragem para enfrentar meus medos e alcançar meus objetivos, não medindo esforços para que isso acontecesse.

AGRADECIMENTOS

“A Deus, aos pais e aos mestres nunca se poderá agradecer e recompensar de modo suficiente” Martinho Lutero, 1993.

Chegado ao fim dessa importante etapa da minha vida, é hora de reconhecer e agradecer as pessoas que me ajudaram a chegar até aqui. Antes de tudo, agradeço a **Deus**, que guiou meus caminhos, que cuidou de mim e me colocou no colo quando o fardo parecia pesado demais, que me sustentou em suas asas, quando as minhas falharam, que me deu coragem pra ir adiante apesar dos meus medos e dos meus limites, que me deu ânimo e me fez companhia, quando a saudade de casa e da família parecia insuportável.

Agradeço a minha **mãe**, por ser tudo que eu preciso, por tomar consigo os meus sonhos e acreditar tão vigorosamente neles, pelo seu amor incondicional, pela paciência, sabedoria, pela sua força que me ergue e me encoraja a ir além, obrigada por cada conselho, por cada palavra de entusiasmo, por permanecer ao meu lado e caminhar cada passo comigo, obrigada por sua companhia de sempre, pelo seu sorriso sincero e cheio de vida que enche meu peito de felicidade, essa conquista é por você e para você mãe, espero poder te dar ainda mais orgulho, eu te amo para sempre.

Agradeço a minha irmã **Joice Freitas**, por todos os conselhos e diálogos francos, por estar sempre do meu lado apesar da distância, pela sua força, garra e sutileza, pelo seu amor sem limites, você é uma inspiração para mim.

Aos meus sobrinhos **Ana Sophia e Jhonata Cauê**, que apesar de não saberem muito sobre a vida, me ensinaram tantas coisas durante esse tempo, a acreditar, a ter fé, e a amar da forma mais pura que possa existir, obrigada pela doação de afeto, pelos abraços que acalmavam minhas tempestades, pelos sorrisos que me enchiam de paz, vocês fazem a minha vida ainda mais feliz e tranquila, fazem a caminhada valer a pena. Sem dúvidas foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Agradeço aos meus **avôs**, por terem moldado meu caráter, por cada ensinamento simples e humano, que faz parte do que sou hoje, por cada palavra doce e gentil, que construiu a minha índole, por me acolher, me amar e cuidar desde o início até agora.

Agradeço a minha querida orientadora **Jocelly Ferreira** por todo comprometimento, dedicação e disponibilidade, pelas noites que dedicou para lapidar esse trabalho, a cada

orientação eu saia encantada, minha fonte de conhecimento. Agradeço ainda pelo vínculo de amizade, confiança e afeto que construímos ao longo dessa caminhada, pelas vezes que as orientações ultrapassavam o TCC, obrigada por cada bronca, por cada conselho, pelas vezes que disponha seu tempo para meu desabafo, obrigada por cada palavra dita ao meu respeito, por ser essa pessoa iluminada, que clareou meu caminho, como sou feliz em ter lhe conhecido, por ter você como orientadora, mas, sobretudo, como minha amiga, confidente a qual posso contar. Obrigada pela paciência, pela sua sabedoria de vida e científica, pudera eu abrir meu coração e te mostrar o quanto lhe sou grata e o quanto você é importante na minha vida, você é um exemplo para mim.

Aos professores do curso de Enfermagem, em especial à **Lidiane Lima, Luana Carla, Jocely Ferreira, Matheus Nogueira, Mariana Albernaz, Magaly Suênia, Alana Tamar, Édija Anália, Anajás Cardoso, Glenda Agra, Alynne Mendonça e Gigliola Bernardo** por toda dedicação, comprometimento, zelo e responsabilidade em preparar futuros profissionais, pelas vezes que transmitiram muito além dos conhecimentos científicos, por nos ensinar que aquele paciente, deitado no leito hospitalar, merece sempre o nosso melhor, nossa assistência, mas acima de tudo, a nossa sensibilidade de percebê-lo enquanto ser humano, vocês são espelhos, que só refletem competência e sensibilidade, prometo sempre dar o meu melhor pela Enfermagem e honrar os ensinamentos que me passaram.

Agradeço ainda aos meus professores, que se tornaram grandes amigos, **Matheus e Lidiane**, obrigada por todo afeto, consideração e amizade construída ao longo desses anos. Obrigada pela acolhida, pelo olhar sincero e o abraço caloroso. Obrigada pelos encontros regados a conselhos que levarei para vida, risadas e muito afeto. Sou grata a Deus por ter conhecido vocês.

João Paulo e João Henrique agradeço pela parceria desde o primeiro dia de aula até agora, por cada obstáculo que vencemos juntos, pelas risadas, sonhos, choros e dramas compartilhados, obrigada por fazerem a saudade de casa não doer tanto, a solidão, a distância, o fardo dos estudos mais leve, mais prazeroso e melhor de se viver. Sou muito grata a Deus pela vida de vocês, e mais ainda por terem aparecido e encantado a minha.

Fábia, Bruna e Aline, agradeço por compartilharem a casa, os sorrisos, os sonhos e a vida, por todas as vezes que víamos o dia nascer da nossa sala, segurando os livros e com o peito cheio de incertezas, pelos momentos felizes, marcantes, doces ou não, que vivemos durante esse tempo. Essa experiência não seria igual se não tivesse sido com vocês, Cuité não faria sentido nenhum sem vocês comigo.

Agradeço a **turma 2013.1** por toda nossa história de lutas e glórias, Roseane, Alessandra, Mabrine, Rizocele, Lilia, Lizandra, Sheiny e Gustavo, juntos dividimos nossos medos, ansiedades, incertezas, mas também juntos vivemos momentos extremamente felizes e agradáveis, que marcaram minha vida.

A **UFCG** por ter me proporcionado agradáveis e incansáveis anos de muito aprendizado, por me possibilitar ser enfermeira. Abracei essa casa a qual defenderei e carregarei com muito orgulho seu nome.

A **Cuité** por ter me acolhido e presenteado com uma das mais intensas experiências, que tenho para contar.

Agradeço ao **PMC e seus membros**, pela acolhida, disponibilidade e solicitude em auxiliar para a realização da coleta de dados dessa pesquisa. Não tenho dúvidas do comprometimento de vocês com a saúde dos homens de Cuité. Nesse momento volto meus agradecimentos **aos cuidadores** que se disponibilizaram tão prontamente a participarem dessa pesquisa, sem vocês, nada disso seria possível.

A **banca examinadora** agradeço pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições no aprimoramento desse estudo. Obrigada por aceitarem se debruçar sobre a saúde masculina no domicílio.

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
AD	Atenção Domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CNS	Conselho Nacional em Saúde
CES	Centro de Educação e Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMC	Programa Melhor em Casa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médico Domiciliar de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica Saúde
UAENFE	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande

RESUMO

FREITAS, J. M. S. **Especificidades no cuidado ao homem na visão do cuidador domiciliar.** Cuité, 2017. 91 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação em Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

A assistência domiciliar é preconizada pela Organização Mundial de Saúde, sendo utilizada com o intuito de humanizar e garantir conforto aos indivíduos, surgindo como um modelo substitutivo ou complementar. O cuidador, personagem importante dentro desse cenário, entendido como sendo pessoas com ou sem vínculo com o indivíduo, que possuem capacidade de auxiliar para suprir as necessidades emanadas no dia a dia. Este estudo objetivou em linhas gerais: Analisar a assistência domiciliar aos homens com problemas de saúde, na perspectiva do Melhor em Casa. A revisão da literatura desta pesquisa subdividiu-se em dois capítulos, sendo eles: Atenção domiciliar como novo modelo de assistência à saúde; e O cuidado como essência humana e representado pela pessoa do cuidador. Trata-se de um estudo qualitativo de natureza observacional, participaram desse estudo 12 cuidadores de homens cadastrados no Programa Melhor em Casa na cidade de Cuité-Paraíba, eleitos segundo critérios de inclusão e exclusão dessa pesquisa. Como instrumento para coleta de dados, utilizou-se a entrevista de abordagem direta, dirigida por um roteiro semiestruturado. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, para análise e parecer, de acordo com o estabelecido pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde sob Nº 1.919.636. A partir dos resultados obtidos na pesquisa, emergiram quatro categorias temáticas, sendo elas: A hegemonia feminina no cuidado domiciliar: uma construção histórica social; A fragmentação das necessidades de um ser integral: o reflexo no cuidar em domicílio; O lar na centralidade do cuidado: as vantagens do atendimento domiciliar; e Revesses do atendimento domiciliar: o peso da responsabilidade. Identificou-se a necessidade de subcategorias para categoria II. Os resultados obtidos revelaram a presença da mulher como cuidadora principal, sendo elas esposas ou filhas, com idade entre 31 e 65 anos, aposentadas ou autônomas. Contudo, uma discreta participação masculina como cuidadores principais de homens em atenção domiciliar. A fragmentação no cuidado domiciliar revelou-se nesse estudo, influenciado pela forte tendência do modelo médico hegemônico, priorizando as necessidades biológicas. Conclui-se que o desenvolvimento desta pesquisa permite conhecer a realidade em que os homens na atenção domiciliar se encontram, a partir das ações prestadas pelos seus cuidadores, apresentando a necessidade de transformação da assistência para propiciar um cuidado de fato integral, humanizado e individualizado.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Cuidados Domiciliares. Cuidadores.

ABSTRAT

FREITAS, J. M. S. Specific care in the care of the home caregiver. Cuité, 2017. 91 f. Course Completion Work (Nursing Bachelor) - Nursing Academic Unit, Health Education Center, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Home care is advocated by the World Health Organization, being used with the intention of humanize and provide comfort to individuals, appearing as a substitute or complementary model. The caregiver, an important person, within this scenario, understood as people with or without bond with the individual, who have the capacity to help to meet the needs emanating from day to day. This study aimed to analyze: Home care for men with health problems, from the perspective of the Best At Home. The literature review of this research was subdivided into two chapters, these ones: Home care as a new model of health care; And Care as the human essence and represented by the person of the caregiver. This is a qualitative observational study. Twelve male caregivers enrolled in the Best Home Program in the city of Cuité-Paraíba, elected according to the inclusion and exclusion criteria of this research, participated in this study. As a tool for data collection, the direct approach interview was used, guided by a semi-structured script. This study was submitted to the Research Ethics Committee of the University Hospital Alcides Carneiro, for analysis and opinion, as established by Resolution 466/12 of the National Health Council under, N° 1.919.636. From the results obtained in the research, four thematic categories emerged, these ones: the female hegemony in home care: a social historical construction; The fragmentation of the needs of an integral being: the reflex in the care at home; The home in the centrality of care: the advantages of home care; And Reverses of home care: the burden of responsibility. The need for category II subcategories was identified. The results showed the presence of the woman as the main caregiver, being wives or daughters, aged between 31 and 65 years, retired or autonomous. However, a discrete male participation as main caregivers of men in home care. Fragmentation in home care was revealed in this study, influenced by the strong tendency of the hegemonic medical model, prioritizing the biological needs. It is concluded that the development of this research allows to know the reality in which the men in the home care are, based on the actions given by their caregivers, presenting the need of transformation of the assistance to provide an integral, humanized and individualized care.

Keywords: Men's Health, Home Care, Caregivers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Modelo esquemático das categorias temáticas.....	39
FIGURA 2- Esquematização da categoria temática I.....	39
FIGURA 3- Esquematização da categoria temática II e suas respectivas subcategorias.....	43
FIGURA 4- Esquematização da subcategoria I.....	43
FIGURA 5- Esquematização da subcategoria II.....	47
FIGURA 6- Esquematização da categoria temática III.....	50
FIGURA 7- Esquematização da categoria temática IV.....	54

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 GERAL.....	21
3.2 ESPECÍFICO.....	21
4 REVISÃO DE LITERATURA	22
4.1 Atenção domiciliar como novo modelo de assistência à saúde.....	23
4.2 O cuidado como essência humana e representado pela pessoa do cuidador.....	26
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
5.1 Tipo de estudo.....	32
5.2 Cenário do estudo.....	32
5.3 Participantes do estudo.....	33
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	33
5.5 Processamento de material empírio.....	33
5.6 Produção do material empírico.....	34
5.7 Análise do material empírico.....	35
5.8 Aspectos éticos.....	36
5.9 Riscos e benefícios da pesquisa.....	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	80

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS



Fonte: Google imagens, 2017.

Diante do atual sistema de saúde, que permite aos cidadãos direito à saúde de maneira universal, equânime e integral, vive-se uma realidade satisfatória em garantias de direitos à saúde e que possui perfil de desenvolvimento ascendente, uma vez que se trata de um sistema recente, implantado na década de 90 e que tem muito a oferecer à população. É justamente sobre o princípio de integralidade que o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde (MS), seguiu exemplos bem sucedidos de diversos outros países que apostaram em uma modalidade de assistência à saúde paralela ao modelo médico hegemônico, hospitalocêntrico e fragmentado. Esta modalidade denominada de Atenção Domiciliar (AD) foi implantada no ano de 2002, no Brasil, considerada distinta, resolutiva e repleta de benefícios para o governo, mas acima de tudo para o indivíduo assistido (SILVA et al., 2013).

A AD surge como um modelo substitutivo ou complementar no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a Lei Nº 10.424 de abril de 2002, pela busca da desospitalização, por uma assistência satisfatória que atenda holística e especificadamente cada usuário, preservando sua identidade social, política, cultural, econômica e familiar, prestando serviços de saúde em todos os níveis de atenção sob a luz da humanização. O objeto principal da AD é sempre a produção de atos planejados para oferecer cuidados essenciais à recuperação da saúde ou melhora da qualidade de vida, além de garantir a continuidade destes cuidados e a integração junto às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013; ANDRADE et al., 2013).

Os serviços de AD possuem um caminho ascendente, que apresenta crescimento significativo a cada ano, com altos investimentos feitos pela União. Até novembro de 2016, existiam 657 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 320 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) com 366 municípios contemplados, em um contingente de 53.685. 656, e percentual de 26,25% de cobertura populacional no programa, 2.985 internações. Os dados revelam o interesse do governo com propósito de garantir uma nova modalidade de assistência à saúde (BRASIL, 2016).

O fato é que a AD tem se expandido progressivamente, com excelentes resultados, sobretudo no que diz respeito à racionalização dos leitos hospitalares, otimização dos recursos regada à lógica de um cuidado humanizado. É um contínuo processo de interação, em que o programa supõe a existência de um cuidador, permeando a interação deste com o ser cuidado e a equipe de saúde atuante, realizando tarefas que, em suma, baseiam-se na prestação de cuidados prescritos pelas equipes do Programa Melhor em Casa (PMC), para restituir a autonomia e melhorar a qualidade de vida do ser cuidado dentro do seu contexto familiar, (SILVA et al., 2013; SANTOS; LEON; FUNGHETTO, 2011; BISCIONE et al., 2013).

Frente aos cuidados domiciliares ofertados pelos cuidadores, sejam eles familiares ou não, observa-se a necessidade de reconhecimento da equipe quanto à estrutura familiar, sobre os tipos de cuidados que serão necessários executarem, bem como sobre as especificidades da doença antes de delegar à família a missão de cuidar, visto que algumas intervenções e esclarecimentos na delegação trazem bons resultados para família e conseqüentemente para o ser cuidado (RODRIGUEZ, 2013; OLIVEIRA et al., 2012).

O cuidado significa atenção, cautela, dedicação, carinho e responsabilidade, procura garantir ao indivíduo sua autonomia e empoderamento, compreendido em sua função primária, com objetivo de promover a sua sobrevivência a partir da satisfação das necessidades básicas. Muito embora o modelo biomédico insista em tratar com enfoque clínico, voltado essencialmente ao controle e cura de doenças, o cuidado é reconhecido como a essência do ser (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

O responsável pela aplicabilidade de tais ações é o cuidador, um ser humano que exerce sua essência, auxiliando o indivíduo com restrições a realizar suas atividades diárias, preservando sua autonomia e independência, podendo ser ou não familiar, com ou sem remuneração, exercendo uma tarefa complexa, realizando ações prescritas pela equipe multiprofissional. Imperiosa a ressalva que não faz parte da responsabilidade do cuidador realizar procedimentos identificados como pertencentes legalmente a alguma profissão, como no caso da Enfermagem (BRASIL, 2012, 2009).

O cuidador não é reconhecido como profissão, mas integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162-10, do Ministério do Trabalho e Emprego (TEM), porém tramita no Congresso, o Projeto de Lei 4702/12, que regulamenta a profissão de cuidador de idosos, restringindo o exercício da profissão a maiores de 18 anos, com curso de formação de cuidador concluído. No momento o projeto segue aguardando a criação de Comissão Temporária para melhor apreciação e posteriori aprovação (BRASIL, 2010).

Dentre o público atendido no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), os homens possuem grande expressividade quando levado em consideração o contingente de mulheres no país, além da expectativa de vida delas serem maiores do que a dos homens. Estudo realizado por Anderle et al. (2013), demonstraram que 45 % dos usuários do SAD são homens com idade média de 68,9 anos, fato explicado pela transição demográfica que revela envelhecimento populacional e evidencia o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, as quais causam onerosos custos para o sistema hospitalar. A pesquisa realizada por Ferreira e Sena (2016), revelou que o perfil de homens em atendimento domiciliar, são em sua maioria casados ou viúvos, de baixa escolaridade, baixa renda, aposentados e residentes em subúrbio.

Outro estudo, realizado por Day e Paskulin (2013), mostrou a prevalência de atendimento domiciliar ao sexo masculino.

Os homens possuem especificidades interessantes, apresentam perspectivas próprias sobre o adoecer e seu perceber a saúde e embora reconheçam que possuem necessidades em saúde, eles evitam a procura por cuidados, devido à atitude de demonstrar a sua vulnerabilidade, o que confronta a masculinidade hegemônica construída historicamente pela sociedade, sendo este fato uma das grandes limitações sobre os cuidados prestados ao público masculino (ARRUDA; CORREIA; MARCON, 2014; CONNELL, 2013).

Horta (2011), afirma que as necessidades emanadas pelos indivíduos são essenciais para manutenção e sustentação da vida, satisfazê-las significa dizer que está sendo promovido o bem estar físico, psíquico, social e espiritual, refere ainda em sua teoria, a das Necessidades Humanas Básicas de que as necessidades surgem em maior ou menor grau dependendo do desequilíbrio causado, são consideradas universais, mas podem variar de indivíduo para indivíduo a forma de como se manifesta bem como a maneira de satisfazer tais necessidades.

Diante do exposto, é possível observar diversas pesquisas realizadas no campo da AD, a exemplo de estudos realizados por Silva et al. (2010), Rodriguez (2013), Oliveira et al. (2015), todos na perspectiva de cuidados domiciliares a idosos. Ferreira, Bansi e Paschoal (2014), Day e Paskulin (2013), Araújo et al. (2013) referem que a atenção domiciliar ao idoso é algo bem difundido no país. Na área materno-infantil Ramos et al. (2015), mostra as dificuldades nos cuidados prestados as crianças em cuidados domiciliares e o importante papel da enfermagem nesse processo.

No tocante da saúde do homem, Ferreira e Sena (2016) observaram a existência de déficit em pesquisas na área de atenção ao homem no domicílio, visto que esse público possuem importantes especificidades no cuidado. Dessa maneira, torna-se necessário saber como os cuidadores destes homens são preparados para reconhecer as necessidades emanadas pelo ser cuidado, se não as reconhece em si tais necessidades, já que estudos realizados por Faht e Sandri (2016) demonstraram que a maior parte dos cuidadores domiciliares são mulheres.

Neste sentido, é imperiosa a necessidade de conhecer a visão do cuidador sobre a prestação de cuidados ao público masculino em AD, para que seja possível a promoção da saúde e da autonomia, garantindo aos homens uma assistência qualificada e humanizada, incorporada aos princípios de integralidade, universalidade e equidade, fortalecendo o SUS, otimizando o cuidado e oferecendo saúde de qualidade a população.

Diante desta contextualização, este estudo parte do pressuposto de que se deve reconhecer o cuidador como um importante ator no processo de cuidar e que este possui influência direta para que seja possível garantir uma assistência à saúde qualificada, de maneira a estimular a autonomia dos homens enquanto protagonistas de seu cuidado. Sendo assim, suscitaram os seguintes questionamentos: como os cuidadores reconhecem as necessidades de saúde dos indivíduos sobre seus cuidados? Como a assistência está sendo prestada aos homens em cuidado domiciliar, por parte dos cuidadores? Quais facilidades e/ou dificuldades existem na prestação de cuidados no domicílio, ao reconhecer o sujeito na sua integralidade e subjetividade?

2 JUSTIFICATIVA



Fonte: Google imagens, 2017.

A AD possui um caráter inovador e revolucionário, visto sua função para uma assistência com empoderamento do indivíduo no lar, fortalecendo os princípios de integralidade do SUS, desinstitucionalizando o cuidado e devolvendo a família o poder de exercê-lo conforme sua rotina e cultura, ao permitir ao usuário exercer seu papel social, econômico, político e familiar, mesmo estando doente e sob cuidados específicos para restaurar a saúde.

A partir disso, observa-se a relevância da pesquisa, considerando o movimento ascendente que o programa se encontra, proporcionando melhorias no programa, bem como no atendimento das necessidades, além de melhorar a formação e a preparação do cuidador, tendo ele um papel importantíssimo durante o processo, ao promover os cuidados domiciliares, e ser responsável pelo elo entre a equipe, a família e o usuário, reestabelecendo a saúde do ser cuidado.

A pesquisa é de suma importância para comunidade científica, pois se percebe uma escassez na literatura, além da necessidade de conhecimento sobre o assunto já que esta temática tem apresentado importante crescimento ao longo dos anos no país. A pesquisa revela a visão do cuidador na perspectiva do cuidado domiciliar ao homem, desvelando as principais especificidades nessa prática e as dificuldades encontradas para auxiliar na reestabilização da autonomia e melhora da qualidade de vida.

No tocante à Enfermagem, a relevância manifesta-se na medida em que é elucidado o sentido da pesquisa, reconhecer as especificidades para melhorar a prestação de cuidado, por considerar que o cuidado é a essência da profissão desde o primórdio da sua formação enquanto ciência. Também se reitera que a Enfermagem é quem mais se aproxima do cuidador, prescrevendo, gerenciando e esclarecendo as dúvidas para melhor execução do cuidado.

O olhar para essa temática surgiu por meio do interesse pelos cuidados críticos que são considerados cuidados específicos, diferenciados e humanizados, ofertados aos pacientes em ambiente de terapia intensiva, o que não difere dos pacientes masculinos na assistência domiciliar, principalmente quando dependentes de aparelhos. Esses usuários foram historicamente estigmatizados como negligentes com a própria saúde devido a fortes imposições sociais, o que tornou a assistência algo dificultoso, exigindo uma atenção diferenciada para que se possam atender as reais necessidades de saúde. Com o intuito de auxiliar nesse processo é necessário se dispor a conhecer a visão do cuidador domiciliar sobre

as especificidades encontradas nesse ambiente, de modo a contribuir com a prestação de cuidados aos homens em assistência domiciliar.

3 OBJETIVOS



Fonte: Google imagens, 2017.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o atendimento das necessidades de saúde dos homens assistidos no domicílio, na perspectiva dos cuidadores.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar quem está atendendo as necessidades de saúde dos homens no domicílio;
- Compreender como ocorre a assistência para atender as necessidades de saúde dos homens no domicílio;
- Identificar as facilidades e dificuldades encontradas para o atendimento das necessidades dos homens no domicílio.

4 REVISÃO DA LITERATURA



Fonte: Google imagens, 2017.

Os avanços conquistados com surgimento do SUS, que é apoiado em seus princípios basilares que o torna universal, equânime e integral, perfilam-se linhas peculiares na assistência à saúde da população, garantindo serviços cada vez mais qualificados em todos os níveis de atenção. Diante das inabilidades do modelo médico hegemônico liberal que provoca custos excedentes no sistema de saúde, mas apresentando decrescentes resultados, somados à superlotação de hospitais, surge à necessidade de transformação do modelo tecnoassistencial e de atenção, de modo a priorizar as reais necessidades de saúde para delimitação de linhas de cuidado específicas, percorrendo todos os níveis de atenção à saúde. Nesse contexto, origina-se a atenção domiciliar garantindo os princípios de acesso, acolhimento e humanização (FEUERWERKER E MERHY, 2008).

4.1 Atenção domiciliar como novo modelo de assistência à saúde

A AD é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e deve ser utilizada com o intuito de humanizar e garantir conforto aos indivíduos, quando as condições clínicas e familiares permitem. É fato que os cuidados no domicílio são uma prática remota pertencente à família, porém com a Revolução Industrial e a ascensão da medicina científica, houve a transformação do indivíduo em paciente e o deslocou do seio da família, retirando dela a autoridade da maneira de como cuidar, para o ambiente hospitalar, institucionalizando o cuidado (OMS, 2012 *apud* RODRIGUEZ, 2013).

Em meados do século XIX, surgiu um modo diferenciado de assistência aos enfermos, onde os cuidados que eram ofertados no ambiente hospitalar passaram a ser oferecidos no próprio domicílio, por meio da caridade pelas instituições religiosas. As necessidades tornaram-se cada vez maiores de cuidados integrais e contínuos, tornando primordial a aplicação de práticas não-hegemônicas. Essas práticas, em muito evoluíram e alcançaram mais competências técnicas e regulamentações satisfatórias para a assistência domiciliar de excelência, ao tempo em que se exige dos profissionais de saúde autonomia, habilidades clínicas e responsabilidades fiscais (BELLEHUMEUR et al, 2013).

No Brasil, os primeiros serviços domiciliares surgiram na década de 60, como uma nova modalidade de assistência à saúde e ainda como uma alternativa para combater a superlotação do ambiente hospitalar, por intermédio do Serviço de Assistência Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU); todavia, a crescente evolução só foi de fato alcançada a partir da década de 90 com o surgimento do SUS, pois aos poucos foram sendo oferecidos serviços de Atenção Domiciliar a nível municipal e estadual, que assistia não apenas a

população advinda dos hospitais, nesse passo de crescimento, mas as redes privadas de home care se fortaleceram tornando-as cada vez mais comuns (FEUERWERKER; MERHY, 2008; BRASIL, 2012).

Portanto, entende-se sobre atenção domiciliar, no âmbito do SUS, como sendo uma modalidade organizacional e assistencial da atenção à saúde, substitutiva ou complementar as existentes, propícia a prestação efetiva de novos modos de cuidados que contempla uma série de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, oferecidas no domicílio, tendo como garantia a continuidade dos cuidados e a integralidade com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Evidente que a AD permite práticas em saúde que mais se aproximam do conceito da integralidade, uma vez que este conceito faz parte da ideia principal da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2011; BRITO et al., 2013).

A transição epidemiológica e demográfica tem aumentado às demandas da população, a necessidade de atenção social, econômica, afetiva e de cuidados contínuos. Nesse sentido, pressupõe-se que o ambiente domiciliar torna-se o local ideal para recuperação e que este prospera sobre o prognóstico, direciona o foco assistencial de acordo com as especificidades de cada indivíduo que necessita de atendimento de equipe clínica especializada no ambiente familiar, caracterizada pela permeabilidade da equipe, além da prestação de um cuidado ampliado em que ultrapassa as necessidades biológicas, trazendo a família e o usuário de volta à centralidade da produção de cuidados anteriormente restringidos aos profissionais de saúde (MARCOLIN et al., 2014).

A AD vislumbra-se em duas vertentes que direcionam a decisão política institucional, a atenção domiciliar racionalizadora, que visa à diminuição de custos por abreviação ou da própria substituição da internação hospitalar; e a reorganização da assistência à saúde, que tem como principal finalidade a valorização da rede substitutiva de cuidados, ofertando a população um modelo mais humanizado e contextualizado com as necessidades dos usuários e de suas famílias (SILVA et al., 2010).

Seguindo um caminho ascendente em territorialização e satisfação dos usuários, até novembro de 2016, existiam 657 equipes de EMAD e 320 EMAP com 366 municípios contemplados, em um contingente de 53.685. 656, com percentual de 26,25% de cobertura populacional no programa, com 2.985 internações, sendo repassados pela União cerca R\$ 53.220.000 para o EMAD e R\$ 3.606.000 para o EMAP aos estados e municípios em dezembro de 2016. Nesse mesmo registro, o nordeste possuía cerca de 172 equipes de EMAD e 123 de EMAP, sendo 15 equipes de EMAD e 11 de EMAP no estado da Paraíba até novembro de 2016 (BRASIL, 2016).

Ao longo do tempo a AD foi ganhando espaço e visibilidade legislativamente, com a Portaria nº 1531, de 04 de setembro de 2001, do Ministério da Saúde, tem a criação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a usuários com Distrofia Muscular Progressiva, contemplando a manutenção e acompanhamento no domicílio desses usuários. No ano seguinte, 2002, foi incorporada à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre o funcionamento do SUS, em seu capítulo VI encontra-se que o atendimento e a internação domiciliar acrescentado a esta por meio da Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que ampliou os Serviços de Atenção domiciliar na rede (BRASIL, 2001, 2002).

A expansão foi significativa após a incorporação na Lei 8.080 em 2002, porém o Programa Melhor em Casa (PMC) foi instituído em 2011, através da Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, substituída posteriormente pela Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011, revogada em 2013 pela Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, e mais recentemente revogada pela Portaria nº 825 de 25 de Abril de 2016, em que redefine a AD no âmbito do SUS, de modo a garantir assistência às necessidades dos indivíduos, melhorando seu bem estar, segurança e autonomia. Na Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, aprova-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que também prevê a assistência domiciliar como uma das ofertas de ações programáticas da Unidade Básica Saúde (UBS) (BRASIL, 2011).

O SAD compõe-se, essencialmente, por duas equipes, EMAD que pode ser tipo 1 ou tipo 2, constituída por profissional médico, enfermeiro, fisioterapeuta e/ou assistente social e técnicos/ auxiliares de enfermagem, sendo o que diferencia o tipo de EMAD é basicamente a carga horária dos profissionais. A EMAD compõe-se por no mínimo 3 profissionais de nível superior, podendo ser assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013).

A AD organiza-se em três modalidades, AD1, AD2, AD3, sendo atreladas às necessidades de cuidados, a periodicidade de visitas, a intensidade de cuidados da equipe multiprofissional, bem como ao uso de tecnologias. A subdivisão da AD, torna-se necessária para organização e compreensão do perfil dos atendimentos, para o planejamento da utilização dos recursos humanos, materiais e fluxos intra e intersetoriais (BRASIL, 2016).

Na AD1, atende-se usuários que necessitem de cuidados mínimos, com menos frequência e necessidades de intervenções multiprofissionais, de modo que se considerem os cuidados prestados pelos cuidadores como estáveis e satisfatórios. Essa modalidade de assistência é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica. Na AD2, os usuários apresentam necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, que demandem de atendimento no mínimo semanal. Na AD3, os usuários necessitam de atendimento de alta

complexidade e com maior frequência, que demandem longos períodos de acompanhamento, sendo que as duas últimas modalidades são de responsabilidade do SAD (BRASIL, 2016; MARCOLIN et al., 2014).

O crescimento das práticas de cuidados domiciliares vem acompanhado de forte interesse sobre a desospitalização, redução de custos, no sentido de racionalizar os recursos, prevenção de riscos relacionados à assistência e ao ambiente físico hospitalar e ainda sobre a humanização. Assim, a AD passa a ser considerada como possibilidade de cuidados substitutivos, desinstitucionalizando o modelo biomédico e permitindo a criação de novas práticas de cuidado, que engloba a família como principal promotora dessa assistência, em um ambiente seguro e acolhedor (SILVA et al., 2010).

Nos EUA, nas últimas décadas, a AD tem sido impulsionada para que haja corte de despesas com saúde, uma vez que o cenário revela um contingente de pessoas cada vez mais doentes. Desse modo, tornou-se a maneira mais viável para oferecer cuidados com um maior nível de conforto, de atenção e controle do indivíduo, com baixo investimento financeiro (BELLEHUMEUR et al., 2013).

Apesar dos grandes esforços para desospitalização nos serviços de saúde mediante a implantação e ampliação da atenção básica, ainda se observa o modelo médico hegemônico, liberal, hospitalocêntrico, voltado para o saber médico, fragmentado, biologicista e mecanicista. A atenção domiciliar surge, não para ser uma transferência de responsabilidade do governo para família, mas como um trabalho conjunto, em que o governo deve capacitar o cuidador para prestar os cuidados prescritos ao indivíduo, sob a tutela do EMAD, sendo possível promover qualidade de vida e reestabilização da autonomia (BRASIL, 2012).

4.2 O cuidado como essência humana e representado pela pessoa do cuidador

O cuidado é uma característica da grande maioria das espécies, evidenciada em diferentes graus. O ser humano é eminentemente um ser de cuidado e essa ação parece estar ligada à sustentação e manutenção da vida e das relações afetivas e interpessoais. São consideradas indissociáveis, como se a vida fosse sinônimo do cuidar durante o processo de evolução, sendo o cuidar a maneira mais refinada sobre o viver. O cuidado significa desvelo, importar-se, valorizar-se, mostrar à pessoa sua importância como ser humano, devendo ser realizado com carinho e responsabilidade, com valorização da vida, diminuindo o sofrimento de quem necessita de cuidados. O cuidado é considerado o propósito inteligente da vida (SANTOS; INCONTRIN, 2010).

O cuidar enquanto ação é mais do que um ato distinto; é sobremaneira uma condição de ser, a forma pela qual um indivíduo se estrutura e se realiza no mundo com os outros; é um modo de ser no mundo que rege todas as relações. Saber cuidar, significar entender e saber cuidar de si e do outro, tendo a perfeita percepção sobre a realidade, possibilidades e limitações, o cuidado faz parte da construção do ser humano, ele necessariamente deve estar antes das atitudes e com isso, presente em todas as ações e situações. O cuidado é a raiz primária do ser, de modo que antes de realizar qualquer ação, e mesmo que realizar a ação, sempre virá acompanhado do cuidado; desse modo, o cuidado existe antes do agir humano, sendo uma maneira concreta a qual revela como é o ser (BOFF, 2005; SANTOS, 2010).

Ainda sobre o cuidado, há o reconhecimento de uma politicidade, que se conceitua como um manejo reconstutivo da interrelação estabelecida entre a ajuda e o poder para possibilitar a construção ou reconstrução da autonomia do sujeito como cidadãos, donos de suas vidas e de suas histórias. O cuidado em sua concepção ampliada possui potencialidade disruptiva, com capacidade de tutelar ou emancipar os diferentes sujeitos (FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2011).

O cuidado no sentido nato da palavra procura garantir a vida ao sujeito, objetivando propiciar sobrevivência, ao passo em que permite a satisfação das necessidades básicas, da melhora na autonomia, extrapolando o sentido clínico de controle sobre a doença que assumiu ao longo dos tempos. Historicamente, a família é vista como a instituição central no que diz respeito à responsabilidade e melhor exemplo sobre o cuidar, nessa perspectiva, a mulher recebe o título de melhor e mais adequada pessoa para exercer o cuidar, possui caráter nato a elas para desempenhar tal ação, mesmo com as mudanças sociais que passaram dentro da família, e apesar da evolução na concepção do cuidado, as características sobre quem realizava os cuidados no lar, foram as que menos apresentaram mudanças (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

Existem algumas teorias na Enfermagem no tocante ao cuidar, já que este é considerado a essência da profissão. As teorias em Enfermagem são definidas como sendo um conjunto de preposições conceituais, da interrelação de alguns componentes (como o ser humano, ambiente, saúde e cuidado de enfermagem), da explicação para algum determinado fenômeno, da relação entre eles, do prognóstico e prescrição dos cuidados necessários. Os modelos teóricos auxiliam no processo atrelado as ações de enfermagem, permitindo a aproximação com indivíduo em todas suas necessidades biopsicossociais, uma vez que estas teorias fundamentam e norteiam a prática assistencial (DOURADO; BEZERRA; ANJOS, 2014; VITOR; LOPES; ARAÚJO, 2010).

A Teoria do Cuidado Transpessoal, desenvolvida pela doutora em Enfermagem Jean Watson, classificada como interacionista, descreve que a prática deve acontecer à medida que ocorre a interação entre o indivíduo e a equipe de Enfermagem. Essa experiência necessita de diálogo entre as partes, sendo que cada uma delas têm a percepção sobre a disponibilidade, a proximidade e a compreensão sobre a outra, além do compartilhamento de histórias e experiências de vida, a teoria propõe intervenções consistentes no cuidado, fomentando a cura, desviando do foco tecnicista que a enfermagem moderna incorporou, trabalhando sobre um eixo mais social, espiritual e abnegado, sem desmerecer o conhecimento técnico-científico para suprir as necessidades biológicas (SILVA et al., 2010).

Outra Teoria é a do Déficit do Autocuidado de Dorathea Orem, que determina a necessidade da Enfermagem ocorrer sempre quando alguém é incapaz de suprir o autocuidado de maneira satisfatória. As ações de enfermagem são voltadas para o objetivo de estabelecer parcialmente ou totalmente a capacidade de mediar cuidados para si ou para os seus dependentes, de maneira a prover sobre a continuação dessas medidas para controlar ou gerenciar os fatores que interferem no funcionamento e desenvolvimento dos indivíduos. Essa Teoria evidencia a importância da Enfermagem em reestabelecer as condições de decisão e autonomia do indivíduo, pois essa ciência, melhor que qualquer outra é formada para prescrever cuidados em sua prática assistencial (VITOR, LOPES, ARAÚJO, 2010).

Destarte, a família e a Enfermagem são nomeadas como melhores provedoras e gerenciadoras do cuidar, a primeira foi sem dúvidas a precursora guiada por saberes próprios e empíricos passados ao longo dos anos e das gerações; e a segunda é a ciência que tem o cuidado como foco central de suas ações. A Enfermagem é habilitada para realização de cuidados que possibilita reestabelecer a saúde e autonomia dos indivíduos sob sua tutela, buscando realizar a concretude do cuidar, em que suas ações permeiam as relações entre os seres que necessitam de cuidados em uma dinâmica intersubjetiva recíproca e até imperceptível durante o processo (CRUZ-ORTIZ et al., 2011; RAMOS et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Com a perda da capacidade de um indivíduo para realizar suas funções básicas, entra em cena os personagens supracitados, ou seja, a família, a enfermagem e outros cuidadores que tenham ou não vínculo familiar com a pessoa que necessita de cuidados, e faz desta ação uma atividade laborativa, contribuindo para recuperação da saúde e aumento da qualidade de vida. Os benefícios ao ser cuidado acontecem por meio da oferta de cuidados necessários e humanizados. Saber cuidar entrelaça com os princípios éticos do ser humano e com o meio, começa com o sentimento que sensibiliza as pessoas sobre o que está a sua volta, se há

capacidade de sentir, há a capacidade de agir para melhoria de si e do outro (CARVALHO et al., 2013).

O cuidador é um personagem importante dentro desse cenário, são entendidos como pessoas com ou sem vínculo com o indivíduo, que prestam cuidados diretos de forma contínua ou regular e possuem capacidade de auxiliar para suprir as necessidades emanadas no dia a dia, além de contribuir nas atividades diárias. O cuidador orienta-se pela equipe de AD a respeito dos cuidados que deverão ser prestados aos indivíduos diariamente no domicílio (BRASIL, 2016; FREITAS et al., 2011).

A função do cuidador está envolvida em um complexo processo ético e afetivo, considerando que o cuidar é uma atitude de ocupação e envolvimento afetivo com o ser cuidado. Os cuidadores adquirem ou aprimoram a capacidade humana de cuidar, pela captação de conhecimentos e pela aplicabilidade. O processo de cuidar ultrapassa a identificação de sinais e sintomas clínicos das mais variadas patologias, centra-se nas alterações estruturais dos indivíduos que abalam sua totalidade de ser (CARVALHO et al., 2013).

Outrossim, abalar a totalidade significa dizer que a assistência deve considerar o indivíduo holisticamente, esbarrando na noção de cuidado como ação integral, que tem seu significado voltado para a saúde como um direito de ser e não apenas referente ao nível de atenção do sistema de saúde ao qual o indivíduo será assistido. A ação integral deve ser vista como relações interpessoais impressas em atitudes de tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento, vínculo e responsabilização, de modo que o trabalho tem como resultado a produção de formações relacionais ou rede de produção de vida (FREITAS, MENEGHEL, SELLI, 2011).

A função de cuidador domiciliar, não é considerada até o presente momento como uma profissão, mas como uma atividade ocupacional, exercida por pessoas com formação vulnerável, que segue sem a definição sobre carga horária necessária e sem deliberação sobre quais os conhecimentos mínimos necessários para esta capacitação, o que sabe-se é que precisam de maior suporte das equipes de AD, reconhecido que muitas vezes o próprio familiar assume o papel de cuidador de maneira repentina e sem preparo para isto. O cuidador é um elo forte entre o usuário, a família e os profissionais de saúde, direcionando as condutas da equipe multiprofissional para que sejam prescritas atividades necessárias e seguras, o papel que o cuidador assume é extremamente relevante, ele passar maior parte do tempo com o ser cuidado e ele garante a continuidade dos cuidado (FAHT, SANDRI, 2016; BRASIL, 2012).

Apesar de não ser profissão, integra a CBO sob o código 5162-10, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), porém tramita no Congresso um Projeto de Lei 4702/12 do Senado, que regulamenta a profissão de cuidador de idosos, restringindo o exercício da profissão a maiores de 18 anos, com curso de formação de cuidador concluído, quando contratado por pessoa física, segue a Lei nº 5.859 de 11 de dezembro de 1972, revogada recentemente pela Lei complementar nº 150 de 1 de junho de 2015, que dispõe sobre o contrato do trabalho doméstico, mas se o contrato for a partir de pessoa jurídica seguirá as Leis do trabalho, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943, que aprova e a consolidação das leis do trabalho, no momento o projeto segue aguardando a criação de comissão temporária para melhor apreciação e posterior aprovação (BRASIL, 2012).

Destarte, um cuidador pode receber remuneração ou não, sendo definido como cuidador formal ou informal respectivamente, o primeiro diz respeito a pessoa preparada em alguma instituição de ensino, para prestar cuidados no domicílio de acordo com as necessidades do indivíduo a ser cuidado; enquanto que o segundo é qualquer pessoa da família ou comunidade que presta cuidados, mediante as necessidades do indivíduo. Existem ainda cuidador primário e cuidador secundário, o primário assume toda ou maior parte da responsabilidade e cuidados, enquanto que o secundário que pode ser algum familiar ou amigo que complementam no auxílio, exercendo menor parte das atividades (BRASIL, 2012).

Em estudos realizados com cuidadores de idosos, o cuidado é considerado como uma tarefa complexa, apontando algumas importantes limitações, como a resistência do indivíduo cuidado, o que exige do cuidador conhecimento e habilidades para lidar com certas situações inerentes no processo de cuidar, outra limitação são as abdições e alterações na vida e rotina dos cuidadores, distanciando-os da vida social, causando conseqüente isolamento social, sobrecarga física, emocional ou social, além da falta de apoio institucional ou familiar, dificuldades referentes à infraestrutura do ambiente e financeira (FLORIANO et al., 2012; ARAÚJO et al., 2013).

Independentemente das possibilidades da terapêutica para o indivíduo, o cuidador altera a dinâmica e a rotina familiar, reorganiza a própria vida para conviver com o doente, a doença e suas implicações, gerando para o cuidador a exaustão e sobrecarga, em conseqüência de assumirem sozinho, na maior parte das vezes, a responsabilidade do cuidado, pois as famílias podem não participar ativamente do processo de assistência domiciliar, ou quando presentes participam de modo esporádico, o que gera a perda da energia, fadiga física e emocional do cuidador, comprometendo a qualidade do cuidado a ser prestado (NIETSCHE et al., 2013; MARCHI et al., 2016).

5 PERCURSO METODOLÓGICO



Fonte: Google imagens, 2017.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza descritiva e observacional, nesse sentido Fortelles et al (2009), descreve a pesquisa observacional como sendo a forma de o pesquisador atuar apenas como espectador sem com isso interferir no fluxo normal das atividades executadas durante sua visita, muito embora possa realizar procedimentos e medições. A abordagem descritiva, segundo Gil (2008) é o método cujo objetivo primordial se baseia na descrição das características de determinada população ou fenômeno de relações estabelecidas, podendo determinar a natureza destas.

O delineamento qualitativo da pesquisa fundamenta-se em um método científico capaz de traduzir a realidade que não é quantificada, se aprofunda no universo dos significados, crenças, valores, emoções e atitudes, são compreendidas como sendo parte da realidade social dos seres humanos que se diferenciam das outras espécies não apenas pelo agir, mas, sobretudo, pela reflexão que faz a respeito de suas ações dentro do seu contexto existencial, a produção humana refletida sobre suas relações, intencionalidades e representações, é o principal objeto da pesquisa qualitativa ao revelar a subjetividade das percepções humana (MINAYO, 2010).

5.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Cuité, cidade localizada na mesoregião do Agreste e microrregião do Curimataú Ocidental, região do semiárido no Estado da Paraíba, a 235 km da capital João Pessoa, próxima à cidade limítrofe com o Estado do Rio Grande do Norte. Sua extensão territorial é de 741,840km², com 19.978 mil habitantes, sendo de 9.833 eram do sexo masculino e 10.145 do sexo feminino, e uma estimativa de 20.337 mil habitantes para 2016 (IBGE, 2010). Cerca de 12.911 pessoas são alfabetizadas, a taxa de morbidade hospitalar é predominantemente masculina, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado baixo (0,591) em relação aos 223 outros municípios de Paraíba, Cuité ocupa a 95ª posição (IBGE, 2010).

A estrutura etária da população firma-se na faixa de 15 a 65 anos de idade (12.737 mil pessoas), a taxa de extrema pobreza passou de 34,88% em 2000 e para 19,63% em 2010. A economia da região baseia-se na produção de serviços, seguido por comércios, indústrias e

agricultura. Cerca de 13.462 pessoas residem em zona urbana, enquanto que 6.516 moram na zona rural; os indicadores de habitação revelam que 67,23 % da população possui água encanada e 99,33% acesso a energia elétrica, já a coleta de lixo é destinada a 100% da população da área urbana. Torna-se importante destacar que 25,61% de pessoas vivem em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequado, uma vez que o cenário da pesquisa foi o domicílio dos usuários cadastrados no Programa Melhor em Casa na referida cidade (PNUD, IPEA e FJP, 2013; IBGE, 2010).

5.3 Participantes do estudo

Este estudo realizou-se com os cuidadores formais e informais cadastrados no Programa Melhor em Casa, no município de Cuité-Paraíba, seguindo os critérios de inclusão. O estudo norteou-se pelos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, em que 12 cuidadores compuseram a amostra desse estudo.

A amostra se deu por conveniência, método científico não probabilístico, que permite ao pesquisador selecionar os elementos que ele tem acesso, assumindo estes a representatividade do universo (GIL, 2008). Com a finalidade de delimitar essa amostra, foi adotado o método de exaustão, para que houvesse fechamento dos participantes, ou seja, foram abordados todos os participantes elegíveis (FONTANELLA et al., 2011).

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão adotados por esse estudo foram: indivíduos maiores de 18 anos, que possuíssem capacidade cognitiva e verbal preservada e que fosse cuidador formal ou informal de homens em assistência domiciliar.

Para exclusão dos participantes foram usados os seguintes critérios: cuidadores que não estivessem cadastrados do Programa Melhor em Casa e que não residissem no município de Cuité.

5.5 Processamento de material empírico

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa: “Assistência domiciliar aos homens: na perspectiva do melhor em casa”, institucionalizado pela Universidade Federal de Campina

Grande, que tem o propósito de tratar das discussões acerca da assistência domiciliar a homens com problemas de saúde.

A realização da coleta de dados seguiu as seguintes etapas: solicitação do requerimento mediante o Termo de Autorização Institucional (ANEXO A) na Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENFE/CES/UFCG), em seguida o consentimento da Secretária Municipal de Saúde de Cuité-PB por meio do Termo de Autorização Institucional, com a finalidade de permitir que a pesquisa fosse realizada com os homens e os seus cuidadores cadastrados no Programa Melhor em Casa deste município (ANEXO B). Posteriormente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), via Plataforma Brasil.

Após a autorização do CEP, a pesquisadora fez um contato prévio com a equipe do Programa Melhor em Casa para estabelecer vínculo e junto a esta, em momento oportuno, se direcionaram aos domicílios dos homens, explicaram a pesquisa e conheceram os participantes deste estudo, para depois convidá-los a participar. Foi explicada a razão da realização da coleta de dados e o modo como deveria ser procedida a entrevista, bem como a garantia do seu anonimato e o direito de desvinculação do participante deste estudo a qualquer momento.

Mediante os esclarecimentos necessários aos participantes que contribuíram com esta pesquisa, eles foram convidados a ouvir/ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que posteriormente foi solicitada sua assinatura em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora. Sequencialmente, foi iniciada a entrevista e caso o participante quisesse participar da entrevista, mas em outro momento, local ou horário, respeitáramos a sua vontade agendando o momento solicitado por ele, para proceder à coleta dos dados.

5.6 Produção do material empírico

As informações foram coletadas por meio de uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro com abordagem direta aos participantes e desenvolvido pela pesquisadora (APÊNDICE A). A entrevista é considerada como sendo um momento imprescindível para o estudo, nela o pesquisador se posiciona diante do entrevistado com o intuito de obter dados relevantes para a investigação, sendo uma forma de interação social promovendo um diálogo

assimétrico em que um lado visa à busca de dados, enquanto que o outro é o provedor de informações (GIL, 2008).

O roteiro foi composto por questionamentos subjetivos, assim como, interrogativas discursivas, ambas as fases são compostas por perguntas subjetivas, contudo a primeira visa permitir a caracterização dos cuidadores cadastrados no programa, enquanto a segunda permite discorrer sobre os conhecimentos e percepções acerca do cuidado prestado ao homem em seu domicílio, assim como sobre as potencialidades e dificuldades nessa assistência.

Para essa etapa da pesquisa utilizou-se um diário de campo, considerado uma importante tecnologia nos estudos qualitativos, que acompanhou a pesquisadora em sua análise observacional, que permitiu ao pesquisador, relatar suas observações através da linguagem não verbal expressada durante a entrevista, bem como do contexto físico, econômico e social vislumbrado no momento da coleta, permitindo compreender o objeto da pesquisa em suas dimensões (ARAÚJO et al., 2013).

5.7 Análise do material empírico

O método analítico utilizado para o processamento e análise do material empírico, foi o de Análise de Conteúdo (AC), modalidade temática, proposta por Bardin (2011), que define como sendo um conjunto de técnicas metodológicas para analisar as comunicações (verbais e não verbais), as quais são utilizadas procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo do material coletado, utilizando diferentes e adaptáveis formas. A análise temática de conteúdo é organizada em três etapas, sendo elas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados que envolvem a inferência e a interpretação. Para que a análise ocorresse de maneira eficaz, foram seguidas rigorosamente as fases da AC.

Sendo assim, a pré-análise compreendeu o momento de sintetizar as ideias iniciais explanadas no referencial teórico, selecionando os documentos que foram submetidos, além de ter formulado as hipóteses para elaborar indicadores que auxiliaram na interpretação final. Nesta etapa, incluiu as leituras flutuantes dos materiais coletados, escolha dos documentos, formulação de hipóteses e elaboração de indicadores.

Concluída essa fase, avançou-se para o segundo momento, definido como a exploração do material, considerada a etapa de codificação, considerando para isso os recortes dos textos, a determinação de regras para contagem e a classificação e organização das informações em categorias simbólicas ou temáticas. A fase de categorização une elementos

comuns correlatos em um ponto, que deram origem as categorias iniciais, intermediárias e finais e possibilitaram as inferências.

A posteriori, na fase de tratamento dos dados que envolveu a inferência e a interpretação, se visou à captação das manifestações expressas e latentes nos materiais, realizando análise detalhada e comparativa através das categorias existentes e evidenciando os aspectos semelhantes e diferentes nos dados.

Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa, optou-se por utilizar abreviações como “C”, que significa cuidador, acrescidos de um número para identifica-los nas suas respectivas falas durante a pesquisa. Vale salientar que se optou por preservar as expressões regionais nas falas dos participantes, contudo, foi necessário realizar correções gramaticais para melhor compreensão de seu conteúdo.

5.8 Aspectos éticos

O rigor em pesquisas científicas mantém-se por meio da legislação do Conselho Nacional em Saúde (CNS), inicialmente pela Resolução 196/96, revogada mais recentemente pela Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que aconselha em seu capítulo III que pesquisas envolvendo seres humanos devam obedecer aos preceitos éticos e científicos fundamentais, destacando dessa maneira a necessidade da existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), devidamente assinado pelo participante da pesquisa e a submissão do estudo junto ao Comitê de Ética e Pesquisa.

No intuito de preservar as recomendações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram disponibilizados aos participantes da pesquisa esclarecimentos a respeito do objetivo do estudo, sobre o anonimato, assim como sobre a livre autonomia de desistir da pesquisa a qualquer momento sem que seja lesado em qualquer sentido, pessoal, profissional financeiro ou físico. Os indivíduos que aceitaram participar do estudo foram apresentados o TCLE, e orientados a ler ou em caso de não o saber fazer a leitura, a pesquisadora se responsabilizou em ler e orientar quanto à assinatura em duas vias, que ficou uma via sob sua tutela e outra via sobre a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética do HUAC para apreciação, e a etapa de coleta de dados só foi iniciada após parecer e consentimento do comitê supracitado.

A coleta de dados concretizou-se mediante aprovação do parecer do CEP/HUAC sob número 1.919.636 (ANEXO F) durante os meses de Abril e Maio de 2017.

5.9 Riscos e benefícios da pesquisa

Os riscos para os participantes dessa pesquisa foram mínimos, se restringindo ao constrangimento no momento da entrevista, visto que o estudo procura evidenciar suas percepções acerca da sua ocupação. Estes riscos foram minimizados na medida em que foi ofertado um diálogo prévio criando e fortalecendo vínculos antes da entrevista, além de proporcionar ambiente e condições adequadas aos participantes, que lhe garantisse privacidade e comodidade e ainda respondendo e esclarecendo todas as dúvidas.

Os benefícios desse estudo dizem respeito às importantes contribuições para ciência, haja vista a escassez de conhecimentos nessa perspectiva. Os resultados desse estudo contribuem para melhorar a assistência aos homens em cuidados domiciliares, podendo permitir um cuidado diferenciado, humanizado e resolutivo diante das necessidades emanadas pelo homem, a partir das percepções do cuidador acerca do cuidado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Fonte: Google imagens, 2017.

Em consonância com o instrumento de coleta de dados utilizado nessa pesquisa, o presente capítulo delimita a análise e os resultados obtidos a partir das entrevistas guiadas pelo roteiro semiestruturado, aplicados com os cuidadores de homens assistidos no domicílio pelo Programa de Melhor em Casa em Cuité, cidade localizada no interior do estado da Paraíba. A respeito disso, os dados foram organizados e esquematizados de maneira estratégica sob a forma de figuras e categorias temáticas, de modo a atender aos objetivos propostos pelo estudo.

FIGURA 1 - Modelo esquemático das categorias temáticas

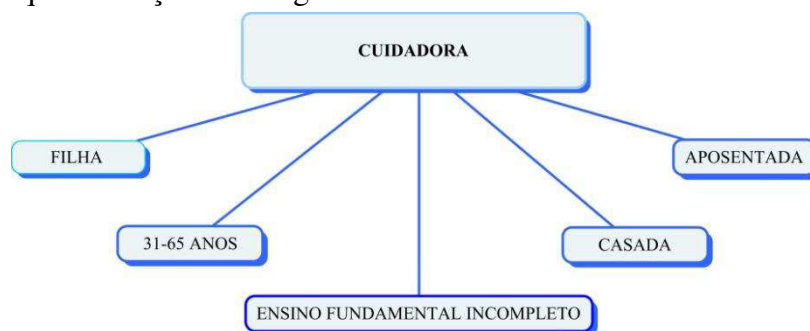


Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

CATEGORIA I: A hegemonia feminina no cuidado domiciliar: uma construção histórica social

A imagem a seguir representa de forma esquemática o perfil dos cuidadores de homens em atenção domiciliar, revelando a mulher como cuidadora principal, além de evidenciar outras variáveis referentes ao grau de instrução, estado civil, parentesco, idade e profissão.

FIGURA 2 - Esquematização da categoria temática I



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

[...] Sessenta e cinco [...] sou esposa [...] casada nos dois [...] aposentada (C1).

[...] Tenho trinta e cinco [...] é, terceiro ano completo! Uhum [...] solteira [...] sou filha dele (C3).

[...] É, é casada né? Porque a gente somos casado no padre né?! Eu sou viúva e casada no padre (C4).

[...] Estudei mai bem poquim, só fiz até a quinta série, aprendi a ler e escrever né?! (C12).

O universo pesquisado em que está inserido o homem sob os cuidados domiciliares é predominantemente feminino, corroborando com os achados na literatura consultada, sendo elas em sua maioria esposas e filhas, com idades entre 31 e 65 anos, casadas, aposentadas ou agricultoras, com ensino fundamental incompleto. Cerca de duas cuidadoras possuíam ensino médio completo e duas com ensino superior em andamento. Salienta-se que uma pequena parcela das participantes são cuidadoras formais. Vale destacar ainda que a amostra foi composta por dois cuidadores do sexo masculino e apesar do pequeno número, é possível notar a introdução desses sujeitos como atores na responsabilidade do cuidar.

Desde a organização mais primitiva de sociedade, foram sendo dispostos para cada ator determinadas funções, que ao longo do tempo foram aperfeiçoadas e fortalecidas por conceitos sociais, culturais e religiosos estabelecidos. Ao homem, a virilidade e a função de provedor do lar, enquanto à mulher, destinada às atividades de manutenção e sustentação do lar e da família, compreendendo o cuidado com todos que de alguma forma dependessem do seu olhar, por ser considerada altruísta para essa tarefa. A partir disso, naturalizou-se e incorporou-se na figura feminina, ao longo dos anos, o papel e a responsabilidade de cuidadora, bem como de guardiã dos valores e da moral da família (BARROS et al., 2014; BORSA; NUNES, 2011; BIOLO; PORTELLA, 2010; PARENTE, 2013).

A partir do século XIX, com o surgimento dos movimentos feministas, ocorreram grandes mudanças sociais na vida das mulheres, mesmo assim, a posição delas, dentro da família continuou assumindo habitualmente o papel principal na prestação de cuidados, tarefa motivada por normas sociais e culturais. A cuidadora se sente cumpridora de um dever social e moral, além da relação empática e afetiva que cerca a mulher ao logo da história, que se funde com as concepções e conceitos sobre o cuidar (CRUZ-ORTIZ et al., 2011; MACHADO et al., 2011; BORGHI et al., 2013; BRASIL, 2010; GUEDES; DAROS, 2009).

Sobre isso, Hedler et al. (2016), afirmam que é atribuído às mulheres o cuidado, independente do sujeito a qual se destina, podendo ser crianças, idosos, deficientes ou pessoa dependente, devido à maternagem ser naturalizada como sendo capacidade feminina, que diz respeito à capacidade inerente à natureza da mulher sobre educar e cuidar. Essa percepção também se origina de uma condição histórica social, atrelada à moralidade que guia as ações dos indivíduos na sociedade.

A maioria das cuidadoras nessa pesquisa eram cônjuges ou filhas. Segundo Machado et al. (2011) e Costa et al. (2013), o grau de parentesco determina a escolha do cuidador, sendo o cônjuge a primeira escolha, devido a certa “obrigação matrimonial” determinada pelo casamento, e portanto a responsabilidade de cuidar geralmente só transfere-se para os filhos, quando o cônjuge faleceu ou está impossibilitado de assumir a função.

Contudo, as mudanças sociais ocorridas com a pós-contemporaneidade, trouxeram para as mulheres o mercado de trabalho, acarretando em redução da sua disponibilidade de tempo para desempenharem o papel de cuidadora primária, exigindo do homem maior proximidade com a responsabilidade de cuidar do familiar (BORGHI et al., 2013). Apesar de um discreto número de cuidadores masculinos, foi possível perceber nesse estudo a aproximação do homem com o cuidado, mostrando uma importante inversão do modelo histórico social construído que ora era determinado como natureza feminina. Como se pode perceber nas falas a seguir:

[...] Tenho cinquenta e sete [...] aposentado [...] Sou filho dele (C5).

[...] Eu acho que vou fazer cinquenta né? [...] Separado, é, sou casado e separado [...] Minha profissão? É ajudante de pedreiro [...] Eu sou genro dele (C9).

O cuidado faz parte da construção do ser humano, é intrínseco a sua condição, originou-se no seio familiar, tendo a função de garantir a sobrevivência e de suprir as necessidades dos indivíduos, seja ela biológica, psicológica, social ou espiritual. O cuidado diz respeito à maneira mais refinada de enxergar o outro, de doação, zelo e solicitude. No contexto familiar, o cuidado é fornecido por meio de saberes próprios, regado aos preceitos éticos e culturais de cada indivíduo (SANTOS; INCONTRI, 2010).

O cuidado domiciliar abrange diversas funções que objetiva ajudar o homem a realizar atividades que ele não consegue desempenhar sozinho, e necessárias para manutenção do seu bem estar e da sua qualidade de vida, sejam elas relacionadas à higiene pessoal, alimentação,

locomoção, incluindo ainda o auxiliar nas atividades instrumentais da vida diária como fazer compras, preparar refeições, além de dá atenção no sentido de estar atento as preocupações do indivíduo, ajudando-lhe a lidar com suas tensões emocionais (HEDLER et al., 2016).

Exercer o cuidar exige disponibilidade e dedicação em tempo integral para atender as necessidades do ser cuidado, condição que impossibilita muitas vezes o cuidador de ter outro compromisso ou assumir outra obrigação, devido à dificuldade em conciliar o cuidado com as atividades extradomiciliares, o que pode gerar dificuldades financeiras, atingindo o cuidador e refletindo nos cuidados prestados (OLIVEIRA et al., 2012). A maioria das cuidadoras desta pesquisa era autônoma ou aposentada, ou seja, desenvolviam seus trabalhos com horários flexíveis e no próprio domicílio, ofertando suporte ao indivíduo que precisa de cuidados. Esse achado é também exemplificado na pesquisa desenvolvida pelos autores supracitados com cuidadores familiares de pacientes que possuíam algum tipo de doença crônica, residentes em um município do noroeste do Paraná.

Outro dado importante desse estudo, diz respeito à baixa escolaridade das cuidadoras, o que assevera uma grave situação política e social brasileira. Sobre isso, Meira et al. (2014) justificam que entre os anos de 1930 à 1950, a oferta do ensino fundamental privilegiava segmentos sociais específicos. Com isso, até o ano de 1980 o baixo nível de escolaridade não era limitante de desenvolvimento social e econômico do indivíduo, devido à característica do modelo econômico e industrial da época; dessa maneira, os idosos que vivem na atual organização social que passaram por uma realidade inteiramente rural, não foram exigidos sobre a necessidade de um maior grau de instrução para se desenvolverem social e economicamente. Vejam a fala abaixo:

[...] Estudei, mais bem pouquinho, só fiz até a quinta série, aprendi a ler e escrever né? No meu tempo o meu pai num dava muito valor a estudo, ai num queria que a pessoa estudasse (C12).

Assim, reitera-se que a incapacidade de leitura e compreensão de informações, relacionada à baixa escolaridade do cuidador pode refletir negativamente sobre os cuidados prestados ao indivíduo, dificultando ao cuidador reconhecer a necessidade de buscar ajuda de profissionais, seja para situações diárias ou para as necessidades emanadas do ser cuidado (COSTA et al., 2013).

CATEGORIA II: A fragmentação das necessidades de um ser integral: o reflexo no cuidar em domicílio

Um indivíduo é entendido como sendo a complexidade de um todo indivisível, suas necessidades básicas estão inter-relacionadas, nesse sentido, por mais que haja relação estreita ou distante entre elas, todas são susceptíveis a sofrerem alteração diante de qualquer desequilíbrio (HORTA, 2011). O processo de cuidar vai além de identificar manifestações clínicas, diz respeito a preocupar-se em atender as necessidades biopsicossociais e espirituais, porém foi percebido durante esse estudo a fragmentação e mecanização do cuidar, evidenciado como ações pontuais para suprir determinada necessidade do usuário no domicílio. Diante disso, para melhor compreensão dessa ruptura no processo do cuidado, essa categoria foi dividida em duas outras subcategorias.

FIGURA 3 - Esquemática da categoria temática II e suas respectivas subcategorias

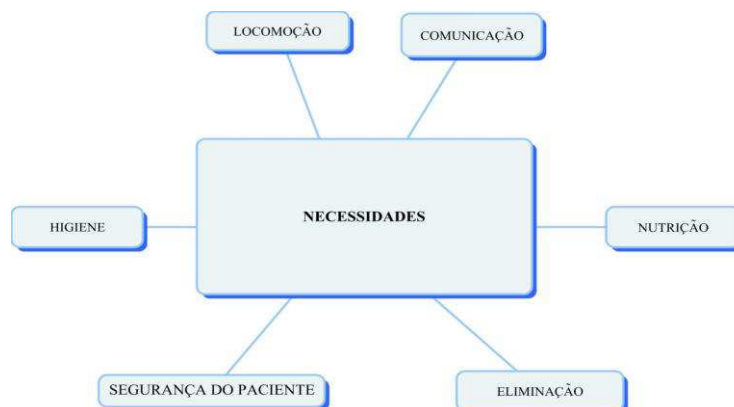


Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

SUBCATEGORIA I: Necessidades fragmentadas

A figura a seguir representa as necessidades de saúde emanadas pelos homens em atendimento domiciliar, na percepção dos seus cuidadores, evidenciadas exclusivamente as de natureza biológica.

FIGURA 4 - Esquemática da subcategoria I



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

[...] Andar, ele não consegue, tomar banho que ele não consegue esse tipo de coisa [...] Ele teve AVC, e duas, três amputações (C2).

[...] Minha fia é porque ele num se senta, [...] Ele é uma pessoa que não se ajuda [...] Ele não tem ação pra nada, a dificuldade dele só é essa, grande, porque a pessoa num se locomove, ele não ajuda (C12).

[...] Tem o problema da dificuldade da voz [...] no inicio ele já ficou sem andar, tendeu? Ai depois foi indo e começou sem falar quando foi deu dessa última vez ele ficou sem falar [...] pra se limpar, ele não consegue se limpar bem [...] só assim, que o tempo que ele passa sentado ai, tem dia que ele passa o dia todinho ai não tem aquela assistência, aquela pessoa conversando com ele pra distrair, tendeu? [...] o problema dele é que ele num tem força nas pernas né, se for ele, ele não muda a passada sozinho (C4).

[...] Tontura, mal estar, sente dores a noite sabe? [...] Ele num tem mais voz pra chamar à noite [...] sente tontura, sente dor de cabeça, dor no pescoço que é onde tá o a lifoma né? Ele sente mal estar, agonia também, a parte da manhã, essa hora ele tá um pouco melhor, mas quando a parte da manhã até assim onze hora fica mais deitado porque ele não consegue ficar de pé [...] não consegue engolir, às vezes ele se engasga e ele é um homem limpo, sai se sufocando pra cuspir lá fora (C10).

[...] Necessidade? Bom, ele perdeu a visão por causa do diabetes né?! Aí hoje faz tratamento de hemodiálise, aí tem que fazer o tratamento e tem que ter os cuidados com a diabetes (C3).

[...] Ele depende de uma pessoa o tempo todo, pra tudo né? pra as necessidades fisiológicas, pra ajudar nas necessidades fisiológicas né?! é, pra se locomover, porque ficou com um lado quase paralisado né? Por conta do AVC [...] ficou com incontinência urinária, a locomoção é muito pouca, mesmo com alguém de lado dele né?! É muito pouca (C5).

[...] Porque ele num tem movimento nenhum né?! Sente muita dor no osso, aí onde que pega, onde que bota ele no canto, ele fica ali paradinho, aí na hora que você chega, pra mexer com ele, aí ele já começa se incomodando (C9).

[...] Ele não reconhece objetos [...] no momento ele não reconhece nem a parede (C11).

As necessidades emanadas pelos usuários do PMC são reconhecidas pelo cuidador como necessidades biológicas, pontuais e fragmentadas. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, enfermeira influenciada pelas propostas da Teoria da Motivação Humana, criada pelo psicólogo Abraham Maslow, que desenvolveu uma teoria prescritiva, exemplifica como as necessidades dos homens são visualizadas por seus cuidadores. Sendo assim, o indivíduo só busca atendimento para uma necessidade superior ao nível ao qual está, quando esta estiver sido satisfeita ou atendida. Entre as necessidades relatadas, destaca-se a de locomoção, alimentação, fala, visão, eliminação e higiene, todas de cunho biológico.

Horta (2011) refere às necessidades humanas como sendo estados de tensões, sejam eles conscientes ou inconscientes que resultam de alterações no equilíbrio dos fenômenos vitais, organizadas em três níveis, a psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, sendo que as duas primeiras são encontradas em todos os seres vivos e a última exclusiva aos seres humanos, as necessidades são inter-relacionadas, uma vez que fazem parte da complexidade indivisível do todo, que é o homem, por mais que haja relação estreita ou distante entre as necessidades, todas são susceptíveis a sofrerem alteração diante qualquer desequilíbrio.

As necessidades psicobiológicas dizem respeito às necessidades de oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutânea mucosa, integridade física, necessidade de regulação, locomoção, percepção, ambiente e terapêutica; enquanto que as necessidades psicossociais compreendem a necessidade de segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem (educação à saúde), gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, autorealização, autoestima, participação, autoimagem, atenção; e as psicoespirituais compreendem a religiosa ou teórica, ética ou filosofia de vida (HORTA, 2011).

Os resultados dessa pesquisa representam a visão do modelo biomédico hegemônico que é regido por variáveis biológicas, desconsiderando os aspectos psíquicos. Esse modelo foi

influenciado pelo paradigma cartesiano, em que o indivíduo deixa de ser visto na sua totalidade e passa a ser percebido como sendo uma máquina complexa, composta por diferentes e minuciosas partes, o foco é direcionado ao indivíduo, sem considerar suas especificidades, contexto histórico, social ou familiar, e as ações são exclusivamente voltadas para o corpo ou para parte do corpo comprometida. Logo, o indivíduo resume-se a um organismo biológico, formado por partes e que o funcionamento do todo, dá-se através da soma de todas elas (FERTONANI et al., 2015; MELO et al., 2013; ROCHA; DAVID, 2015).

Seguindo essa lógica, Campos (2005) *apud* Lopes et al. (2012), corroboram que o sujeito deve ser visto como um todo, levando em consideração sua história pessoal, seus hábitos de vida e sua forma de perceber e tratar a doença. Nesta perspectiva, ao considerar apenas as necessidades biológicas do indivíduo, significa dizer que o modelo biomédico continua sendo propagado e seguido, mesmo em um contexto em que os cuidados são ofertados no domicílio por meio de um programa que visa à preservação da identidade social, histórica, religiosa, econômica e familiar, reconhecendo o sujeito na sua singularidade e integralidade (FEUERWERKER; MERHY, 2008; BRASIL, 2012).

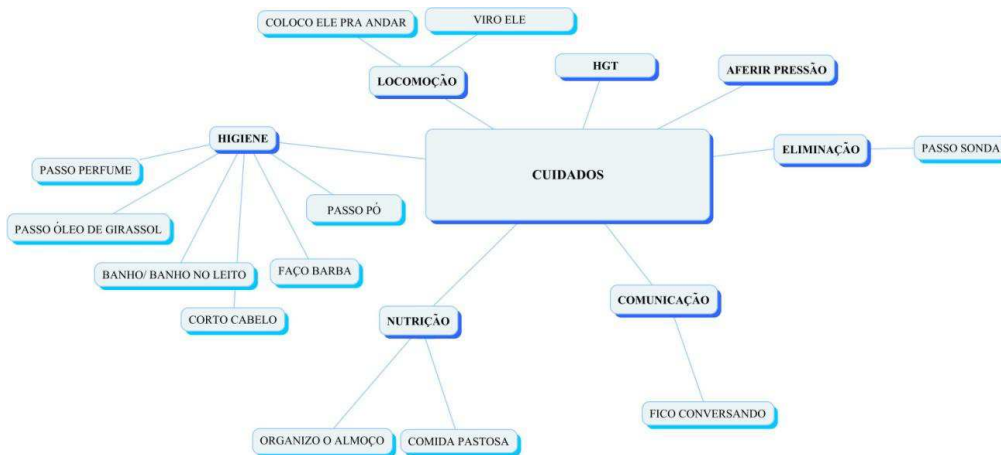
O modelo de saúde ainda realizado centra-se na produção de ações predominando a desarticulação do cuidado. Diante disso, torna-se notável a persistência do modelo médico hegemônico ao unificar as necessidades do ser cuidado às necessidades biológicas, que parecem sobrepor-se a todas as outras emanadas do sujeito, resumindo-o a um ser exclusivamente biológico (SILVA, 2015). Esta conduta se contrapõe não apenas ao modelo de saúde existente no país, mas, sobretudo às diretrizes e ao objetivo do PMC; destarte, essa prática reflete as imposições históricas perpetuadas ao longo dos anos arraigadas na percepção sobre as necessidades de saúde, refletindo sobre o cuidar.

O PMC orienta-se pelo conceito ampliado de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde, que reconhece o indivíduo como sendo uma totalidade indivisível, que só existe saúde quando todas as necessidades são atendidas satisfatoriamente. A julgar por, este programa trabalha sob um amplo escopo que visa ações de promoção, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, abordando nas suas diretrizes os eixos da humanização e da integralidade da assistência; além disso, as ações devem ser baseadas nas necessidades do usuário, minimizando a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2016).

SUBCATEGORIA II: Cuidado fragmentado

Na imagem a seguir vislumbra-se a representação dos cuidados prestados pelo cuidador domiciliar aos homens.

FIGURA 5 – Esquematização da subcategoria II



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

[...] Eu pego ele ponho na cadeira, levo pra ali dou banho na área de serviço [...] Ele só toma banho na água morna aí eu pego, morno água e dou banho lá na área de serviço, mas aí eu já tô acostumada, ponho ele na cadeira de rodas, passo para outra cadeira, dou banho, passo pra cadeira de rodas e trago pra cama, é assim, eu faço assim, eu venho fazendo tudo por ele boto na cadeira, tiro, dou banho, faço a barba, corto cabelo, tudo dele sou eu que faço (C12).

[...] Com o pouco que ele tem, eu organizo o almoço pra ele almoçar e a tarde se ele não tiver comprado o leite, ali tem um pedacinho de carne, eu vou cortar bem miudinho, cortar umas verdurinhas e fazer um pratinho de sopa pra ele jantar, pra ele num ficar sem jantar (C10).

[...] Os meninos vem pra aqui, joga dominó, ele joga dominó né? os meninos vem almoçar aqui toda semana, os filhos aí fica conversando com um e com outro, aí os meninos bole com ele, tendeu? [...] Quando ele faz as necessidades dele, a maior parte a gente banha ele né? A maior parte [...] Ele começa assim, eu deixo ele sentado no vaso aí a pia é bem pertinho, às vezes deixa enchendo, aí ele vai tirando a primeira sujeira sabe? Depois eu que dou (C4).

[...] Toda semana a gente tem que passar uma sonda nele, no canal da urina dele, porque se não fizer isso em pouco tempo tranca o canal, aí

tem que levar as pressas para o hospital, mas toda semana a gente tem, já tem as sondazinha que eu mesmo passo, uma sondazinha (C5).

[...] Às vezes ele acha que não tem condições de ir no banheiro e a gente tem que incentivar pra ele ir ao banheiro, pra tomar banho, e às vezes quando ele não quer ir, quando ele reluta aí a minha irmã, ela dá banho nele no próprio leito né?! (C7).

[...] Ele todo dia pela manhã eu faço o teste né? Ver como tá a taxa da glicose aí às vezes ou alta ou baixa, aplicar insulina né, assim, quando tá baixa não precisa né? Mas quando tá alta tem que aplicar (C3).

[...] Pra aferir a pressão eu peço emprestado dos amigos e pra ver a glicemia dele infelizmente só quando o pessoal do Melhor em Casa ou alguém vem aqui, tá meio complicadinho [...] bom eu coloco ele pra andar um pouco na casa [...] aí coloco ele lá fora, pra ficar sentado um pouco levando um ventinho, ele gosta de tomar banho ali fora por causa do vento (C11).

[...] Viro ele, sabe? Ele quer virar pra lá, aí ele diz que quer virar, aí eu viro [...] É, viro ele pra cá, boto ali na cadeira, corto o cabelo dele, tiro a barba dele, num deixo barba grande, fica mais velho ainda, boto perfume, boto pó, boto, passo óleo nele todinho, óleo de girassol de manhã, e na hora do banho aí, fazer o que mais né?! (C6).

[...] Eu fico pertinho dele, aí pego nas mãos dele e ajudo né?! Chega na posição da boca, aí eu digo, bote pai, aí vai pra boca, aí deixo com a culé na boca aí ele vai fecha a boquinha e engole né?! É comida pastosa num é comida grossa, é tudo passado no liquidificador né? (C9).

Ao se reportar a indivíduos em sua maioria acamados, com déficit de locomoção, percebeu-se que as necessidades biológicas sempre serão o alvo da concretude do cuidado, deixando de atender as demais necessidades também presentes no indivíduo cuidado. Sendo assim, as ações ofertadas são basicamente a realização de banho, alimentação e cuidados para evitar lesões como uso de óleo de girassol, e mudança de decúbito. Dessa maneira, reconhecer individualmente a necessidade, significa dizer que serão ofertados cuidados individuais, fragmentados, sem considerar o todo indivisível do ser, que competem às necessidades

psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais defendidas pelas teorias anteriormente citadas. Esse cuidado fragmentado compromete a satisfação das necessidades e a humanização no cuidado domiciliar.

Ao reconhecer as necessidades do indivíduo de forma fragmentada, o cuidador reflete diretamente nos cuidados ofertados a sua percepção acerca da saúde. A fragmentação é paralela à percepção de integralidade preconizada e estimulada pelos profissionais de saúde, desde a reforma sanitária brasileira.

Conforme afirma Silva (2015), as práticas assistenciais de saúde para atender as necessidades do sujeito quando reconhecidas separadamente não expressam resultados impactantes para saúde e vida do indivíduo cuidado, necessitando reconhecê-lo de forma integral, uma vez que o ser é composto simultaneamente de todas as partes, que por sua vez são indivisíveis.

Não há possibilidade de prestar cuidados sem considerar as relações que se estabelecem na ação de cuidar e sem considerar o ser cuidado na sua integralidade. O ato de cuidar ultrapassa o âmbito técnico na implementação das ações, de modo que representa a personificação das relações interpessoais e afetivas, que amplia a percepção sobre o homem, sua saúde e o cuidado que necessita. A responsabilização e a valorização do outro, de modo a respeitar sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade, ofertando cuidados que propiciem a melhora da qualidade de vida (VIEGAS; PENNA, 2015).

Os autores Lopes, Rodrigues e Barros (2012) fortalecem essa perspectiva e acrescentam que se deve aprimorar a escuta sobre as demais necessidades não referidas pelo indivíduo, promovendo cuidados de modo articulado e complementar, percebendo as múltiplas dimensões subjetivas e os espaços sociais em que o sujeito está inserido.

A integralidade fomenta assistir o indivíduo na sua totalidade, recusando o reducionismo do sujeito, apoiando sua prática nos saberes biomédicos, nas ciências humanas, sociais e no conhecimento da prática. Quando atrelado os saberes técnicos profissionais aos saberes do indivíduo cuidado nas suas diversas experiências de vida, encontra-se o atendimento das necessidades em suas formas orgânicas, emocionais, sociais e espirituais afetadas no processo de adoecimento (LIMA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013).

Vale salientar que a integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS, e foi justamente nessa lógica que surgiu o PMC, numa concepção de propiciar a prestação de novas modalidades no cuidado, contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, oferecidos no domicílio a fim de garantir a continuidade e a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2012, 2016). A AD permite que as práticas em saúde se

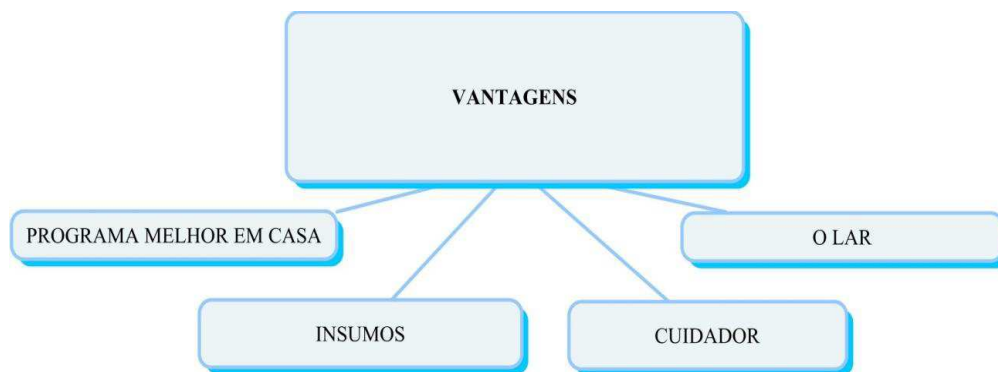
aproximem cada vez mais do indivíduo e do conceito da integralidade, que faz parte da ideia principal da Reforma Sanitária Brasileira (BRITO et al., 2013).

Nesse sentido, os dados da pesquisa revelam que há muito a ser melhorado na prestação de cuidados pelo cuidador domiciliar. O fato da maioria dos cuidadores terem baixa escolaridade pode corroborar para essa compreensão limitada de necessidades e cuidados à saúde, cabendo à equipe multiprofissional modificar o perfil do cuidado ofertado por esses atores, encorajando a visão ampliada da saúde e propiciando um cuidado diferenciado, guiado pela finalidade e pelas diretrizes do PMC.

CATEGORIA III: O lar na centralidade do cuidado: as vantagens da assistência domiciliar no atendimento das necessidades de saúde

No esquema a seguir são demonstradas as vantagens do atendimento domiciliar na visão dos cuidadores.

FIGURA 6 – Esquematização da categoria temática III



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

[...] Porque tá no Melhor em Casa agora [...] tá mais tranquilo, tá melhor agora, de vez enquanto as meninas vem, entendeu? Mas antes minha fia, eu quase morro sozinha (C2).

[...] Cadeira de roda tem, que de primeiro era uma dificuldade ai o Melhor em Casa arrumou essa cadeira, num é da gente não, é do Melhor em Casa (C6).

[...] Bom, o pessoal do Melhor em Casa tá ajudando muito viu? [...] Quando eu vi o programa Melhor em Casa eu achei bem mais

interessante para o paciente, menos cansativo, principalmente se você tiver pensando no paciente em si, com certeza é menos cansativo (C11).

[...] O que a gente tem pra oferecer é o nosso ambiente, é o ambiente que a gente vive aqui é esse aqui [...] Ele gosta muito de ficar aqui na área conversando, olhando o movimento e tudo mais se ele vai sair, se ele quer sair pra ir ali na calçada aí a gente tá com mais cuidado, mais atenta né?! Mas pra se locomover ele utiliza o andajá normalmente (C7).

[...] Já disponibilizei meu tempo pra eles tô de manhã e tô de tarde aqui, tem esse irmão meu aí, que quando ele tá bom, sem beber, ajuda né?! (C5).

[...] Filha o saúde em casa tá muito bom, eu tô me sentindo muito feliz, porque quem fazia esse curativo era eu, eu vivia penando nos posto atrás de curativo, atrás de material, chegava lá às vezes tinha faixa, às vezes tinha gaze, às vezes num tinha, eu mandei comprar uma faixa, eu lavava, ele num tem ferro, eu botava sem passar o ferro, enrolava pra num deixar a ferida dele aberta, e eu num sou nem Enfermeira, fazia o curativo dele em casa (C10).

O perceber das vantagens de atender os usuários no domicílio, por vezes não se expressa explicitadamente nas falas, mas grande parte dos entrevistados reconhece o Melhor em Casa como sendo um facilitador do cuidado no domicílio, além de instrumentos como órteses e cadeiras de rodas que facilitam no dia a dia, o atendimento de determinadas necessidades. Outro aspecto identificado como facilitador foi o fato de ter um cuidador em tempo integral, seja ele formal ou informal, que dispõe de tempo para realizar os cuidados com dedicação e zelo.

A fundação do PMC por meio da Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, deu-se com o intuito de promover a desospitalização com cuidado continuado no domicílio, a partir da assistência ofertada pelas equipes de atenção domiciliar, seguindo os princípios basilares do SUS, o Programa propõe as equipes o contato com as vulnerabilidades sociais em que as famílias estão inseridas, se aproximando da rotina, crenças, valores e formas de cuidar passadas de geração a geração. A existência do programa tem facilitado o fornecimento de condições adequadas para melhorar a qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2011).

Mesmo mediante as onerosas despesas que a família possui com o paciente portador de doença crônica incapacitante, e que muitas vezes o cuidador tem que abdicar do próprio emprego para prestar uma assistência em tempo integral e qualificada ao indivíduo, os participantes desta pesquisa revelaram a disponibilidade de insumos como sendo um facilitador, porém a maioria dos participantes revela que são os próprios familiares que disponibilizam os insumos (CARVALHO et al., 2015). Salienta-se que o PMC deve dispor de material médico-hospitalar, medicamentos e insumos em quantidades e frequências estabelecidas, para que seja ofertada uma assistência integral ao indivíduo sob sua tutela, sendo reconhecido como algo que facilita os cuidados no domicílio (BRASIL, 2012).

É fato que o PMC tem proporcionado às famílias, a autonomia e a responsabilidade sobre o cuidar, mas não é uma transferência de responsabilidade do governo para a família, na verdade o Programa promove a produção compartilhada de cuidados entre a equipe e o cuidador familiar, fomentando o uso de tecnologias leves e leves-duras, respeitando a complexidade das relações familiares, permitindo a participação ativa destes durante o processo do cuidar e compartilhando as responsabilidades para que o objetivo da terapêutica seja de fato alcançado (BRASIL, 2012).

As tecnologias em saúde proporcionam melhor aproximação com o indivíduo, oferecendo assistência humanizada. As tecnologias leves, dizem respeito ao acolhimento, vínculo e à relação que envolve o usuário e o trabalhador em saúde, esta tecnologia serve como guia para o atendimento domiciliar, enquanto que o saber clínico se expressa pelas tecnologias leves-duras. As tecnologias duras são os materiais utilizados para prestação de cuidados (MEHRY, 2009). Todas as tecnologias fazem parte, cada um com seu grau de importância, sendo as leves consideradas um diferencial na produção de cuidados em saúde (OLIVA, 2012).

Esta pesquisa revela que o fato do indivíduo ser assistido no próprio domicílio como algo que facilita o cuidado. Sobre isso, Oliveira e Kruse (2017) referem que historicamente a família é referência sobre o cuidado e o lar é percebido como algo que auxilia no prognóstico, já que preserva a identidade do sujeito, o contato com os familiares durante o processo de adoecimento e contribui positivamente sobre a melhora da saúde e da qualidade de vida. O PMC reúne aspectos físicos, afetivos e sociais, que se revelam de extrema importância para reestabelecer o indivíduo, unindo seu contexto familiar a uma equipe multiprofissional de saúde, guiada pela lógica da humanização da assistência da saúde (BRASIL, 2012).

Frente a isso, supõe-se a existência de um cuidador, que pode ser um familiar ou não, sendo classificado como cuidador informal e formal, ao assumir junto à equipe o

compromisso sobre o cuidado domiciliar com o usuário. O cuidador é componente da importante tríade do cuidado domiciliar, considerado como um forte elo entre o homem e a equipe de saúde, auxiliando na manutenção das atividades de vida diária, atendendo as demandas do usuário para o sucesso do plano terapêutico (FREITAS et al., 2011).

A função de cuidador domiciliar, não é reconhecida até o presente momento como uma profissão, mas como uma atividade ocupacional, exercida por pessoas com formação vulnerável. Esta ocupação integra a CBO sob o código 5162-10, do Ministério do Trabalho e Emprego, muito embora tramite no Congresso um projeto de Lei que regulamenta a profissão de cuidador de idoso, ele permanece sem parecer (BRASIL, 2012).

Os entrevistados neste estudo relatam a importante função do cuidador, e como a sua presença em tempo integral facilita o cuidado ao homem em atenção domiciliar, como se percebe na seguinte fala:

[...] Porque sempre eu tô em casa né?! eu trabalho em casa mesmo, aí todos os dias eu tô aqui com ele, aí de manhã eu já olho como é que ele tá né?! (C3).

A atenção domiciliar é uma alternativa em serviços de saúde, que prioriza o cuidado integral e humanizado, prestado pelas equipes de saúde ao desempenharem atividades com habilidades técnicas, na transmissão dos conhecimentos científicos e informações para que os familiares possam desenvolver atividades nos cuidados diários orientadas pela equipe (SIMÃO; MIOTO, 2016).

Outrossim, Oliveira et al. (2012), relatam sobre a facilidade do atendimento no domicílio, permitindo as pessoas que tenham acesso de forma gratuita a esse tipo de serviço, além da disponibilidade de tecnologias que estavam restritas ao serviço hospitalar. A AD é tida como uma modalidade específica de assistência à saúde, operacionalizando o atendimento. Outra facilidade desse serviço é a dispensação de insumos básicos para a manutenção das atividades diárias no domicílio, proporcionando certa segurança aos cuidadores e usuários.

Percebe-se a necessidade de depositar credibilidade nos serviços de atenção domiciliar, mediante seus benefícios quantitativos e qualitativos, devendo ser uma prioridade com agenda política, para sustentabilidade de um modelo assistencial em concordância com o novo perfil epidemiológico e demográfico apresentados no país (BRAGA et al., 2016).

CATEGORIA IV – Reveses do atendimento das necessidades de saúde dos homens no domicílio: o peso da responsabilidade

Na imagem a seguir são reveladas as principais dificuldades encontradas pelos cuidadores para atender as necessidades dos homens no domicílio.

FIGURA 7 – Esquematização da categoria temática IV



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

[...] Nós mesmo é quem geral nós cuida dele né? assim, mas seria muito bom que tivesse alguém pra que desse uma força na gente [...] Seria muito bom, se antes ele tivesse tido a sorte de né?! de, ter ficado assim né?! Num canto próprio como é todos os velhinho né? Tem o direito, quando chega na idade que ele chegou leva pra, o asilar né?! Eles ficam num cuidado lá né?! Observado e a família sempre tá né?! Por perto pra dizer, ver a situação né?! (C9).

[...] Aí mulé, é andar com ele, né? que toda hora eu não tenho tempo, você sabe a luta de uma dona de casa, você vai lavar, você vai passar, você vai arrumar a casa, você vai fazer de tudo, é andar, somente, é andar com ele, é a única coisa que eu queria na vida era dizer assim, que os filho tivesse disponível, mas eu sei que eles tudo trabalha, pra andar com ele [...] Não, aqui é só eu pra da banho, pra fazer as necessidades, só eu mesmo, né?! [...] é, só ter uma pessoa pra conversar, que ele se sente assim só isolado e vive assim, que é eu e ele, ele tá só, eu acho que ele tá só, aí fica assistindo danado de reporte o dia todinho (C4).

[...] Muitas coisa mulê, porque tudo é eu mais ele né? Eu pra mim, tudo é difícil, pra eu fazer as coisas, resolver tudo isso sozinha (C1).

[...] Mas não é tantas, é mais trabalho né?! Num é nada difícil, é mais trabalho e a dificuldade que eu tenho é por conta que a família não tão, assim num chega perto, sou só eu e no máximo (C5).

[...] A dificuldade que pode acontecer, que pode surgir, é quando a gente tem que se ausentar né?! ou por questão de trabalho ou por questão de estudo ou por questão de, entendeu? Alguma coisa pra fazer, que a gente tem lá fora alguma responsabilidade, alguma coisa pra resolver, aí sim complica um pouco (C7).

[...] Eu ter que tá correndo, todos os dias eu ter que ir atrás de um, dum esfigmomanômetro pra poder aferir a pressão dele, estetoscópio né?! A questão da, glicemia não tem como controlar porque eu num tenho o aparelhinho aí dificulta né?! (C11).

[...] A cama que é ruim mulher, se tivesse uma cama mais alta, que tivesse as rodinha, tipo cama de hospital era melhor, porque puxa a cama prá cá, empurra a cama prá lá, porque ele tem que tá prá lá mode ele num cair, que ele já caiu essa semana, caiu da cama relou aqui, amanheceu, tava de manhã no chão (C6).

[...] É porque ele é muito pesado e eu tenho problema de coluna também, eu tenho artrose, depois desses problema dele, eu tenho, bico de papagaio que é escoliose que chama, eu tenho desviu no pescoço, eu tenho muita coisa depois disso, vai fazer um ano que eu fiz um cateterismo e uma angioplastia, eu tô vendo a hora de quem seja atendida seja eu [...] aí tudo são coisas que vem acontecendo depois dessa doença dele [...] aí depois o povo diz: quem tem AVC, um paciente em casa com AVC, a gente morre junto, morre não, a gente adoce, mais num morre não, vai vivendo (C12).

Diversas são as dificuldades encontradas pelos cuidadores, entre elas destacam-se nessa pesquisa: a falta de equipamentos para verificação de pressão arterial e glicemia capilar, reclamações acerca da cama, cadeira de rodas, porém a dificuldade mais expressiva, quase

unânime, diz respeito à falta de compromisso e responsabilização dos demais membros da família sobre o cuidado com o usuário, acarretando em sobrecarga do cuidador.

Como o PMC exige a presença de um cuidador, além do consentimento da família para a prestação de cuidados domiciliares, a participação de todos os familiares é fundamental para concretude do cuidar. Como afirmam Carvalho et al. (2015), o cuidado no domicílio não pode ser imposto, por isso é necessário que a família esteja ciente e se comprometa junto a equipe de saúde com as atividades a serem desenvolvidas no processo de cuidado, onde se faz necessário que o cuidador principal ou o ser cuidado, caso esteja consciente, assine o termo de consentimento informado. O cuidador assume voluntariamente a responsabilidade sobre o cuidado de seu ente querido por diversas questões, sejam elas de natureza ética, afetiva ou social.

A sobrecarga física, psíquica e emocional dos cuidadores familiares são amplamente evidenciadas e discutidas na literatura, devendo ser percebida em uma esfera multifatorial. Muniz et al. (2016), revelam que as atividades desenvolvidas no domicílio por parte dos cuidadores são em sua maioria de alta complexidade, ocorrendo sem supervisão ou orientação de profissional com competência legal; como consequência disso, ocorrem prejuízos no cuidado ao sujeito, já que os cuidadores não conseguem perceber situações de risco. Para Stackfleth et al. (2012), as atividades desenvolvidas pelo cuidador podem causar sobrecarga, devido ao despreparo dos cuidadores para realização delas, podendo causar danos para saúde do cuidador no cuidado ofertado e nas relações familiares.

A dificuldade mais retratada pelos entrevistados diz respeito à ausência da corresponsabilidade dos demais membros da família, com as necessidades emanadas do usuário em atenção domiciliar, sendo que apenas uma pessoa assume integralmente os cuidados. Carvalho et al. (2015) relatam que a inexistência da disponibilidade de outros membros da família, no compartilhar dos cuidados e responsabilidades, obriga que o cuidador principal torne-se refém da sua própria decisão, assumindo consigo as rotinas e procedimentos necessários para manutenção do cotidiano, tornado o cuidado exaustivo e limitado.

A ausência de outro cuidador para compartilhar as responsabilidades pode inferir na sobrecarga física, psíquica e emocional, causando-lhe isolamento social e exaustão. A sobrecarga deve ser vislumbrada na sua forma multidimensional, abrangendo a perspectiva do ser humano biopsicossocial, que resulta da busca por equilíbrio entre as variáveis de tempo, condições financeiras, psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuições de papéis, para promover um cuidado direcionado ao usuário em assistência domiciliar (SOUZA et al., 2015; BIOLO; PORTELLA, 2010; MACHADO et al, 2011; RAFACHO; OLIVER, 2010).

Os cuidadores do sexo feminino apresentam maior grau de sobrecarga, devido ao acúmulo de diversas outras tarefas associadas ao papel de esposa, mãe, profissional e dona de casa, sendo impossibilitada de abdicar de qualquer um desses papéis para dedicar-se exclusivamente ao cuidado, oprimindo-se por suas múltiplas funções (OLIVEIRA et al., 2012).

A dependência de cuidados oriundo de um cuidador, gera uma crise de estresse que pode comprometer o relacionamento pessoal, social e familiar. A sobrecarga também pode surgir pelas mudanças ocorridas na vida pessoal e profissional do cuidador em virtude de priorizar as necessidades do ser cuidado, podendo ainda ser agravada pela falta de informação a respeito da condição de saúde, do tratamento e das estratégias utilizadas para lidar com situações de crise no dia a dia (COSTA et al., 2015; BAPTISTA et al, 2012).

Os autores supracitados ainda revelam que a sobrecarga está relacionada ao grau de dependência do indivíduo, sendo diretamente proporcional ao nível de dependência, contribuindo para causar estresse físico e mental. Outro achado relevante na pesquisa realizada por Costa et al. (2015) evidencia as especificidades do cuidado voltado para o público masculino, que por não aceitarem bem a condição de dependência e a necessidade de ser cuidado, gera maior grau de estresse e sobrecarga para os cuidadores familiares.

Outra dificuldade apontada pelos cuidadores desta pesquisa é sobre as condições inadequadas do domicílio, que se relacionam ao fato dos cuidadores terem baixo grau de escolaridade e com isso aporte financeiro limitado (LOUREIRO et al.,2013). As adequações físicas do domicílio influencia diretamente nas ações desenvolvidas, podendo causar exaustão aos cuidadores e dificultar o processo de cuidado no domicílio. Corroboram com esses, as pesquisas realizadas por Carvalho et al. (2015) e Costa et al. (2015) ao revelarem o perfil dos cuidadores domiciliares, que são em sua maioria mulheres, filhas, casadas, escolaridade entre 5 a 9 anos de estudo, com renda salarial entre 1 e 3 salários mínimos, porém com predominância de cuidadores desempregados em decorrência da condição de ser cuidador familiar.

Apesar de a ambiência fazer parte da avaliação para elegibilidade da admissão no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), são exigidas condições mínimas como água potável, energia elétrica entre outros critérios básicos. Todavia, as dificuldades manifestadas nas falas dos participantes deste estudo são acerca de materiais médico-hospitalares, que em tese deveriam ser disponibilizados pelo PMC mediante averiguação da necessidade do usuário para facilitar o cuidado e prestar uma assistência eficaz e humanizada (BRASIL, 2012).

Com isso, haja vista o contexto de cuidados em que está inserido o homem, observa-se a necessidade de repensar a prestação de cuidados ofertados no domicílio por parte do cuidador e da equipe do PMC, uma vez que é ela quem orienta os cuidados prestados no domicílio, e ainda cabe uma reflexão em nível de gestão, acerca das condições de trabalho disponibilizadas para as equipes realizarem a assistência, visando à humanização, preservação da identidade do sujeito, à excelência e à segurança nos atendimentos prestados, de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo no seu contexto familiar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Fonte: Google imagens, 2017.

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu conhecer a realidade em que o homem em atenção domiciliar se encontra. Constatou-se que a figura feminina predominantemente como cuidadora principal, fomentando a lógica social construída ao longo do tempo, ligando a mulher a tarefas como educar e cuidar do lar e dos familiares, sendo elas em sua maioria as esposas e filhas. Contudo, o cuidador masculino começa a se expressar em pequenos números, assumindo o papel de cuidador principal, revelando uma inversão do modelo historicamente construído. Outro achado importante nessa pesquisa, diz respeito ao baixo nível de escolaridade dessas cuidadoras, entendido como fator limitante para prestar uma assistência de qualidade, em decorrência do não reconhecimento de suas ações.

O estudo possibilitou vislumbrar a percepção dos cuidadores acerca das necessidades de saúde emanadas por seus usuários e os cuidados por eles implementados, para satisfazer essas necessidades. Diante disso, percebeu-se a fragmentação do indivíduo, resgatando a filosofia do ser humano reduzido a um organismo biológico, formado por partes, pensamento genuinamente ligado ao modelo biomédico, que desconsidera as subjetividades, as individualidades e a integralidade dos diferentes tipos de sujeitos, se contrapondo a filosofia pregada pelo PMC. A percepção sobre as necessidades de saúde refletem diretamente nos cuidados ofertados por esses cuidadores, resumindo a ações a fim de suprir as necessidades de higiene, alimentação e locomoção, transformando o cuidar em um processo fragmentado e mecanizado.

A assistência no domicílio é percebida como um facilitador para atender as necessidades de saúde dos usuários, evitando as hospitalizações desnecessárias e permitindo a preservação da identidade social e familiar do indivíduo; com isso, os cuidadores referem como sendo um agente facilitador do seu próprio trabalho, o fato de ter uma equipe de saúde que se insere no contexto familiar, fornecendo assistência especializada, promovendo o cuidado compartilhado e orientando à família sobre os cuidados necessários com o homem. Outro facilitador referido, diz respeito aos insumos disponibilizados pelo PMC, muito embora seja revelado que grande parte destes são disponibilizados pelos próprios familiares.

Em contrapartida, alguns fatores foram evidenciados como dificultadores para a concretude desse cuidado no domicílio por parte dos próprios cuidadores, tais como: a sobrecarga, reconhecida em uma esfera multifatorial, podendo estar associada à realização de muitas atividades no domicílio, agregado ainda ao cuidado ao homem, resultando em exaustão e comprometimento da qualidade das atividades destinadas a ele. Essa sobrecarga referida, se instala por meio da falta de coresponsabilidade dos demais membros familiares,

que se eximem do compromisso com o homem em cuidados domiciliares, obrigando em certo modo, apenas uma pessoa assumir integralmente as atividades relacionadas ao cuidado, causando-lhe comprometimento físico, psíquico e emocional, refletindo sobre a qualidade das suas ações.

Percebeu-se ao observar o comportamento dos cuidadores durante a entrevista, que eles apresentavam-se sempre ansiosos, inquietos e preocupados em acelerar a realização das atividades do lar para não comprometer a realização dos cuidados ofertados ao homem, atrapalhando a rotina estabelecida.

Outra dificuldade apontada pelos cuidadores revelada nesse estudo é sobre as condições físicas inadequadas dos domicílios, mais especificadamente a respeito de materiais médico-hospitalares, que sua ausência dificulta e até mesmo inviabiliza a realização das atividades do cuidado com homem, contribuindo para exaustão dos cuidadores e dificultando o processo de cuidado no domicílio.

Os cuidados prestados no domicílio formam-se por uma importante tríade composta pelo usuário, cuidador e equipe do PMC. A efetividade do cuidado só acontece quando há a perfeita simetria dessa tríade; nesse sentido, o cuidador representa um forte ator nesse cenário, já que este realiza no dia a dia os cuidados diretos ao homem, podendo contribuir positiva ou negativamente no plano terapêutico estabelecido pelo programa para o usuário.

Diante disso, destaca-se a relevância em se repensar sobre a prestação de cuidados aos homens no ambiente domiciliar, sobretudo os ofertados pelo cuidador, pois se revelou nesse estudo a falta de reconhecimento do ser humano na sua integralidade, enquanto homem, sujeito social, cultural, econômico e membro formativo da família. Observa-se ainda, a importância de que essa iniciativa seja a partir dos profissionais que compõe o PMC, por sua responsabilidade na prestação de cuidados específicos, incluindo a orientação familiar sobre os cuidados a serem ofertadas.

Cabe destacar a escassez de pesquisas que apontem a percepção do cuidador acerca dos cuidados prestados no domicílio, acentuando-se a dificuldade quando o ser cuidado é o homem em atenção domiciliar. Outra dificuldade foi referente à fase de coleta de dados, pois ela ocorreu em um período de transição de gestão política administrativa, ocasionando o desligamento de muitos usuários do programa, comprometendo no rastreamento; contudo, aos poucos os usuários foram sendo readmitidos, o que não comprometeu a coleta.

Assim, o presente estudo insinua sua magnitude ao evidenciar a percepção dos cuidadores, sobre os cuidados ofertados ao homem no domicílio, podendo constituir um importante instrumento para comunidade acadêmica e profissional, no intuito de proporcionar

a reflexão sobre essa nova modalidade de assistência, revendo seus eixos e suas repercussões no cuidado ao homem através do cuidador. Sugerem-se novos estudos que se debrucem sobre esse olhar ao cuidador de homens, favorecendo reflexões acerca das ações prestadas aos sujeitos sobre seu cuidado, proporcionando uma melhora na assistência domiciliar e consolidando essa modalidade de atenção de maneira satisfatória no SUS.

Além da contribuição para a comunidade científica e social, o desenvolvimento deste estudo permitiu a pesquisadora, o aprimorar do pensamento crítico reflexivo, submergindo nos cuidados que são prestados ao homem em seu próprio domicílio por parte de seu cuidador.

Nesse sentido, o estudo debruçou-se sobre as necessidades de saúde dos homens em atendimento domiciliar na a percepção do cuidador domiciliar, haja vista que este ator pode sobremaneira contribuir na terapeutica, promovendo cuidados para que seja de fato restabelecida a autonomia, reconhecendo o homem como ser social e familiar, muito embora os resultados demonstrem uma assistência fragmentada e biologicista, comprometendo o cuidado prestado.

REFERÊNCIAS



Fonte: Google imagens, 2017.

ANDERLE, P et al. Perfil dos pacientes assistidos pela residência integrada em saúde: um olhar humanizado na assistência domiciliar. **Aletheia**, [s.l.], v.41, p. 164-173, 2013. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200013>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ANDRADE, A. M et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a14.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ARAÚJO, C. M et al. Atenção domiciliar ao idoso na visão do cuidador: interface no processo de cuidar. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 16, n. 2, p. 98- 110, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12926>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

ARAÚJO, J.S et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 149-158, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000100015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 jan. 2017.

ARRUDA, G.O; CORREIA, A. C. P; MARCON, S. S. Fatores associados aos indicadores de necessidades em saúde de homens adultos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 560-556, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600560>. Acesso em: 11 jan. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70 ed - São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS , A.G et al. Relações de cuidado de mulheres diagnosticadas com câncer. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2076-81, 2014. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19818963&AN=96989781&h=WUdNj8oDymTT3sa4bTtjidoHDSnks58EwfFc1PU1uzQ4gCoUBj%2bg%2b%2fJ2BBgUYT%2b0nX3NgGbyzx3Qc7YM5WDlaA%3d%3d&crl=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d19818963%26AN%3d96989781>> Acesso em: 14 maio. 2017.

BAPTISTA, B.O et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura, **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 147-56, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100020>. Acesso em: 14 maio. 2017.

BELLEHUMEUR, C et al. **Home Care:Cuidados Domiciliares: Protocolos Para prática Clínica**, Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2013.

BISCIONE, F. M et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio Janeiro, v. 29, p. 73-80, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300007>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BIOLO, H. F; PORTELLA, M.R. Vivência do cuidador familiar: casos acompanhados pela estratégia da saúde da família na cidade de Passo Fundo – RS, **Estud. interdiscipl. envelhec**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 177-195, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/10109>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>. Disponível em:< <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BORSA, J. C; NUNES, M.L.T. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicol. Argum**, v. 29, n. 64, p. 31-39, 2011. Disponível em: < <http://biblat.unam.mx/pt/revista/psicologia-argumento/articulo/aspectos-psicossociais-da-parentalidade-o-papel-de-homens-e-mulheres-na-familia-nuclear>>. Acesso em: 20 maio. 2017.

BORGHI, A.C et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.

BRAGA, P.P et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.3, p.903-912, 2016. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/630/63044605024.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

BRASIL, Portaria nº 1531, de 04 de setembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 04 de setembro de 2001. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1531_04_09_2001.html>. Acesso em: 16 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 15 de outubro de 2002. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm>. Acesso em: 21 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. –Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 24 de outubro de 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília-DF, 15 de maio de 2013. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 16 jan. 2017.

BRASIL. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília-DF, 26 de janeiro de 2016. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Tempos e Memórias do Feminismo no Brasil**, Brasília: SPM, 2010. Disponível em:<<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2010/titulo-e-memorias>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO-2010-3.ed.** Brasília: MTE, SPPE, 2010. Disponível em:<http://portalfat.mte.gov.br/wpcontent/uploads/2016/04/CBO2002_Liv3.pdf>. Acesso em 11 jan. 2017.

BRITO, M. J. M et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 17, n.4, p. 603-610, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400603&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 fev. 2017.

CARVALHO, E. E et al. O saber cuidar do ser humano: uma abordagem para o cuidado de enfermagem na perspectiva de Leonardo Boff. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7,p. 990-994, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400018>. Acesso em: 21 jan. 2017.

CARVALHO, D.P et al. Caregivers and implications for home care. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.450-458, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200450>. Acesso em: 13 jun. 2017.

CONNELL, R. W; MESSERCHMIDT, J.W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241- 282, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v21n1/14.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DAY, C. B; PASKULIN, L. Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico: revisão sistemática da literatura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 384-390, 2013. Disponível em:<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28229/000769367.pdf?sequence=1>>. Acesso em 15 jan. 2017.

- COSTA, E.C.S et al. Sobrecarga física e mental dos cuidadores de pacientes em atendimento fisioterapêutico domiciliar das estratégias de saúde da família de diamantina (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s.l.], v.37, n.1, p.133-150, 2013. Disponível em:< <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/784>>. Acesso em: 25 jun. 2017.
- COSTA, T.F et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Esc Anna Nery**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 350-355, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0350.pdf>>. Acesso em 25 jun. 2017.
- CRUZ-ORTIZ, M. C et al. Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-9, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400025&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- DOURADO, S.B.P.B; BEZERRA, C.F; ANJOS, C.C. N. Conhecimentos e aplicabilidade das teorias de enfermagem pelos acadêmicos. **Rev de Enferm da UFSM**, [s.l.], v.4, n.2, p. 284-291, 2014. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9931>>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- FATH, G; SANDRI, J. V. A. Cuidador de idosos: formação e perfil dos egressos de uma instituição de ensino. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 21-27, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00879.pdf>>. Acesso 10 jan. 2017.
- FEUERWERKER. L. C. M; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, [s.l.], vol. 24, n. 3, p.180-188, 2008. Disponível em:< http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900004>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- FERTONANI. H.P et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n.6, p.1869-1878, 2015. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- FERREIRA, F. P. C; BANSI, L. O; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.911-926, dez. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400911&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- FERREIRA, J.A; SENA, R.R. Man's Health at Home: an Integrative Review. **International Archives of Medicine**, [s.l.], v.9, n.330, p.1-10, 2016. Disponível em:< <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/2012>>. Acesso em: 23 mar.2017.
- FONTELLES, M. J, et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, [s.l.], v. 23, n..3, 2009. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=588477&indexSearch=ID>. Acesso em 30 mar. 2017.

FONTANELLA, B. J. B, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública** [online], v.27, n.2, p.388-394. 2011.Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

FLORIANO, L. A et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543- 548, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08>>. Acesso em: 15 jan. 2017

FREITAS, I. B. A; MENEGHEL, S. N; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 301-310, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100032>. Acesso em: 15 jan. 2017.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GOMES, M. F. P; FRACOLLI, L. A; MACHADO, B. C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Atencao_domiciliar_enfermeiro.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

GUEDES, O. S; DAROS, M.A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev**, londrina, v. 12, n.1, p. 122-134, 2009. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10053>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

HEDLER, H.C et al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **R. Katál**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802016000100143&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2017.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

IBGE. Malha Municipal Simplificada - 2015; OpenStreetMap, 2010.

LIMA, M. M et al. Concepções de estudantes de enfermagem sobre a integralidade do cuidado à saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.259-266, 7 mar. 2012. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=693615&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

LOPES, D. D.; RODRIGUES, F. D; BARROS, N. D. V. M. Beyond Disease: Integrality and Health Care. **Psicologia em Pesquisa -UFJF**, [s.l.], v. 6, n. 01, p. 68-73, 2012. Disponível

em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100009>. Acesso em: 20 jun. 2017.

LOUREIRO, L.S.N et al. burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], v.47, n.5, p.1133-40, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501129>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MACHADO, R.A et al. O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre. **Rev. enferm. Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 2011. Disponível em:< <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3405/2796>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MELO, S.C.C et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Rev Bras Enferm.** [s.l.], v. 66, n.6, p.840-6, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/05.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MEIRA, Saulo Sacramento et al. Considerações acerca das condições de vida de idosos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Serviço Social em Revista**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.159-177, 2014. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/17711>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MUNIZ, E.A et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 172-182, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0172.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MARCOLIN, G. C. A et al. Panorama da atenção domiciliar do sistema único de saúde (sus): correlatividade com os serviços de atenção primária. **TEORIA E SOCIEDADE**, v. 22, n. 2, p. 254-275, 2014. Disponível em:< <http://www.fafich.ufmg.br/revistasociedade/index.php/rts/article/viewFile/196/142>>. Acesso em: 16 jan.2017.

MARCHI, J. A et al. Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.1-8, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-0760014.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

MINAYO, M. C.S. et al. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NASCIMENTO, L. C et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v, 61, n. 4, p. 514-517, 2008. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400019>. Acesso em: 20 jan. 2017.

NIETSCHE, E. A et al. Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 10, p. 55-62, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200007>. Acesso em: 20 jan. 2017.

OLIVEIRA, G.R et al. A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 208-12, 2013. Disponível em:< <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29676>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

OLIVEIRA, W.T et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.129-137, 2012. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18869/0>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

OLIVEIRA, S.G; KRUSE, M.H. L. Better off at home: safety device. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.1-9, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e2660015.pdf>. Acesso em 18 jun. 2017.

OLIVA, R. D.R. **O desafio em priorizar as tecnologias leves na estratégia de saúde da família**, 2012. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte –MG, 2012. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Desafio_priorizar_tecnologias.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

OLIVEIRA, S.G et al. Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. **Revista eletrônica trimestral de Enfermaria**, [s.l.], v. 39,p. 375-388, 2015. Disponível em:< http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_revision4.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

PNUD, IPEA e FJP, **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2013.

PARENTE, B.A. **O cuidado como uma atribuição feminina: Reflexões sobre o cuidado das mulheres com familiares usuários/as de substâncias psicoativas em tratamento no SEAD/HUB**, 2013. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília- Brasília, 2013. Disponível em:<<http://bdm.unb.br/handle/10483/4948>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 41-50, 2010. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=657240&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

ROCHA, P.R; DAVID, H.M. S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

RODRIGUEZ, M. I. F. Internação domiciliar: avaliações imperativas implicadas na função de cuidar. **Psic. Rev**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 197-212, 2013. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/17989>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

RAMOS, L. D. C et al. Maternal care at home for children with special needs. **Invest Educ Enferm**, v. 33, n. 3, p. 492-499, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300013>. Acesso em: 16 jan. 2017.

SANTOS, L. R; LEON, C.G. R. M. P; FUNGHENTTO, S. S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 855-863, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700017>. Acesso em: 16 jan. 2017.

SANTOS, F. S; INCONTRI, D. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 488-497, 2010. Disponível em:<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/488a497.pdf>. Acesso em 16 jan. 2017.

SIMÃO, V.M; MIOTO, R.C.T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 156-169, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00156.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SILVA, F.C.S. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista saúde e desenvolvimento**. [s.l.], v.7, n.4, p. 95-107, 2015. Disponível em:< <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/373>>. Acesso em 18 jun. 2017.

SILVA, K. L et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev Saúde Pública** [s.l.], v. 44, n 1, p. 166-176, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

SILVA, C, M, C et al. A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem:análise segundo meleis. **Cogitare Enferm** [s.l.], v.15, n. 3, p. 548-551, 2010. Disponível em:<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18902/12210>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

SILVA, K.L et al. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde Soc** [s.l.], São Paulo, v. 22, n. 3,p. 773-784, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300011>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SOUZA, L.R et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.

23, n. 2, p. 140-149, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-140.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

SOUZA, I. C.P.et al. Profiles of dependent hospitalized patients and their family caregivers: knowledge and preparation for domiciliary care practices. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.164-172, 2014. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=716887&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

STACKFLETH, R et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 5, p.768-774, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500019>. Acesso em: 20 jun. 2017.

VITOR, A. F; LOPES, M. V. O; ARAÚJO, T. L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de Enfermagem. **Esc Anna Nery (impr.)** [s.l.], v. 14, n. 3, p. 611- 616, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Comunicação saúde educação**, [s.l.], v. 19, n. 55, p.1089-100, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2017.

APÊNDICES



Fonte: Google imagens, 2017.

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA OS CUIDADORES

QUESTÕES NORTEADORAS
Qual sua idade?
Qual seu estado civil?
A (o) senhora (o) estudou? Se sim, até que série?
Qual a sua profissão?
A (o) senhora (o) é o que de seu (usuário)?
O (a) Senhor (a) poderia me falar sobre as necessidades de seu (usuário)? Como o senhor (a) faz para atender as necessidades de seu (usuário)? O (a) senhor (a) acha que existe algo ou alguém que facilite a assistência se seu (usuário) aqui no domicílio? O que ou quem? E as dificuldades, existem? Quais

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Participante: Cuidador

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____,
profissão _____, residente na _____ e
domiciliado na _____, portador da Cédula
de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____
nascido em ____ / ____ / _____, abaixo assinado, concordo de livre e espontânea vontade
em participar como voluntário do estudo: **“ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO
HOMEM SOB A ÓTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR”**. Declaro que obtive todas as
informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por
mim apresentadas. Ainda declaro que obtive todas as informações necessárias sobre a
Resolução 466/2012, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, estou
ciente que:

I) O estudo se faz necessário para que se possa: Analisar a assistência domiciliar aos homens com problemas de saúde, na perspectiva do Melhor em Casa.

II) A participação neste projeto trará uma ponderação entre riscos/desconfortos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, pois ela não tem o objetivo de me submeter a nenhum tratamento, como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com

relação aos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo, podendo causar apenas um desconforto no momento da entrevista;

III) Buscará o momento, a condição e o local mais adequado para que o ocorra o esclarecimento sobre o estudo, considerando, para isso, que a coleta dos dados ocorrerá no local mais adequado ao participante, respeitando as peculiaridades e a privacidade;

IV) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

V) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde, ou bem estar físico e educacional. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico, nem no desenvolvimento educacional;

VI) Será garantido o ressarcimento e que serão cobertas as despesas tidas por mim, durante a pesquisa e dela decorrente;

VII) Será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

VIII) A entrevista será gravada a partir de um gravador de voz digital da marca Sony. Durante a realização da pesquisa, o pesquisador utilizará um diário de campo, a fim de registrar suas impressões;

IX) O participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

X) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

XI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

XII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/HUAC)¹, a Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité e a Delegacia Regional de Cuité.

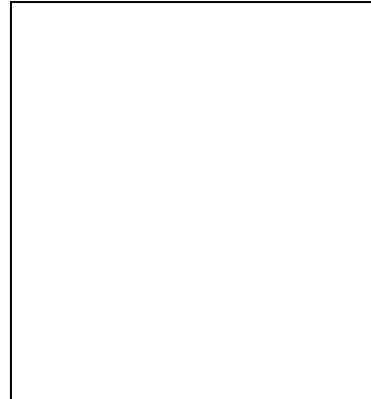
Cuité, _____ de _____ de _____.

¹Endereço do Comitê de Ética do HUAC: R. Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande-PB. CEP: 58. 107-670. E mail: cep@huac.ufcg.edu.br. Telefone: (83) 2101-5545.

Participante da pesquisa: _____

(Assinatura)

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa (OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).



Testemunha 1: _____

(Assinatura/RG/Telefone)

Testemunha 2: _____

(Assinatura/RG/Telefone)

Pesquisador Responsável: _____

(Jocelly de Araújo Ferreira. Professora Assistente II da UFCG, *Campus* Cuité. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com)

Pesquisador Colaborador: _____

(Jucicleia Maiara da Silva Freitas. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité. Endereço: Pedro Simões, 245, Centro, Cuité / PB CEP: 58175-000. Telefone: (83) 99624-9514, e-mail: jhucyfreitas@gmail.com)

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM SOB A ÓTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR**” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, as pesquisadoras Jocelly de Araújo Ferreira e Jucicleia Maiara da Silva Freitas, a realizar a gravação da minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Jocelly de Araújo Ferreira, e após esse período, serão destruídos e;

6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

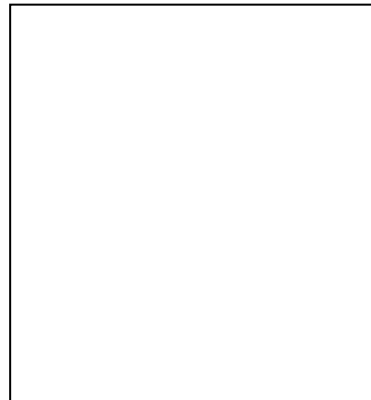
Cuité - PB, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável: _____
(Jocelly de Araújo Ferreira. Professora Assistente II da UFCG, *Campus* Cuité. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com).

Participante da pesquisa: _____

(Assinatura)

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa (OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da pesquisa).



ANEXOS



Fonte: Google imagens, 2017.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Ramilton Marinho da Costa

Diretor do Centro de Educação e Saúde (CES) da UFCG, *campus* Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Neste contexto a graduanda: Jucicleia Maiara da Silva Freitas, CPF. 105.494.524.19 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM SOB A ÓTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos Acadêmicos da UAENFE, no município de Cuité.

Dessa forma solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para realização da coleta de dados, com a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos ou artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Jucicleia Maiara da Silva Freitas
(Orientanda - Pesquisadora)

Ramilton Marinho da Costa
(Diretor do CES- Cuité-PB)

Jocelly de Araújo Ferreira
(Orientadora-Pesquisadora)

ANEXO B



PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ ESTADO DA PARAÍBA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que darei acesso à realização da pesquisa: **“ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM SOB A ÓTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR”**, no Programa Melhor em Casa. A pesquisa está sendo realizada sob a responsabilidade da **Profª MSc. Jocelly de Araújo Ferreira**, juntamente com a aluna **Jucicleia Maiara da Silva Freitas**, acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem/UFPG, *campus* Cuité/PB e será realizada através de uma abordagem qualitativa dos dados que serão coletados no local escolhidos pelo participante a partir do relato dos homens cadastrados no Programa Melhor em Casa que se dispuserem a participar da pesquisa.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizadas na pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para o seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das exigências éticas da Resolução 466/12 CNSMS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes, durante e após o desenvolvimento do estudo;
- 3) Que o município não terá nenhuma despesa decorrente da participação desta pesquisa;
- 4) Comprometimento de apresentar os resultados da referida pesquisa diante os participantes que participarem da pesquisa em foco;
- 5) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Cuité, _____ de _____ de _____.

GENTIL PALMEIRA

Secretário de Saúde do Município de Cuité/PB



**UNIVERSIDADE FERDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autora e orientandas da pesquisa intitulada de **“ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM SOB A ÓTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR ”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que revisa e atualiza a Resolução 196/96, e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833 de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisa/Universidade Federal de Campina Grande) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Jucicleia Maiara da Silva Freitas
Orientanda-Pesquisadora

Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora-Pesquisadora

ANEXO D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

**PESQUISA: “ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM SOB A ÓTICA DO
CUIDADOR DOMICILIAR”**

Eu, Jocelly de Araújo Ferreira, Enfermeira, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité/PB, portadora do RG: 2224229 SSP/PB e CPF: 007.949.254-13, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS que atualiza a Resolução 196/96 do mesmo órgão, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora

ANEXO E



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientandos da pesquisa intitulada **“ESPECIFICIDADES NO CUIDADO AO HOMEM SOB A ÓTICA DO CUIDADOR DOMICILIAR”**, assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, _____ de _____ de _____.

Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora

Jucileia Maiara da Silva Freitas
Orientanda

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AOS HOMENS: NA PERSPECTIVA DO MELHOR EM

Pesquisador: JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63447516.1.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.919.636

Apresentação do Projeto:

Pesquisa observacional e descritiva, com delineamento qualitativo. Ela terá o universo populacional de homens cadastrados no Programa Melhor em Casa, bem como os seus cuidadores formais ou informais. A amostra será do tipo por acessibilidade ou por conveniência. Para delimitação dessa amostra, adotar-se-á o método de saturação na coleta de dados. Os dados serão coletados por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado e analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência domiciliar aos homens com problemas de saúde, na perspectiva do Melhor em Casa.

Objetivo Secundário:

Descrever quem são os homens assistidos em domicílio;

Investigar quais são as necessidades de saúde que os homens apresentam em seu domicílio;

Caracterizar quem está assistindo os homens em seu domicílio;

Compreender como ocorre a assistência aos homens em domicílio;

Identificar as facilidades e dificuldades encontradas na assistência aos homens em domicílio.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.919.636

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos dessa pesquisa aos participantes serão mínimos, restringindo-se apenas a possibilidade de constrangimento durante a entrevista, visto que o tema proposto irá abordar as suas necessidades humanas básicas, bem como as dificuldades e facilidades encontradas pelos homens e cuidadores no âmbito da atenção domiciliar.

Com o objetivo de reduzir os riscos de constrangimento aos participantes durante a pesquisa, será realizada uma conversa prévia com os entrevistados a fim de criar um vínculo antes de iniciar a coleta de dados, e buscará o momento, a condição e o local mais adequado ao participante para que se ocorra o esclarecimento sobre o estudo e a realização da coleta de dados, respeitando as peculiaridades e privacidade do participante.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa, essa poderá trazer contribuições significativas para a melhoria da assistência aos homens, tendo em vista que a mesma tornará possível a identificação das problemáticas existentes e enfrentadas pelos homens e seus cuidadores na assistência domiciliar, além de que poderá possibilitar discussões mais amplas e embasadas teoricamente para a comunidade científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho importante e relevante do ponto de vista acadêmico e científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de rosto;
- Projeto de pesquisa completo;
- Termo de compromisso das pesquisadoras;
- Termo de anuência institucional;
- Termo de divulgação dos resultados;
- Instrumento de pesquisa.
- TCLEs;
- Termo de autorização de gravação de voz;
- Cronograma orçamentário.

Todos estão em consonância com a resolução 466/12 do CNS.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 1.919.636

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto consideramos que a pesquisa não apresenta nenhum problema ético, tendo como parecer APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer APROVADO do relator em reunião realizada em 13 de fevereiro de 2017.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_845565.pdf	21/12/2016 00:51:22		Aceito
Outros	TCLE_CUIDADOR.pdf	21/12/2016 00:50:19	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HOMEM.pdf	21/12/2016 00:48:44	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	21/12/2016 00:48:04	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	21/12/2016 00:44:46	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_GRAVACAO_VOZ.pdf	18/12/2016 01:15:24	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_UFCG.pdf	18/12/2016 01:12:03	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_SMS.pdf	18/12/2016 01:10:03	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	DESCRICAO_POPULACAO.pdf	18/12/2016 01:05:32	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	COMPROMISSO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.pdf	18/12/2016 01:04:35	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	COMPROMISSO_PESQUISADORAS.pdf	18/12/2016 01:02:46	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	COMPROMISSO_DIVULGACAO_RESULTADOS.pdf	18/12/2016 00:43:11	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_HOMEM.pdf	18/12/2016 00:35:00	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_CUIDADOR.pdf	18/12/2016 00:32:17	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	CRONOGRAMA_ORCAMENTARIO.pdf	18/12/2016	JOCELLY DE	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.919.636

Outros	CRONOGRAMA_ORCAMENTARIO.pdf	00:25:05	ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	CRONOGRAMA_EXECUCAO.pdf	18/12/2016 00:23:34	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 14 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br