



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

**FERNANDA BEATRIZ DANTAS DE FREITAS**

**O UNIVERSO MASCULINO NO DOMICÍLIO: A VISÃO DOS HOMENS ACERCA  
DA ASSISTÊNCIA OFERTADA PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA**

CUITÉ

2017

FERNANDA BEATRIZ DANTAS DE FREITAS

**O UNIVERSO MASCULINO NO DOMICÍLIO: A VISÃO DOS HOMENS ACERCA  
DA ASSISTÊNCIA OFERTADA PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, como requisito parcial da 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

F866u

Freitas, Fernanda Beatriz Dantas de.

O universo masculino no domicílio: A visão do homem acerca da assistência ofertada pelo programa melhor em casa. / Fernanda Beatriz Dantas de Freitas. – Cuité: CES, 2017.

79 fl.

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

Orientadora: Jocelly de Araújo Ferreira.

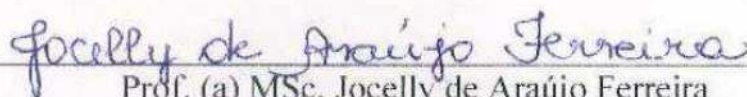
1. Saúde do homem. 2. Masculinidade. 3. Assistência domiciliar.  
I. Título.

FERNANDA BEATRIZ DANTAS DE FREITAS

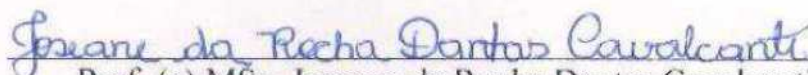
**O UNIVERSO MASCULINO NO DOMICÍLIO: A VISÃO DOS HOMENS ACERCA  
DA ASSISTÊNCIA OFERTADA PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, como requisito parcial da obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

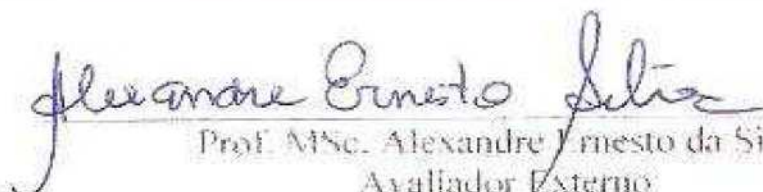
DATA DE APROVAÇÃO: 26/07/2017



Prof. (a) MSc. Jocelly de Araújo Ferreira  
Orientadora  
Universidade Federal de Campina Grande



Prof. (a) MSc. Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti  
Avaliadora Interna  
Universidade Federal de Campina Grande



Prof. MSc. Alexandre Ernesto da Silva  
Avaliador Externo  
Universidade Federal de São João Del Rei



Dedico essa pesquisa aquelas que são responsáveis por tudo que sou hoje e pelo o que ainda pretendo me tornar um dia, as minhas duas maravilhosas Mães, **Rita de Cássia Dantas** e **Luzia Dantas**, tê-las na minha vida me faz lembrar o quanto Deus é bondoso e generoso comigo, por ter me dado essa dádiva de ter duas preciosidades como vocês, para chamar de mãe. Ao meu papai **Sérgio Roberto**, que sempre me apoiou em tudo e que sonhou junto comigo com esse dia. Vocês são a razão de tudo!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à **Deus** por ter sido minha força em todos os momentos de angústia e fraqueza, em todas as vezes que pensei em desistir, foi ele que me ergueu, segurou na minha mão e trilhou o caminho junto a mim. Obrigada senhor, por me fazer a menina de seus olhos e está sempre me livrando de todo mal.

As minhas duas mães, **Rita De Cássia Dantas** e **Luzia Dantas**, essas duas mulheres guerreiras, as quais eu tenho o maior orgulho. Obrigada por nunca terem duvidado que eu conseguiria e por nunca terem medido esforços para que esse sonho se tornasse real. Vocês são meus alicerces, essa conquista é pra vocês e de vocês!

Ao meu papai **Sérgio Roberto**, esse homem que Deus me presenteou como pai três anos após meu nascimento, ao senhor que a partir desse dia fez o papel não só do melhor pai do mundo, mas também de amigo e de meu maior incentivador. Foi ele que por muitas vezes renunciou seus próprios sonhos para que eu realizasse o meu, ao senhor palavras nunca serão suficientes para demonstrar toda minha gratidão.

A todos os **Meus Familiares**, até mesmo aqueles que não são do meu sangue, mas que sempre estiveram ao meu lado em todas as batalhas, me apoiando e torcendo pelo meu sucesso. A vocês meu muito obrigada!

Ao meu saudoso e eterno, papai **Chico Rita** (*in memoriam*) sei o quanto esse dia também seria importante para o senhor, por isso tenho plena certeza que de onde estiver, estará orgulhoso e comemorando conosco essa vitória.

Ao meu namorado e companheiro de lutas diárias, **Wallison Santos**, por se fazer presente em todos os momentos desta árdua trajetória. Obrigada por estar sempre ao meu lado, dividindo todas as angústias, medos e desafios dessa batalha que é nossa. Obrigada por me incentivar a ser uma pessoa cada vez melhor e por nunca me deixar desistir.

A todos os **Meus Amigos** de longas datas, por toda paciência e compreensão durante toda essa caminhada, obrigada por vocês sempre terem entendido minha ausência diversas vezes e mesmo assim nunca deixarem de estarem presentes quando precisei. Obrigada também as amigas que Cuité me presenteou, **Myllene Miguel** e **Fernanda Texeira**, que assim como Wallison, aguentaram todo meu estresse durante a construção desse trabalho. Obrigada por tudo, vocês são a minha família fora de casa!

As minhas amigas e colegas desde primeiro período da faculdade, **Heloane Medeiros, Aline Pacheco e Joice Silva**, foram muitas histórias compartilhadas durante esses cinco longos anos, muito aprendizado e principalmente muita gratidão a vocês, por toda amizade, conselhos, companheirismo e até mesmo pelas brigas. Obrigada por todos os momentos que vocês permaneceram ao meu lado, quando mais precisei de um ombro amigo. Nunca irei esquecer tudo que vocês fizeram por mim.

À minha querida orientadora **Jocelly de Araújo Ferreira**, não tenho nem palavras para agradecer por todos os ensinamentos, por toda a paciência, por toda disponibilidade, atenção e preocupação com nossa pesquisa. És um exemplo de ser humano e de profissionalismo, irei com toda certeza levar seus ensinamentos por toda minha vida acadêmica e profissional. Obrigada por tudo professora, a senhora foi e continuará sendo a melhor orientadora que eu poderia ter.

A **Banca Examinadora**, agradeço primeiramente por terem aceitado participar desse momento tão importante, muitíssimo obrigada **Alexandre Ernesto Silva e Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti** pelas suas riquíssimas contribuições, no aperfeiçoamento deste trabalho. Vocês foram essências para o engrandecimento dessa pesquisa.

A todo **Corpo Docente do Curso Bacharelado em Enfermagem**, por todas as contribuições para minha formação pessoal, acadêmica e profissional. Obrigada por todos os ensinamentos que cada um de vocês deixaram. Vocês são exemplos a serem seguidos!

A toda equipe do **Programa Melhor Em Casada** cidade de Cuité, por toda disponibilidade e atenção com essa pesquisa, muito obrigada, sem a ajuda vocês esse estudo não teria sido possível.

Aos **homens** que participaram da pesquisa, sem eles esta pesquisa não teria acontecido, foram eles os principais protagonistas deste estudo. A cada um deles, meu muito obrigada por terem aceitado compartilhar comigo um pouco do seu tempo, de suas experiências, bem como suas percepções acerca da atenção domiciliar. Foi maravilhoso conhecer cada um de vocês!

Enfim, a todos que torceram pelo meu sucesso e que contribuíram de alguma forma para a realização desse grande sonho. A todos vocês, meu muito obrigada!



## LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Atenção Domiciliar
ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Centro de Educação e Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial De Saúde
PB	Paraíba
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PMC	Programa Melhor em Casa
RAS	Redes de Atenção a Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAENFE	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

## RESUMO

FREITAS, F. B. D. **O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca da assistência ofertada pelo Programa Melhor em Casa.** Cuité, 2017. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité - PB, 2017.

A questão sociocultural é apontada como um dos principais fatores responsáveis pela pouca adesão dos homens aos serviços de saúde, principalmente os da atenção primária. O modelo de masculinidade hegemônica seguido por grande parte do público masculino o expõe ao adoecimento, tornando-o mais vulneráveis as patologias graves e crônicas, o que se comprova pelos altos índices de morbidade e mortalidade desse público. Por esses motivos, o Ministério da Saúde instituiu em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, com objetivo de melhorar as condições de saúde da população masculina e diminuir os índices de mortalidade por causas evitáveis. A fim de suprir as necessidades dos indivíduos impossibilitados de ir até os serviços de saúde, que necessitem de acompanhamento especializado contínuo e de garantir o princípio da integralidade, assegurado pelo Sistema Único de Saúde, surgiu então o Serviço de Atenção Domiciliar, uma nova modalidade de cuidado que atua de forma substitutiva e complementar as existentes. Esta pesquisa objetivou em linhas gerais: Analisar o atendimento das necessidades de saúde, na perspectiva dos usuários do Programa Melhor em Casa. A revisão de literatura desta pesquisa se dividiu em dois capítulos com os seguintes conteúdos: repercussões do gênero masculino no cuidado a saúde; e Ecloração da Atenção Domiciliar e suas implicações no cenário dos serviços de saúde. A pesquisa foi observacional e descritiva, com delineamento qualitativo. Realizou-se com homens cadastrados no Programa Melhor em Casa, no Município de Cuité – Paraíba. Para a realização da coleta de dados, utilizou-se a entrevista norteada por um roteiro semiestruturado com abordagem direta aos participantes. A análise dos dados foi mediante a Análise de Conteúdo de Categoria Temática, proposta por Bardin. Em virtude de se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, submeteu-se a pesquisa ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro, conforme estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada sob o parecer de número 1.919.636. Como resultados, emergiram cinco categorias temáticas, sendo elas: Alusão do perfil dos homens assistidos no domicílio; Conhecimento dos homens acerca do problema de saúde que o condicionou a assistência domiciliar; A percepção masculina quanto às necessidades de saúde apresentadas no domicílio; As facilidades da assistência domiciliar: a percepção dos homens assistidos; O entendimento dos homens acerca das dificuldades do Serviço de Atenção Domiciliar. Também se identificou na quinta categoria, duas subcategorias, sendo elas: Demora no atendimento e Satisfação no atendimento. Diante dos dados analisados fica evidente a grande aceitabilidade e satisfação com a assistência domiciliar por parte dos usuários, ao mesmo tempo em que apesar de reconhecerem as facilidades oferecidas pela atenção domiciliar, percebe-se o desconhecimento dos entrevistados quanto as suas próprias necessidades no domicílio. Destaca-se, a necessidade de novos estudos para ampliar as discussões acerca da temática abordada.

**Palavras-chave:** Masculinidade; Saúde do Homem; Assistência Domiciliar.



## ABSTRACT

FREITAS, F. B. D. **The masculine universe at home: the men's view of the assistance offered by the Better at Home Program.** Cuité, 2017. 77f. Work Completion of course (Bachelor of Nursing) - Academic Unit of Nursing, Health and Education Center, Federal University of Campina Grande, Cuité - PB, 2017.

The sociocultural question is pointed out as one of the main factors of the production of products for health, mainly those of the primary attention. The hegemonic masculinity model followed by a large part of the male public exposes him to illness, making him more vulnerable as grave and chronic conditions, evidenced by the high morbidity and mortality rates of the public. For these resources, the Ministry of Health established in 2008 the National Policy for Comprehensive Health Care for Men, with the objective of improving the health conditions of the male population and reducing mortality rates due to preventable causes. In order to supply the necessities of the goods impossible to go to the health services, which need specialized monitoring in accordance with the principle of integrality, ensured by the Unified Health System, the home care service, a new modality of Care that acts Substitute and complementary. The objective of this research is to Analyze the fulfillment of the health needs, from the perspective of the Users of the Better at Home Program. A review of the literature of this research was divided in two chapters with the following contents: repercussions of the masculine gender in the health care; E Emergence of Home Care and its implications in the health services scenario. A research for observation and descriptive, with qualitative design. It was done with men registered in the Better at Home Program, in the Municipality of Cuité - Paraíba. For data collection performance, use the interview guided by a semistructured road map with a direct approach to the participants. An analysis of the data was through a Thematic Category Content Analysis, proposed by Bardin. As a research involving human beings, the research was submitted to the Ethics Committee of the University Hospital Alcides Carneiro, as established in Resolution 466/12 of the National Health Council and Approved Probate No. 1.919.636. As results, five thematic categories emerged, being: Allusion of the profile of men assisted at home; Knowledge of men about the health problem that conditioned them at home; The male perception of health needs presented at home; As home care facilities: the perception of the men assisted; The understanding of the problems about the difficulties of the Home Care Service. Also identified in the fifth category are two subcategories: Delay in service and Satisfaction in service. Given the data analyzed, it is evident the great acceptance and satisfaction with the home care by the users, while at the same time that despite recognizing as facilities offered by the home care, it is noticed the lack of knowledge of the interviewees as to their own needs at home . It is important to point out that there is a need for new studies to broaden the discussion about the subject

**Keywords:** Masculinity; Men's Health; Home Assistance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura I</b> -Representação esquemática da categoria temática I.....	39
<b>Figura II</b> - Representação esquemática da categoria temática II.....	43
<b>Figura III</b> - Representação esquemática da categoria temática III.....	45
<b>Figura IV</b> - Representação esquemática da categoria temática IV.....	48
<b>Figura V</b> - Representação esquemática da categoria temática V.....	50



## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1-** Distribuição absoluta e percentual das unidades de codificação da categoria I, segundo a caracterização dos homens assistidos em domicílio. Cuité, Jun. de 2017.....39
- Quadro 2-** Distribuição absoluta e percentual das unidades de codificação da categoria II, segundo o conhecimento dos homens que o condicionou ao serviço de atenção domiciliar. Cuité, Jun. de 2017.....39
- Quadro 3-** Distribuição absoluta e percentual das unidades de codificação da categoria III, segundo as percepções dos homens quanto as suas necessidades de saúde apresentadas no domicílio. Cuité, Jun. de 2017..... 40
- Quadro 4-** Distribuição absoluta e percentual das unidades de codificação das categorias IV e V, segundo a visão dos homens acerca das facilidades e dificuldades encontradas na assistência domiciliar. Cuité, Jun. de 2017.....41

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>22</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>23</b>
<b>4.1Repercussões do gênero masculino no cuidado a saúde .....</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Ecloração da atenção domiciliar e suas implicações no cenário dos serviços de saúde .....</b>	<b>27</b>
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>32</b>
<b>5.1 Tipo da pesquisa .....</b>	<b>33</b>
<b>5.2 Cenário da pesquisa.....</b>	<b>33</b>
<b>5.3 Participantes do estudo.....</b>	<b>34</b>
<b>5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	<b>34</b>
<b>5.5 Instrumento de coleta de material empírico .....</b>	<b>34</b>
<b>5.6 Procedimento de coleta de material empírico.....</b>	<b>35</b>
<b>5.7 Análise de material empírico.....</b>	<b>36</b>
<b>5.8 Aspectos éticos .....</b>	<b>36</b>
<b>5.8 Riscos e benefícios da pesquisa.....</b>	<b>35</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>



## 1 INTRODUÇÃO



O direito à saúde pública no Brasil foi consequência de diversas lutas sociais e movimentos populares que reivindicavam esse direito, tendo em vista que inicialmente a prioridade governamental eram apenas os lucros, de forma que as endemias não pudessem interromper o fluxo das exportações, sendo realizadas as ações de saneamento básico e infraestrutura, prioritariamente, nos espaços de circulação de mercadorias, como nos portos de Santos e Rio de Janeiro, impostas a população pelo uso da força militar, o chamado modelo campanhista de Oswaldo Cruz, o que gerava diversos conflitos e tensões na época (AGUIAR, 2015).

A Constituição Federal de 1988 demarcava o retorno da democracia no país, extinguindo-se o militarismo; dessa forma buscou-se implantar um sistema que gerasse bem-estar social. A Constituição apresentou a saúde como um direito de cidadania, dando origem a criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, transformando profundamente a organização da saúde pública no Brasil (PAIVA, 2014).

Dessa maneira a Organização Mundial de Saúde (OMS) determina a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades. A reformulação do cenário de estado da saúde e sua definição conceitual possibilitou a reflexão da influência de determinantes das condições de saúde, como: a educação, o trabalho, a alimentação, o ambiente e as concepções individuais sobre os diversos fenômenos que estão presentes na vida social (DALMOLIN et al., 2011).

A Política de Saúde, sinônimo das conquistas da Constituição Federal, define-se como uma ação do Estado, enquanto uma resposta social diante dos problemas de saúde, de seus determinantes ambientais que afetam ativamente a saúde do indivíduo e da comunidade (AGUIAR, 2015). Sendo assim, como resposta as diversas amplitudes de risco para a população masculina, no ano de 2009, o Ministério da Saúde, junto a comunidade científica, comunidade civil e acadêmica, lançam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Esta política tem por objetivo proteger à saúde dessa população, uma vez que se tornam necessárias ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, apresentando a Atenção Básica como porta de entrada no serviço, ou seja, na prevenção de agravos e promoção da saúde dos homens. Em suma a Política reflete o reconhecimento de que os agravos de saúde da população masculina constituem verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2009).



Segundo pesquisa realizada pelo MS quase um terço (31%) da população masculina brasileira não tem o hábito de procurar serviços de saúde em busca de melhor qualidade de vida com ações de prevenção, sendo apontados os fatores socioculturais como principal barreira para inserção dos homens nos serviços de saúde. A busca tardia dos homens aos estabelecimentos de saúde acarreta em diversas consequências negativas, como por exemplo, uma expectativa de vida por volta de sete anos a menos que a da mulher, bem como altos índices de mortalidade por causas evitáveis, além daquelas por causas externas, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo, que são consideradas as principais causas de morte envolvendo homens (BRASIL, 2016).

Além de viver menos, os homens também são considerados mais vulneráveis ao adoecimento do que as mulheres, sobretudo no que diz respeito às doenças graves e crônicas. Ainda como fator agravante, que é a resistência dos homens na adesão ao tratamento de saúde, visto que o tratamento para doenças crônicas são sempre de longa duração e requer esforço e adaptação do usuário a um estilo de vida regrada, necessitando de uma série de mudanças de hábitos (BRASIL, 2009).

Ao considerar que a resistência dos homens em adentrar no serviço de saúde ainda na atenção primária, causa além de um retardamento no diagnóstico, aumento considerável nos gastos do SUS devido às internações hospitalares. No ano de 2012, o valor médio pago por cada internação hospitalar no âmbito do SUS chegava a 1.050,80 reais (BRASIL, 2009; DATASUS, 2012).

O MS mediante reflexões de como contornar os gastos, bem como a fim de atender uma mudança no perfil epidemiológico do país, de aumento no número de idosos, de doenças crônicas, degenerativa, instituiu uma modalidade organizacional chamada por Atenção Domiciliar (AD), que tem como um de seus eixos a “desospitalização”, proporcionando ao usuário um cuidado continuado no domicílio (BRASIL, 2012). Estima-se que a economia de um usuário em AD seja de cerca de 80% dos gastos quando comparado a sua internação em um hospital (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

A implantação da AD visou assegurar os princípios e diretrizes do SUS da universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, regionalização e hierarquização, ao mesmo tempo em que visava diminuir as superlotações nos hospitais, permitindo desocupação de leitos de pacientes crônicos que pudessem receber cuidados em casa, por meio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRAGA et al., 2016).



A AD é uma modalidade de cuidado, que vem se expandindo em todo o território nacional, não possui o propósito de substituição de outros serviços de saúde, mas sim de complementariedade dos serviços já disponíveis. No intuito de manter a oferta do cuidado, a AD conta com duas equipes especializadas para garantir a segurança da assistência, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) composta por: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) composta por: fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, odontólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, motorista e recepcionista (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o SAD nos anos de 2012 e 2014 realizou 183.739 mil admissões no Programa Melhor em Casa (PMC), representando um número de 53 mil pessoas beneficiadas (NETO, 2014). Segundo informações da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), em 2016 no Brasil existem implantadas 590 equipes de EMAD e 327 equipes de EMAP, sendo que no Estado da Paraíba o número de equipes está distribuído por nove municípios, a saber: Conceição, Conde, Guarabira, Itaporanga, Monteiro, Pombal, João Pessoa, Queimadas e Cuité, perfazendo um montante de 9 equipes EMAD e 11 equipes EMAP (BRASIL, 2016).

A AD além de trazer vantagens econômicas ao governo, essa modalidade de cuidado é responsável também pela diminuição das superlotações nos hospitais a partir da desocupação de leitos e da diminuição de internações desnecessárias nos serviços hospitalares. O processo desospitalização proporcionada pelo SAD permite ao usuário um maior grau de autonomia fora do ambiente hospitalar, além de minimizar os riscos de infecções hospitalares e proporcionar ao usuário e seus familiares um cuidado acolhedor e humanizado, dando todo suporte emocional necessário, garantindo dessa forma aos usuários do SAD um cuidado especializado e continuado, por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (BRASIL, 2012).

Atualmente a AD é uma modalidade de cuidado que está em expansão no Brasil, assim como acontece nos países desenvolvidos. Essa estratégia de atenção justifica-se pelo fato de que, a partir de sua consolidação torna-se possível a diminuição significativa de custos e das superlotações hospitalares, bem como a redução dos índices de infecção, além de reintegrar o usuário dos serviços de saúde hospitalares ao seu convívio familiar, proporcionando a melhora na qualidade de vida dos usuários e dos familiares.

Entende-se que o aumento exacerbado de casos de doenças crônicas não transmissíveis, situações de incapacidade física e mental, crescentes no país, está intimamente relacionado com o avanço do envelhecimento populacional; sobretudo quando dizem respeito à saúde masculina, em consequência a diversos fatores que tornam os homens mais vulneráveis a estas condições, entre eles, os fatores culturais, sociais e comportamentais, que geram uma maior dificuldade de adesão desses indivíduos aos serviços de saúde. Pode-se pressupor que devido às diversas morbidades que os homens estão expostos cotidianamente, eles são os maiores protagonistas dos atendimentos realizados pelo SAD, especialmente associado aos grandes índices de doenças crônicas degenerativas, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e as causas externas.



## 2 JUSTIFICATIVA



Fonte: Google imagens, 2017.

Para abordagem da presente temática é necessário compreender a população masculina como vulnerável ao adoecimento, sobretudo quando se fala em doenças crônicas, neoplasias e causas externas, decorrentes de diversos fatores inerentes ao universo masculino, a exemplo da resistência pela procura do serviço de saúde, principalmente de atenção primária. Evidencia-se que por esse motivo esse grupo procura o serviço de saúde tardiamente, o que contribui para a descoberta de patologias em estágios avançados, tendo muitas vezes seus diagnósticos irreversíveis, resultando nos grandes índices de doenças incapacitantes e de mortalidade.

Tendo em vista que o SAD vem se expandindo no Brasil, caracterizado como uma modalidade de assistência substitutiva e complementar as demais contribuindo de maneira direta para a efetivação da integralidade do cuidado, e assistindo usuários com necessidades de saúde característica da população masculina, portadora de doenças crônicas, agudas estáveis e as incapacitantes, bem como a ausência de publicações na literatura nacional e internacional sobre a temática, que reitera-se a importância de estudos que envolvam este tema.

Mediante as considerações apresentadas, somadas as oportunidades de cursar a disciplina Atenção Integral a Saúde do Homem; a participar do Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas; ter participado do projeto de extensão Assistência de Enfermagem na Avaliação e Tratamento de Feridas - Aprendizado e prática dos acadêmicos de enfermagem, projeto o qual teve suas ações voltadas para a assistência dos usuários do programa Melhor em Casa, que despertou em mim, enquanto acadêmica de enfermagem, o interesse em desenvolver uma pesquisa com este tema.

O presente estudo poderá trazer contribuições para os homens e para os profissionais de saúde, ao considerar que com os resultados encontrados será possível aprofundar o conhecimento a respeito das peculiaridades da saúde da população masculina, uma vez que permitirá o reconhecimento de informações que vão desde conhecer quem são os homens e seus cuidadores no domicílio, as suas necessidades de saúde, as demandas para os serviços de saúde, além das facilidades e dificuldades vivenciadas no cuidado domiciliar. Esses achados permitirá uma avaliação crítica sobre como promover saúde de maneira eficaz a nível domiciliar, ofertando está visão reflexiva e dinâmica aos profissionais de saúde que poderão atuar de maneira humana e efetiva no SAD.

Esta pesquisa poderá subsidiar o desenvolvimento de novos estudos na área, beneficiando toda comunidade envolvida e atuante nesse processo, além de qualificar os estudantes e toda equipe multiprofissional envolvida. A lacuna existente para a realização

deste estudo foi a existência de poucos estudos que abordem a temática proposta, em que se faz coesão entre as necessidades de saúde, saúde masculina e AD.

### 3 OBJETIVOS



Fonte: Google imagens, 2017.

### **3.1 Objetivo geral**

- Analisar o atendimento das necessidades de saúde, na perspectiva dos usuários do Programa Melhor em Casa.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever quem são os homens assistidos em domicílio;
- Investigar quais são as necessidades de saúde que os homens apresentam em seu domicílio;
- Identificar as facilidades e dificuldades encontradas para atender as necessidades de saúde dos homens assistidos em seu domicílio.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA





Com a finalidade de nortear este estudo, proporcionando um melhor embasamento teórico e contribuindo para discussões a respeito da temática, apresenta-se em duas categorias uma breve revisão de literatura, intitulados por: Repercussões do gênero masculino no cuidado a saúde e Ecloração da atenção domiciliar e suas implicações no cenário dos serviços de saúde.

#### **4.1 Repercussões do gênero masculino no cuidado a saúde**

A fim de entender sobre masculinidades, é necessária a obtenção prévia do que significa sexo e gênero, bem como reconhecer a diferença entre os dois conceitos. O sexo se caracteriza pelas diferenças biológicas existentes entre homens e mulheres, enquanto gênero é tido como a interpretação cultural do sexo, como uma identidade subjetiva, ou seja, faz menção as desigualdades sociais de poder entre homens e mulheres, sendo esses resultados da representação social de cada pessoa (SILVA, 2015).

As discussões sobre masculinidades e gênero tornou-se mais forte no Brasil a partir dos movimentos feministas que lutavam por direitos humanos e com a evolução do tempo, passaram a ganhar força no país. Esse marco feminista levou as discussões quanto as diferenças entre os sexos, que defendiam conceitos biológico-sexual, contrários aos que acreditavam em conceitos vinculados a cultura de dominação, hegemonia e superioridade dos homens sobre as mulheres (CASTRO, 2015).

Segundo Silva (2015) historicamente o conceito de gênero estava exclusivamente relacionado às mulheres, chegando até mesmo a serem utilizados como sinônimos, contudo com o passar do tempo este conceito que era direcionado apenas ao sexo feminino, passou a abordar o masculino. A partir de então, estudos sobre masculinidades e gênero passaram a ter uma maior visibilidade e relevância a partir da década de 1980.

Conforme Machin et al (2011) e Castro (2015) a questão cultural de gênero é definido como um dos grandes responsáveis por manter os homens ausente dos serviços de saúde, contribuindo com os grandes índices de adoecimento da população masculina. Isso acontece decorrente dos aspectos históricos culturais que consideram modelo de masculinidade hegemônica, que defende um estereotipo do homem corajoso, viril, destemido, forte fisicamente e emocionalmente e provedor do seu lar; portanto, não vulneráveis ao adoecimento e nem as fragilidade sociais, condição que acaba determinando uma barreira para que os homens procurem pelos serviços de saúde de prevenção de doenças e promoção de saúde, por entender que essa procura é desnecessária, e uma espécie de “arranhadura” a sua masculinidade.



As masculinidades são referidas como sendo práticas sociais desempenhadas pelos homens e condicionadas pelas relações de gênero. Como nas relações de gênero há interação de outros fatores, como a raça, a classe social e a religião, é adequado falar em masculinidades, no plural, uma vez que não existe um único tipo de prática social (SILVA, 2015; CONNELL, 2013).

Na contemporaneidade, listam-se quatro tipos de masculinidades, que são denominadas: masculinidade hegemônica, masculinidade subordinada, masculinidade cúmplice e a masculinidade marginalizada. Caracteriza-se como masculinidade hegemônica aquela que valoriza que os homens exerce uma posição de dominância sobre as mulheres; a masculinidade subordinada refere-se à desigualdade entre os próprios homens, como exemplo a dos homens homossexual que é subordinado e excluído por outros homens tido como heterossexual; a masculinidade cúmplice diz respeito àqueles homens que não se enquadram na masculinidade hegemônica, porém desfrutam das vantagens obtidas por ela e por último a masculinidade marginalizada, que está associada à dominação e a exclusão, em relação à raça, classe social e grupos étnicos minoritários (BRITO et al, 2014).

A masculinidade hegemônica impõe aos homens uma postura de invulnerabilidade e força, o que os expõe ainda mais a situações de risco, embora que inconscientemente, estes comportamentos masculinos oriundo de sua condição hegemônica, os tornam ainda mais vulneráveis ao adoecimento. Dessa maneira, esse modelo de masculinidade acaba prejudicando não apenas a procura dos homens pelo serviço de saúde, mas também dificulta que o próprio serviço de saúde possa reconhecê-los como potenciais usuários (SILVA, 2015; CONNELL et al., 2013).

Para Aguiar e Almeida (2012) ao longo da história criaram-se diversos tabus que contribuíram para a construção da barreira existente entre os homens e os serviços de saúde da atenção primária. Desde a infância os homens aprendem que não devem chorar, que não adoecem e que não deve externar seus sentimentos, fortalecendo uma cultura machista e de invulnerabilidade, enquanto que para a mulher foi delegada a função de cuidar do lar, dos filhos, da família e de si própria, o que acaba por inserir no cotidiano feminino hábitos mais saudáveis e maiores preocupações com sua saúde.

Outro razão que interfere na adesão da aos serviços de saúde, é a falta de tempo e a impossibilidade de ausentar-se do trabalho para ir em busca do serviço de saúde, pelo fato dos horários de atendimento das Unidades Básica de Saúde (UBS) serem incompatíveis com os seus horários de trabalho, e os homens por serem considerados os provedores do lar,



posiciona o trabalho como prioridade no seu cotidiano, deixando sua própria saúde em segundo plano (ROCHA et al, 2016).

A saúde dos homens tem se tornando um grande desafio para saúde pública, decorrente dos elevados índices de morbidade e mortalidade desta população, sendo maiores do que o das mulheres em quase todas as faixas etárias, além de uma diferença de expectativa de vida de cerca de 7,6 anos a menos, quando comparado com a sobrevivência estimada para o sexo feminino. O estilo de vida desregrado e pouco saudável dessa população, evidenciado pelo consumo abusivo de álcool, de tabagismo, sedentarismo e os maus hábitos alimentares, junto à violência, apresentam-se como agravantes para esta situação, além da pouca adesão dos homens aos serviços de saúde principalmente os de ações preventivas de agravos e promotoras de saúde.

Para os homens essa procura pelos serviços de atenção primária pode significar fragilidade, que para eles é uma característica comportamental exclusiva da mulher, confirmando que as questões socioculturais estão diretamente ligadas à ausência da figura masculina no serviço promotores de saúde. Dessa maneira, descrevem-se os homens como usuários que procuram os serviços de saúde apenas na presença de um quadro clínico avançado, necessitando recuperar sua saúde por meio da atenção secundária ou terciária (SOUSA et al, 2014).

Essa resistência pela procura de serviços primários à saúde, além de acarretar danos à saúde dos homens, também exige do governo maiores gastos com o financiamento de tratamentos, em níveis de média e alta complexidade, o que se sobrepõe aos custos com ações promovidas na atenção básica (FERREIRA, 2013).

Conforme Trilico (2015) estudos comparativos entre homens e mulheres, confirmam que os homens estão mais susceptíveis as doenças, especialmente a doenças mais graves e aquelas que geram cronicidade e morte precoce.

Destacam-se seis principais causas de mortalidade na população masculina na faixa entre 20 a 59 anos, caracterizadas por: causas externas; doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças do aparelho digestivo e algumas doenças infecciosas e parasitárias. Quanto ao perfil de morbidade, destacam-se sete principais causas responsáveis por internações de homens nos serviços de saúde, a saber: lesões, envenenamentos, doença do aparelho digestivo; doenças do aparelho circulatório; algumas doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório; transtornos mentais e comportamentais e neoplasias (CASTRO, 2015).



Os autores Aguiar e Almeida (2012) e Sousa et al. (2014) afirmam que pela situação acima descrita, foi criada em 2008, e instituída em 27 de agosto de 2009, pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH). Desde então, o Ministério da Saúde (MS) elabora estratégias para implementação desta política, principalmente na atenção primária.

A implementação da PNAISH teve como objetivo principal melhorar as condições de saúde da população masculina, desenvolvendo ações em saúde com ênfase na Atenção Básica, contribuindo para a redução dos altos índices de morbimortalidade da população masculina. As ações direcionadas a esta política buscar vencer as barreiras existentes entre os homens e a procura pelos serviços de saúde, principalmente no âmbito da atenção primária, facilitando o acesso e ofertando uma assistência integral a saúde dos homens (BRASIL, 2009).

A implantação e implementação da PNAISH vem acontecendo de forma lenta no território nacional, principalmente nas cidades mais distantes dos grandes centros. São citadas diversas barreiras e dificuldades para que essa implementação aconteça de forma efetiva em todo país. Entre essas dificuldades são destacadas: a falta de infraestrutura organizacional das unidades, a deficiência de qualificação dos profissionais na abordagem desse público, que é reflexo do pouco investimento das gestões em educação permanente para esses profissionais, tendo em vista a saúde dos homens como um assunto pouco abordado até mesmo durante a formação acadêmica, prova disso é que muitas das instituições de ensino superior não possuem em sua matriz curricular uma disciplina específica para essa temática (ROCHA, 2016).

#### **4.2 Eclosão da atenção domiciliar e suas implicações no cenário dos serviços de saúde**

Ao considerar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que um deles é a integralidade da assistência, e visando desenvolver uma efetiva gestão do SUS, surge o SAD a fim de suprir as necessidades de saúde dos indivíduos impossibilitados de ir até os serviços, que careça de um acompanhamento especializado contínuo e que tenha possibilidade de receber esses cuidados no seu domicílio. A AD é uma modalidade inovadora de cuidado que vem contribuindo de maneira eficaz para a integralidade da assistência em saúde. Ela é caracterizada por seu caráter substitutivo ou complementar aos demais serviços, objetivando promover, manter e restaurar a saúde do usuário (MARCOLIN et al, 2014).

A AD é uma modalidade assistencial que foi recentemente implantada na saúde pública brasileira, porém em outras localidades do mundo, como na Europa o cuidado



domiciliar é observado desde final do século XVIII. No Brasil, em meados da década de 1940, iniciou SAD por meio de visitas domiciliares realizados por profissionais de saúde, com intuito de combater grandes epidemias de doenças infectocontagiosas, devido às necessidades observadas pelo serviço de saúde brasileiro, sendo essa prática fortemente influenciada por aquelas trazidas da Europa. Posteriormente foi criado no Brasil, no ano de 1949, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), serviço que realizava visitas médicas a usuários acometidos por doenças crônicas, sendo a primeira experiência de atendimento domiciliar no país (SILVA, 2015b).

O governo brasileiro, desde 1990, segue investindo e expandindo os atendimentos domiciliares, com o objetivo de diminuir o número de internações desnecessárias, reduzir o tempo das internações, diminuir as superlotações dos hospitais, além de proporcionar ao doente o retorno de sua participação no convívio familiar, o que proporciona um aumento na autonomia do paciente e de seus cuidadores. A implementação da AD reduz gastos decorrentes das longas internações hospitalares, ao mesmo tempo que garante a continuidade do cuidado e a integração com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SILVA, 2015b).

Acredita-se que a AD racionaliza o uso adequado dos recursos e não apenas uma redução de custos, pois quando se tem um usuário com possibilidade de receber cuidado domiciliar, o SAD oferece essa assistência, o que garante a desocupação do leito, liberando esta vaga hospitalar para outro doente, que realmente necessite de receber cuidados em âmbito nosocomial (BRASIL, 2012).

Nessa égide, percebe-se a necessidade de políticas públicas e legislações específicas à AD. Assim, ao longo dos anos, desde 1990, que surgiram várias portarias e resoluções que foram se aprimorando, com o objetivo de normatizar o SAD. Em 1990, por meio da lei 8.080, inicia-se as normatizações que garantiam a assistência domiciliar apenas para usuários acometidos por algumas patologias específicas, como por exemplo, a distrofia muscular progressiva, como disposto na Portaria 1.531/2001 GM/MS (BRASIL, 1990).

No ano de 2002, ampliou-se a oferta de serviços de AD, para os centros de referência em assistência à saúde do idoso, através da Portaria SAS 249 (BRASIL, 2002). Ainda nesse mesmo ano, houve um acréscimo de capítulo no artigo da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe no âmbito do SUS, o atendimento e a internação domiciliar, promovidos por equipes multidisciplinares atuantes na prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002).

Institui-se, em 2006, a internação domiciliar para aqueles usuários com quadros estáveis, porém que necessitavam cuidados para além dos ofertados pelo serviço ambulatorial, mas com possibilidades de ocorrer a nível de domicílio (BRASIL, 2006). Observa-se de 2006



a 2011, um imperioso espaço com ausência de normas resolutivas para a AD; entretanto em 2011, foi normatizada a Portaria 2.029/2011 que objetivou aproximar as realidades e necessidades locais, estabelecendo normas para o cadastramento e a habilitação dos Serviços de AD e os valores do incentivo para o seu funcionamento, a partir do programa Melhor em Casa (BRASIL, 2011; SILVA, 2015b).

O programa Melhor em Casa foi uma criação do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, a fim de prestar uma assistência multiprofissional para a integralidade da assistência em domicílio, por meio de uma equipe de apoio. Este Programa é respaldado pelas Portarias Nº 2527/2011 e 2959/2011, que definem a AD no âmbito do SUS e habilitam os estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD (ANDRADE et al., 2013; BRASIL, 2011<sup>a</sup>, 2011b).

A portaria 2.527/2011 substituiu a portaria 2.029/2011, com o objetivo de atender melhor as necessidades da população. Essa modificação incluiu a redução nos números populacionais para que pudessem implantar em seu município o SAD. Esta portaria ainda estabelece algumas normas para efetuação de cadastro dos SAD, para aqueles usuários com condições clínicas para continuar o seu tratamento em casa, sendo assistidas por uma equipe exclusiva (SILVA, 2015b; BRASIL, 2011).

Nessa mesma perspectiva foi criada pelo Ministério da Saúde em 27 de maio de 2013 a portaria 963, que redefine a AD no âmbito do SUS, esta portaria conceitua a AD como uma inovadora modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, a qual se caracteriza por realizar um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento de patologias e reabilitação, sendo todos esses cuidados realizados no âmbito domiciliar, com garantia de continuidade do cuidado e integração com as RAS, possibilitando todo município a adesão no Programa Melhor em Casa, independente do seu número de habitantes (BRASIL, 2013).

A AD tornou-se foco de atenção para criação e formulação de novas políticas públicas de saúde, de assistência social, na gestão e demais práticas de serviço de saúde, destacando a Portaria 2.416, a Lei 10.424 de 15 de Abril de 2002, que acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. A Lei Orgânica do SUS (8.080) dispõe sobre as condições para 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.

Destaca-se que a RDC11 da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que



prestam atenção domiciliar. A criação dessas leis foi fundamental para fortalecer as discussões de políticas públicas que focalizam o AD como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2002; ANVISA, 2006).

Os Serviços oferecidos pela Atenção Domiciliar devem ser norteado pelas portarias para diferenciar suas práticas de cuidado, de acordo com a complexidade do usuário. Quanto às classificações da AD no SUS, a atual política em vigor, a distribui em três modalidades, considerando o grau de complexidade e frequência de visitas necessárias, e descritas por: AD1, AD2, AD3 (BRASIL, 2012; PIRES, et al., 2013).

A AD1 é responsabilidade da Atenção Básica e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), o AD2 e AD3 pertencem ao nível secundário, vinculadas a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), equipe essa que conta com médico, enfermeiro e fisioterapeuta, nos casos de AD2 ou AD3 além do EMAD, o usuário recebe também, se houver necessidade, o suporte da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que deve ser formada por no mínimo três profissionais entre eles, o assistente social, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, a nutricionista, o odontólogo, o psicólogo, o farmacêutico e o terapeuta ocupacional (BRASIL, 2012; PIRES, et al., 2013).

A modalidade de AD1 classifica-se por usuários com problemas de saúde controlados e compensados, com dificuldade ou impossibilidade física de ir até uma unidade de saúde, que necessitem de cuidados de menor complexidade, com poucas visitas por mês ou de acordo com a disponibilidade na UBS. A modalidade de AD2, o perfil dos usuários é descrito igual ao do AD1, em que eles devem possuir dificuldade ou impossibilidade de ir até o serviço de saúde, que necessita de uma maior frequência de cuidado, recursos e acompanhamento contínuo até a estabilização do seu quadro clínico, o que implica dizer que estes usuários necessitam de um maior número de visitas da equipe de AD. O AD3 é caracterizado por usuários semelhantes ao descrito no AD2, diferindo pela necessidade de uso de equipamentos, como os de oxigenioterapia, suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal ou paracentese (BRASIL, 2012).

Conforme estudo de Brondoni (2013), cerca de 57,9% dos usuários dos SAD que fazem uso de equipamentos ou tecnologias são do sexo masculino, caracterizando dessa forma a necessidade de uma assistência mais avançada e especializada, corroborando com os estudos realizados por Sousa (2014) e Castro (2015), os quais afirmam que os grandes índices de morbidade na população masculina, estão relacionados aos crescentes números de doenças crônicas não transmissíveis dependentes de cuidados e equipamentos especializados, que

quando não são eficazmente ofertados, ocasionam a morte do indivíduo, que neste caso está representado pelos homens.

O que evidencia também a demora dos homens em procurar o serviço de saúde principalmente no que diz respeito à prevenção e promoção de saúde, ser a principal causa de diagnósticos tardios, apenas quando a patologia já se encontra avançada, necessitando assim de serviços mais complexos, inclusive no âmbito da AD.



## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



Fonte: Google imagens, 2017.

## 5.1 Tipo de Pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa observacional e descritiva, com delineamento qualitativo. Para Gil (2010), o método observacional é um dos mais modernos e mais utilizados nas ciências sociais, por possibilitar um elevado grau de precisão. Enquanto que o estudo descritivo, caracteriza-se por ser o tipo de pesquisa cujo seu objetivo principal é descrever as características de uma determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa qualitativa aborda questões mais particulares, ela está relacionada com nível de realidade que não pode ser quantificado. Na abordagem qualitativa trabalha-se com um universo de significados, motivos, crenças, aspirações, valores, ações e relações humanas, imperceptíveis e incalculáveis em equações estatísticas (MINAYO, 2010).

## 5.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cuité. Segundo Barreto (2012) este município está localizado no Curimataú Ocidental região semiárida do Estado da Paraíba. Encontra-se a 117 km de distância de Campina Grande e a 235 km de João Pessoa, capital do Estado. O município se destaca na região por sua importância política, sendo a maior e mais desenvolvida cidade desta região.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) o município de Cuité possui uma área geográfica de aproximadamente 741,840Km<sup>2</sup>, sua população era estimada em 19.978 habitantes, sendo 13.132 residentes da zona urbana e 6.488 residentes da zona rural, dos quais 9.818 eram homens e 10.132 eram mulheres (IBGE, 2010).

A cidade de Cuité-PB foi contemplada com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 90 de 5 de fevereiro de 2014, que habilitou a cidade do interior do agreste paraibano a assistir as pessoas que necessitam de cuidados domiciliares. Os municípios de todo território urbano ou rural, a partir disso passou a ofertar atendimentos diários, que garantiam a continuidade da assistência à saúde.

No município de Cuité, o Programa Melhor em Casa (PMC) foi implantado no ano de 2014, e segundo os dados do relatório anual do Serviço de Atendimento Domiciliar de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde, o quantitativo de pessoas atendidas chegou ao número de 393. Informações mais recentes datadas de julho de 2016 demonstraram um total de 33



usuários atendidos e desses 14 são do sexo masculino (APÊNDICE A) (SECRETARIA MUNICIPAL DE CUITÉ, 2016).

Entre os profissionais que compõe a equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) estão o profissional médico guiado pelo Código de Ética Médica, e os profissionais de Enfermagem cuja profissão regulamenta-se pela Lei do Exercício profissional N° 7.498/86 de 26 de junho de 1986, guiadas ações profissionais pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução COFEN 311/2007, de 08 de fevereiro de 2009.

### **5.3 Participantes do estudo**

O estudo teve como universo populacional os homens cadastrados no Programa Melhor em Casa, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pela pesquisadora. A amostra foi composta por 10 homens que estavam cadastrados no Programa Melhor em Casa, no momento da coleta de dados.

A amostra foi do tipo por acessibilidade ou por conveniência, método que consiste na destituição de qualquer rigor estatístico. Nessa abordagem, o pesquisador seleciona os elementos que ele tem acesso, reconhecendo que essa amostra possa representar o universo (GIL, 2008). Com a finalidade de delimitar essa amostra, adotou-se a exaustão para o fechamento dos participantes, ou seja, foram abordados todos os participantes elegíveis (FONTANELLA et al., 2011).

### **5.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram considerados nessa pesquisa, os seguintes critérios de inclusão: homens com idade superior a 18 anos; cadastrados no Programa Melhor em Casa; que não apresentem déficit cognitivo; com capacidade de verbalização; e que se dispuser a participar livremente do estudo, ao promover a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos critérios de exclusão, desconsideraram-se da pesquisa: os homens com idade menor que 18 anos de idade; cadastrados em outros serviços de atenção domiciliar, que não o do município de Cuité; que tenham algum comprometimento verbal e/ou cognitivo.

### **5.5 Instrumento de coleta de material empírico**

Os dados foram coletados por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado para os homens (APÊNDICE B), desenvolvido pela pesquisadora, com organização fixa da

ordem e da relação das questões que permanecem para todos os participantes da pesquisa. Adotou-se uma abordagem direta aos participantes do estudo.

A entrevista, momento no qual o entrevistador questiona o entrevistado, no intuito de obter informações pertinentes à investigação. Ela é considerada uma forma de interação social e um diálogo assimétrico, em que as partes envolvidas apresentam funções distintas, o entrevistador busca a coleta de dados, enquanto o entrevistado é a fonte de informações (GIL, 2010).

O roteiro semiestruturado dessa pesquisa foi composto por interrogativas subjetivas, que abordaram questões específicas para grupo de homens, considerados participantes do estudo. Destaca-se que a pesquisadora utilizou um diário de campo, instrumento em que ela pode registrar suas percepções, angústias, questionamentos e informações apreendidas e que não foram possíveis de serem obtidas por meio da linguagem verbal durante as entrevistas (MINAYO, 2010).

#### **5.6 Procedimento de coleta de material empírico**

Para a realização da coleta de dados foram adotadas 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 seja realizada com os homens 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 do HUAC a pesquisadora realizou um contato prévio com a equipe do Programa Melhor em Casa para estabelecer vínculo e junto a esta equipe, em momento oportuno, se direcionaram aos domicílios dos homens, explicando a pesquisa e conhecendo os participantes deste estudo, em seguida convidando-os a participar. Então, explicou-se a razão da realização da coleta de dados e o modo como seria realizada a entrevista, a garantia do seu anonimato e o direito de desvinculação do participante deste estudo a qualquer momento, seguindo requisitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12.



Após todos os esclarecimentos necessários os participantes que contribuíram com a pesquisa, foram convidados a ouvir ou ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente foi solicitada sua assinatura em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora, sendo sequencialmente iniciada a entrevista. Caso o participante quisesse participar da entrevista, mas em outro momento, local ou horário, respeitou-se a sua vontade e agendou-se outro momento para proceder à coleta dos dados.

Torna-se importante destacar que esse projeto foi um recorte de um projeto institucionalizado da Universidade Federal de Campina Grande, intitulado por “Assistência domiciliar aos homens: na perspectiva do Melhor em Casa”.

### **5.7 Análise de material empírico**

A análise de dados foi realizada pelo método da análise de conteúdo, que segundo Bardin (2011) caracteriza-se pela grande variedade de técnicas de interpretação das comunicações e suas formas de adaptação. A análise de conteúdo desenvolve-se em três importantes fases, que são: pré-análise; exploração do material; e tratamento, interferência e interpretação dos dados. Na fase de pré-análise é realizado uma organização das ideias iniciais, de forma que possa nortear a elaboração de um esquema preciso do desenvolvimento das consecutivas operações elaboradas, após organização do conteúdo e realização da leitura dos dados, prepara-se então o material para análise.

A exploração do material, fase que se realiza a transcrição dos dados e escolha de categorias e unidades de registro, que facilitam a descrição fidedigna do material coletado. Por fim, a terceira fase, que diz respeito ao tratamento, interferência e interpretação dos dados; é o momento em que ocorre a interpretação dos resultados obtidos na coleta por meio de uma análise crítica e reflexiva (BARDIN, 2011).

Acrescenta-se que na transcrição dos dados, foram mantidos os termos regionais utilizados, as gírias e as neologias utilizadas, porém foi realizado tratamento gramatical das falas. Com o objetivo de respeitar o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra H seguida do número que se deu a sequência das entrevistas, para diferenciar os homens que participaram da pesquisa.

### **5.8 Aspectos éticos**

Em virtude de se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram seguidos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que revoga a 196/96, que recomenda em seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando-se entre seus princípios éticos (capítulo III, item 2.g) a necessidade do TCLE (ANEXO B) devidamente assinado pelo participante da pesquisa e a submissão do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo CEP do HUAC sob o parecer nº 1.919.636.

No intuito de atender a Resolução nº 466/2012, foram esclarecidos aos participantes os objetivos da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como a autonomia que este tem de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que sofresse nenhum tipo de penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, apresentou-se o TCLE, que foi lido e assinado em duas vias, em que uma via ficou sob sua tutela do participante e outra via sobre a guarda da pesquisadora, por um período de cinco anos.

### **5.9 Riscos e benefícios da pesquisa**

É importante enfatizar que os riscos dessa pesquisa aos participantes foram mínimos, restringindo-se apenas a possibilidade de constrangimento durante a entrevista, visto que o tema proposto abordou as suas necessidades, bem como as dificuldades e facilidades encontradas pelos homens no âmbito da atenção domiciliar.

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

Com relação aos benefícios da pesquisa, essa trouxe contribuições significativas para a melhoria da assistência aos homens, tendo em vista que a mesma tornou possível a identificação dos problemas existentes e enfrentados pelos homens na assistência domiciliar, além de que pode possibilitar discussões mais amplas e embasadas teoricamente para a comunidade científica.



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO



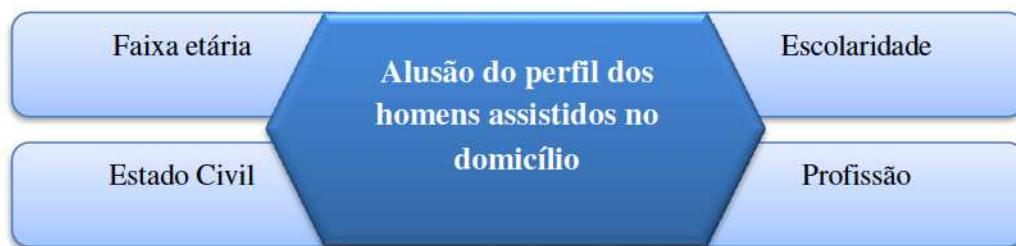


## 6.1 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Com finalidade de alcançar os objetivos da pesquisa, levando em consideração o material coletado, bem como análise das entrevistas e interpretação das falas, surgiram cinco categorias temáticas, a saber: *Alusão do perfil dos homens assistidos no domicílio; Conhecimento dos homens acerca do problema de saúde que o condicionou a assistência domiciliar; A percepção masculina quanto às necessidades de saúde apresentadas no domicílio; As facilidades da assistência domiciliar: a percepção dos homens assistidos; O entendimento dos homens acerca das dificuldades do Serviço de Atenção Domiciliar.*

Foram identificadas subcategorias na categoria V, descritas por: *Demora no atendimento e Satisfação no atendimento.* A seguir na figura 1 encontra-se a representação esquemática da categoria I.

**Figura I:** Representação esquemática da categoria I.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Mediante o discurso dos participantes, conforme objetivo do conteúdo das mensagens referidas por Bardin (2011) segue abaixo a delimitação das unidades de codificação e as de registro mais citadas, baseadas em palavras, frases e expressões. Todas elas foram devidamente agrupadas de acordo com a análise, a interpretação e a exposição apresentadas pela pesquisadora, apresentando-se nos Quadros I, II, III e IV.

**Quadro 1.** Distribuição absoluta e percentual das unidades de codificação da categoria I, segundo a caracterização dos homens assistidos em domicílio. Cuité, Jun. de 2017.

Determinantes		Nº	%
Estado Civil	Casado	05	12,5%
	Viúvo	04	10%
	Divorciado	01	2,5%
Profissão	Agricultor	08	20%
	Comerciante	02	5%
	Aposentado	10	25%
Escolaridade	Não estudei	05	12,5%
	Estudei pouco	05	12,5%
TOTAL		40	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

**Quadro 2.** Distribuição absoluta e percentual das unidades de codificação da categoria II, segundo o conhecimento dos homens que o condicionou ao serviço de atenção domiciliar. Cuité, Jun. de 2017.

Determinantes		Nº	%
Conhecimento	Não sei	06	46,6%
	Não tenho nada	02	15,3%
	Diabetes Mellitus	02	15,3%
	Câncer	01	7,6%
	Constipação	01	7,6%
	Injúria Renal	01	7,6%
TOTAL		13	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

**Quadro 3.** Distribuição absoluta e percentual das unidades de codificação da categoria III, segundo as percepções dos homens quanto as suas necessidades de saúde apresentadas no domicílio. Cuité, Jun. de 2017.

Determinantes		Nº	%
Necessidades	Não tem	15	25%
	Espiritual	8	13,3%
	Audição	1	1,6%
	Locomoção	14	23,8%
	Eliminação	1	1,6%
	Amputação	1	1,6%
	Trabalho	4	6,6%
	Insatisfação	1	1,6%
	Remédio	2	3,3%
	Dor	5	8,3%
	De cuidadores	3	5%
	De profissionais	5	8,3%
TOTAL		60	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

**Quadro 4.** Distribuição absoluta e percentual das unidades de codificação das categorias IV e V, segundo a visão dos homens acerca das facilidades e dificuldades encontradas na assistência domiciliar. Cuité, Jun. de 2017.

Determinantes		Nº	%
Facilidade	Locomoção	14	30%
	Comodidade	12	25,5%
	Agilidade	04	8,5%
Dificuldade	Não tem	08	17%
	Demora no atendimento	02	4,2%
	Satisfação	07	14,8%
TOTAL		47	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os dados codificados permitem a visualização de expressões e palavras-chaves mais citadas durante a pesquisa, norteando dessa forma a construção das categorias e subcategorias. Diante disso, segue abaixo a discussão de cada uma dessas categorias de forma individual.

**Categoria I:** Alusão do perfil dos homens assistidos no domicílio.

[...] Eu tenho 61 anos [...] (H3).

[...] Estou com 77 anos [...] (H10).

[...] Sou casado no padre e no civil [...] (H1).

[...] Sou casado [...] (H4).

[...] Casado, nunca me separei [...] (H5).

[...] Sou casado com essa senhora ai [...] (H10).

[...] Eu sou casado, duas vezes [...] (H6).

[...] Estudei nada não, no meu tempo não havia isso [...] (H5).

[...] Estudei só o ABC, como diz o ditado [...] (H9).

[...] Estudei não, nunca estudei na minha vida. Eu fui criado no sítio limpando mato, naquele tempo os pais não se importavam de colocar os filhos na escola, eu não aprendi nada [...] (H10).

[...] É agricultor. Desde que eu era criança [...] (H1).

[...] Já sou aposentado. Me aposentei já fazem uns 17 anos mais ou menos [...] (H3).

[...] Era negociar, trabalhar, fazer tudo. Negocieei muito [...] (H5).



[...] Minha profissão foram muitas viu [...] aqui em Cuité eu fui comerciante diversas vezes [...] (H7).

[...] trabalhar no campo [...] (H8).

Todos os participantes eram homens idosos, com idades entre 61 e 87 anos. Esse dado justifica-se devido o acelerado processo de envelhecimento que o país vem enfrentando nas últimas décadas, o que acaba por acarretar em maiores gastos com a saúde e um maior número de internações no âmbito do SUS, além de uma maior necessidade de serviços mais complexos e especializados, entre eles, destaca-se o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (VASCONCELOS, 2012).

O aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas que acometem, na sua maioria a população idosa, também é um fator contribuinte para os resultados encontrados nessa pesquisa. Destaca-se como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes no âmbito da AD: as neoplasias, acidente vascular encefálico, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes mellitus, sendo elas responsáveis por causar comorbidades e um certo grau de dependência aos indivíduos acometidos (BRONDANI et al., 2013).

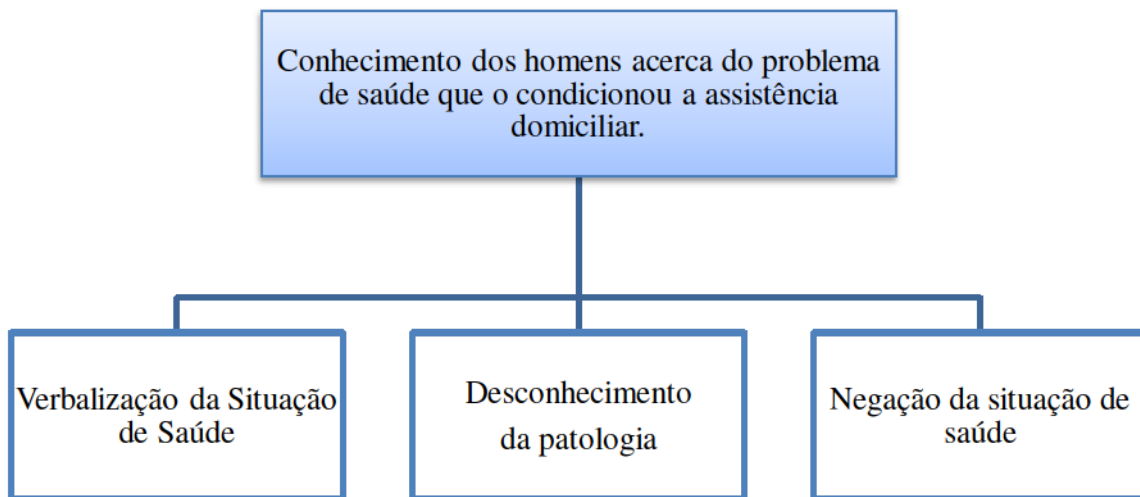
A metade dos participantes do estudo encontrava-se com estado civil de casado, enquanto a outra metade era viúva, com exceção de apenas um, considerado divorciado. Esse achado pode justificar-se pelo motivo de todos os participantes da amostra terem idade acima de 60 anos, sendo comum que nessa idade as pessoas já tenham consolidado suas famílias, nessa situação o homem necessita da companheira como cuidadora, que esteja atenta as suas necessidades de saúde. Além disso, estudo realizado em Brasília, por Vasconcelos e Gomes (2012) comprova que o maior índice de mortalidade está entre viúvos e solteiros, que tem maior vulnerabilidade a desenvolverem doenças e agravos daquelas já existentes, assim sendo encontrado um baixo índice de mortalidade entre homens casados, comprovando mais uma vez a importância da companheira no tocante aos cuidados com a saúde masculina (GOMES, 2013).

Importante destacar que todos os homens da pesquisa possuíam baixa escolaridade, representada metade pelo analfabetismo e a outra metade pelo ensino fundamental incompleto, o que contribui para que esses homens tenham seguido profissões que não requerem qualificações específicas, como a agricultura e o comércio. Portanto, destaca-se que mesmo sendo todos aposentados, a grande maioria dos participantes viviam anteriormente da agricultura.

Os dados acima descritos são reflexos da pouca valorização da educação na época em que esses homens nasceram e com isso uma maior dificuldade de acesso às escolas, no contexto da infância da maioria desses idosos. As condições socioeconômicas neste período eram bem precárias, sendo a educação um privilégio para poucos, levando as crianças masculinas, desde cedo, começarem a trabalhar no campo, enquanto as meninas cabiam os afazeres domésticos, a fim de se tornarem boas donas de casa (FRANCO, 2012).

**Categoria II:** Conhecimento dos homens acerca do problema de saúde que o condicionou a assistência domiciliar.

**Figura II:** Representação esquemática da categoria temática II.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

[...] Eu? Doença eu não tenho nada, tirando desse pé ai, eu não tenho nada em cima de mim [...] (H1).

[...] O que hoje mesmo eu sei é a diabetes, ai depois paralisou os rins, dos rins faz só um ano, um ano e cinco meses mais ou menos, perdi os rins ai por isso estou fazendo hemodiálise[...] (H3).

[...]Foi um AVC [...] (H5).

[...] Não tenho nada, a única doença que eu tenho na minha vida só foi essa agora [...] (H7).

[...] Sei não, é problema de cabeça [...] (H8).

[...] Diabetes braba<sup>1</sup> e esse câncer no pescoço [...] (H9).

[...] Não sei não, os médicos que sabem [...] (H10).



Quando questionados sobre a doença que tinham, a maioria dos participantes verbalizou não conhecer o problema de saúde, enquanto os outros reconheceram à existência da patologia que o condicionou a assistência domiciliar, porém destes homens que reconheceram a patologia, metade deles sabem o motivo de está recebendo assistência no domicílio, mas não admite a condição fragilizada de saúde, verbalizando não existir doença, mas sim um agravo temporário.

Esse resultado evidencia o desconhecimento da patologia por parte da maioria dos usuários pesquisados, o que diretamente relaciona-se com o nível instrução e conhecimento dos participantes, corroborando com a categoria anterior que revela o baixo grau de escolaridade dos homens participantes da pesquisa. Esse déficit de conhecimento acerca da patologia é um fator agravante, podendo levar o indivíduo a ficar ainda mais exposto a agravos que na maior parte das vezes podem ser evitados, o que dificulta também o processo de educação em saúde para esses indivíduos (RODRIGUES; et al 2012).

Quanto aos homens que negam a situação da saúde fragilizada, esses apoia-se nos aspectos históricos e culturais que consideram o modelo de masculinidade hegemônica, defensor de um estereotipo de homem corajoso, viril, destemido, forte fisicamente e emocionalmente e provedor do seu lar. Esse modo de entender e vivenciar a sua masculinidade, permite ao homem uma condição tida como não vulnerável ao adoecimento e nem as fragilidade sociais, conjuntura que determina uma barreira para que os homens cuidem da sua própria saúde, por entender que essa procura é desnecessária e por assumir essa fragilidade como uma espécie de “arranhadura” a sua masculinidade (CASTRO, 2015).

As masculinidades são referidas como sendo práticas sociais desempenhadas pelos homens e condicionadas pelas relações de gênero. Como nas relações de gênero há interação de outros fatores, como a raça, a classe social e a religião, é adequado falar em masculinidades, no plural, uma vez que não existe um único tipo de prática social (SILVA, 2015; CONNELL, 2013).

As discussões sobre masculinidades e gênero tornou-se mais forte no Brasil a partir dos movimentos feministas que lutavam por direitos humanos e com a evolução do tempo, passaram a ganhar força no país. Esse marco feminista levou as discussões a respeito das diferenças entre os sexos, que defendiam conceitos biológico-sexual, contrários aos que acreditavam em conceitos vinculados a cultura de dominação, hegemonia e superioridade dos homens sobre as mulheres. (CASTRO, 2015).

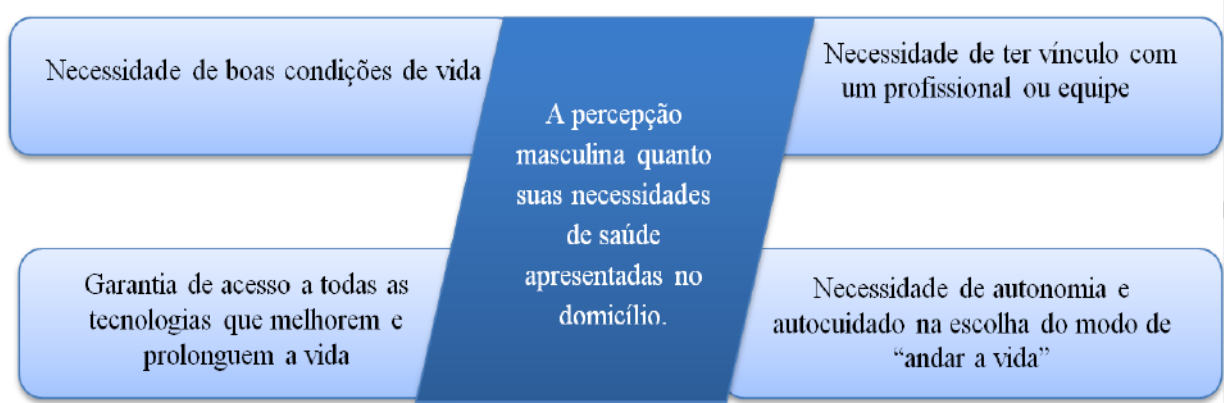
Diabetes braba<sup>1</sup>: se refere à doença como algo forte e de difícil controle.



Segundo Silva (2015) historicamente o conceito de gênero estava exclusivamente relacionado às mulheres, chegando até mesmo a serem utilizados como sinônimos, contudo com o passar do tempo este conceito que era direcionado apenas ao sexo feminino, passou a abordar o masculino. A partir de então, estudos sobre masculinidades e gênero passaram a ter uma maior visibilidade e relevância a partir da década de 1980.

**Categoria III:** A percepção masculina quanto às necessidades de saúde apresentadas no domicílio.

**Figura III:** Representação esquemática da categoria temática III.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

[...] tem essa ferida ai [...] só o que eu sofro é disso ai, de outra coisa eu não sofro de nada, os pulmões são tudo sadio [...] (H1).

[...] É melhor você perguntar a mulher que ela sabe de tudo, eu não sei não, ela dizendo é mesmo que ser eu [...] (H1).

[...] Aqui é bom demais porque está em casa, não estou andando, não tem quem me carregue à mulher não pode comigo (H1).

[...] Essa história de perna cortada, homem pelo amor de Deus, o caba<sup>2</sup> é de corta as penas de uma criatura como esse povo fizeram comigo, é melhor o caba pegar um machado e acabar de matar caladinho [...] (H2).

[...] Porque quem é acostumado com trabalho aquilo é uma distração, uma distração e grande [...] é porque um tem um destino e outro tem outro e meu destino é esse [...] eu me criei trabalhando (choro) e trabalhava e me dava bem nos meus trabalhos, graças a Deus [...] (H2).

[...] Segundo os comentários das enfermeiras, evitar o máximo de beber água, por causa dos rins, porque incho muito, até essa mão aqui

Caba<sup>2</sup>: trata-se de uma redução da palavra "cabra", a qual faz referencia a uma pessoa, em geral do sexo masculino.

é inchada direto [...] E que outro dia eu estava sem defecar, sabe? Que eu passo tempão rapaz, as vezes até mês e mais de mês, entendesse? [...] (H3).

[...] Eu tenho precisão. De melhorar. De andar, ficar vendendo as coisas [...] (H5).

[...] Não, bom agora eu estou tendo necessidade aqui né? Mas foi um acaso, eu nunca sofri de nada, nunca tive doença [...] (H7).

[...] Deve ter né, um remédio ai que serve [...] (H8).

[...] Tá bom não que ela não pode andar comigo, pra dar banho, pra dar de comer [...] (H8).

[...] Não sei não, os médicos que sabem [...] (H10).

[...] Não tenho porque minha mulher me pega como pega um menino novo e me coloca na cadeira [...] (H10).

Quando questionados sobre quais necessidades os participantes do estudo apresentavam no domicílio, alguns homens referiram não saber quais eram suas necessidades, enquanto outros relataram não existir nenhuma necessidade. Esses achados corroboram com os da categoria anterior, quando evidenciaram o desconhecimento dos participantes acerca da doença existente, o que reflete conseqüentemente, no não reconhecimento sobre suas próprias necessidades. Outra parcela dos homens demonstrou em suas falas, intensa dependência de suas esposas, evidenciando sua necessidade de cuidador. Foi possível observar também durante o discurso dos participantes, a insatisfação pela condição de saúde que se encontravam, destacando a existência de necessidade física, social, emocional e espiritual. É importante destacar, que alguns dos participantes também reconheceram a existência de necessidades biológicas.

Para os autores Cecílio e Matsumoto (2006) afirma que a taxonomia, para operacionalizar o conceito de necessidades de saúde, precisa ratificar a dialética do individual e do coletivo. A taxonomia das necessidades de saúde criada por Cecílio, está divididas em quatro grupos, descritos a seguir. O primeiro grupo é das as necessidades de boas condições de vida, englobam as necessidades fisiológicas, como: alimentação, saneamento, moradia, além das necessidades mais complexas, como afeto e segurança, bem como pode também está relacionada com a determinação social do processo de saúde e doença.



O segundo grupo pontua a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prologuem a vida, a necessidade de acesso a todas as tecnologias inclui a necessidade e demandas individuais, sendo assim podendo ter acesso sempre que for necessário a aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção e todas as tecnologias, podendo ser elas, leves, leves-dura e duras, a depender da necessidade de cada individuo O terceiro grupo aborda a necessidade de ter vínculo com profissional ou equipe de saúde, o vínculo com profissional ou equipe é uma ferramenta que favorece as práticas diárias do sujeito, possibilitando assim que os usuários expressem suas necessidades, além de estimular a autonomia (CECILIO; MATSUMOTO, 2006).

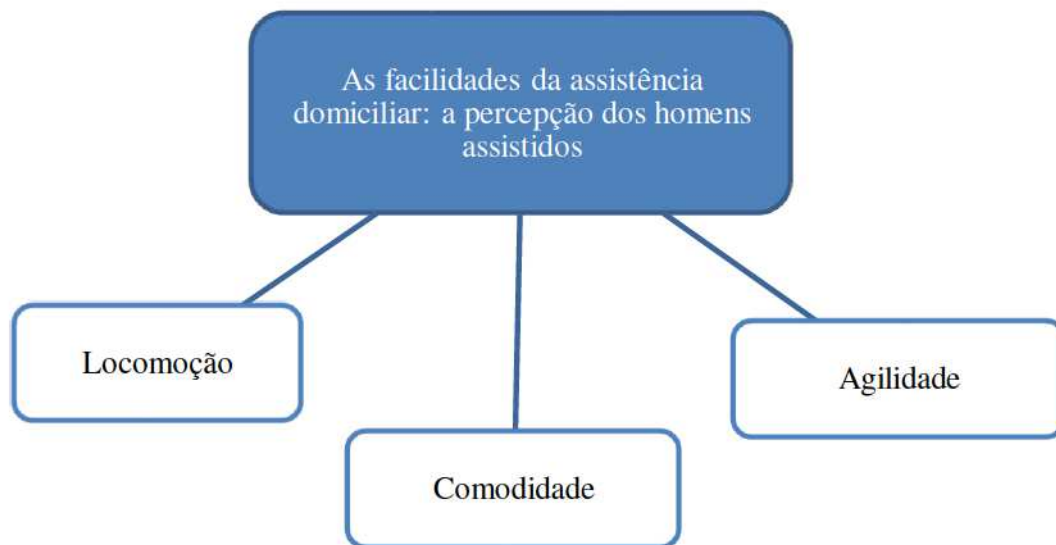
Para Franco (2012) o vínculo deve ser uma relação contínua, pessoal e intransferível, um encontro de subjetividades, se sustenta na afetividade, aceitação e confiança, tornando-se dessa forma um elemento essencial para ofertar um atendimento satisfatório. Ainda de acordo com taxonomia de necessidades de saúde, o quarto grupo diz respeito as necessidade de autonomia e autocuidado na construção do “no modo de andar a vida”. O autor defende que as necessidades de saúde do usuário é profundamente influenciável por sua autonomia, uma vez que o modo como ele conduz sua vida é capaz de despertar maior interesse pela terapêutica e essa participação ativa poderá leva-lo mais rapidamente a cura, o que não é observado quando o individuo se apresenta como um ser passível e sem voz (CECILIO; MATSUMOTO, 2006).

Após a análise, foi possível observar por meio das falas dos participantes, que o grupo de necessidade de autonomia foi encontrado com maior frequência no estudo, manifestando-se por discursos que expressavam desconhecimento da doença, conseqüentemente assim o desconhecimento também de suas necessidades de saúde, além de transferir sua autonomia para outra pessoa, como seus cuidadores. Foi possível observar também em alguns discursos as necessidades de boas condições de vida, quando os participantes relataram necessidades fisiológicas, incluindo necessidades de alimentação, excreção, lazer, emprego e espiritual.

**Categoria IV:** As facilidades da assistência domiciliar: a percepção dos homens assistidos

**Figura IV:** Representação esquemática da categoria temática IV.





Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

[...] Fica mais fácil por tudo ela vindo pra cá, porque eu não posso andar [...] Aqui é bom demais porque estou em casa, não estou andando, não tem quem me leve, a mulher não pode comigo [...] (H1).

[...] Em casa é mais fácil, porque pelo menos o caba imagina menos. Agora se me colocar pra dentro de um hospital, Deus me perdoe, pelo amor de Deus que não posso dizer nada, posso dizer nada não que eu sou um ignorante [...] (H2).

[...] Pelo menos pra mim é melhor, porque eu sou atendido em casa, não vou andar [...] (H5).

[...] A domicílio é 100% né? Porque olhe, eu teria que me locomover, eu não tenho carro, já era uma dificuldade, como é que eu ia me locomover com a perna assim, eu sair daqui nesse andajá [...] O atendimento de vocês é ótimo, não tenho do que reclamar [...] (H7).

[...] Sair é ruim demais... Porque eu não posso andar [...] (H8).

[...] O povo fala que aqui é ruim, quem fala que aqui é ruim é porque não conhece lá fora minha filha<sup>3</sup>, aqui você chega tem 4 a 10 pessoas pra ser atendido, lá fora têm é 200 [...] faz quatro meses que eu tento pra fazer tratamento desse câncer [...] (H9).

[...] Em casa é melhor, sabe por quê? Porque eu não posso andar, vou daqui ali à esquina às vezes e volto porque eu não posso mais andar. Já pensou se eu fosse daqui ao posto agora? Só chegava amanhã [...] (H9).

Minha filha<sup>3</sup>: forma carinhosa de tratar uma pessoa mais jovem.

[...] Porque pra ir para hospital é preciso um carro e eu não tenho. Eu quando saio daqui eu vou pra uma cadeira de roda. É porque nem andar dentro de casa eu não ando, ando porque ela me coloca na cadeira de roda e me leva as vezes pra da um passeio [...] (H10).

Pode-se inferir que todos os participantes da pesquisa destacaram como sendo a principal facilidade da assistência domiciliar, o fato dos usuários não precisarem se locomover até o serviço de saúde, destacando ainda a inviabilidade de ocorrer esse deslocamento, caso fosse necessário, devido às condições de saúde fragilizadas em que os homens se encontravam, bem como a falta de transporte público ou privado para que seja realizada essa locomoção. Segundo Oliveira (2012) o deslocamento para o serviço hospitalar junto à grande espera pelo atendimento ocasiona a produção de memórias negativas; em contrapartida quando o serviço vai até o usuário, ele o considera como familiar e aconchegante, podendo observar a tranquilização tanto dos cuidadores quanto dos próprios usuários, no sentido de não precisar locomover-se a unidade hospitalar.

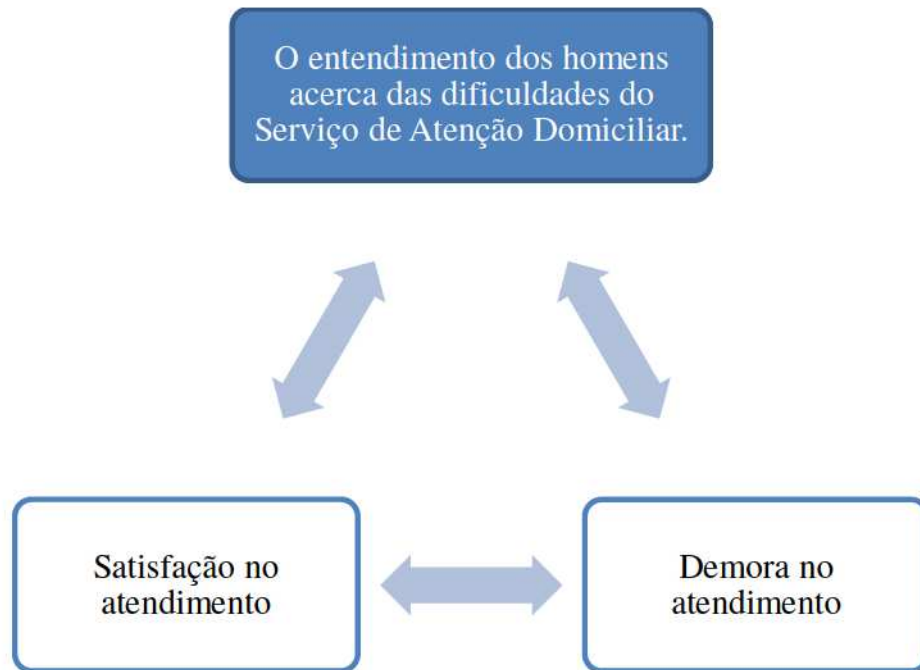
Os homens ainda compararam o SAD a outros, em relação a comodidade que a AD proporciona, enfatizando a agilidade e a qualidade do serviço prestado. Um dos grandes benefícios da AD firma-se em conseguir trazer segurança da estrutura convencional de um hospital a comodidade do próprio domicílio (MARCOLIN, 2014). A assistência domiciliar é considerada como uma excelente alternativa para ofertar cuidados especializados, ao mesmo tempo com comodidade e conforto ao indivíduo, e promovendo a desospitalização (KATZER, 2016).

A agilidade do serviço também foi citada pelos participantes, contudo ressalta-se que em levantamento bibliográfico não visualizou pesquisas anteriores que corroborasse com esse achado caracteriza-se como um achado, o que o torna alvo de maior investigação para estudos posteriores.

**Categoria V:** O entendimento dos homens acerca das dificuldades do Serviço de Atenção Domiciliar.

**Figura V:** Representação esquemática da categoria temática V.





Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

**SUBCATEGORIA I:** Satisfação no atendimento.

[...] Dificuldade? Tem não, aqui é bom demais porque está em casa [...] (H1).

[...] Não, no momento não, no momento até que está dando para ser feito [...] (H3).

[...] Não acho difícil não [...] (H5).

[...] Não, até aqui não faltou nada [...] (H6).

Quando questionados sobre as dificuldades com a assistência domiciliar, a grande maioria dos homens afirmaram que não existem dificuldades na assistência no domicílio, sendo imperioso destacar a satisfação verbalizada pelos usuários em relação aos serviços ofertados, enquanto apenas um dos homens afirmou existir dificuldades, sendo elas do tipo de demora pelo atendimento devido a alta demanda do serviço.

Esse achado corrobora com pesquisa realizada pelo SUS por meio de uma ouvidoria realizada no ano de 2012 com intuito de mensurar a satisfação dos usuários atendidos pelo Programa Melhor em Casa, tais consultas telefônicas demonstraram grande aprovação do PMC por parte dos usuários, com índice de 93,9% de satisfação do serviço (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014). Além disso, o Ministério da Saúde através do caderno de atenção domiciliar destaca a importância de realização de pesquisas periódicas a respeito da satisfação do usuário



com o serviço ofertado, sendo imprescindível que esses estudos levem em consideração o contexto socioeconômico e cultural da realidade estudada (BRASIL, 2012).

**SUBCATEGORIA II:** Demora no atendimento.

[...] Porque vocês tem uma rota muito alta né? Porque quantas pessoas vocês atendem por dia, ai não consegue, é como se diz, ser mais rápido, né verdade? [...] (H7).

Já no tocante da demora pelo atendimento, citada por um dos homens durante a entrevista, contrapõe-se com outros discursos, tais divergências de falas dos participantes podem ser justificadas, quando se considerando a realidade já vivenciada por cada indivíduo, sendo assim, aqueles homens que destacaram em seus discursos a demora do atendimento, possivelmente nunca vivenciaram outra realidade dos serviços de saúde que não seja no domicílio, diferente daqueles que relataram agilidade e satisfação com o SAD que provavelmente já tiveram em algum momento outras experiências que não seja no domicílio, o que acaba contribuindo para que tenham uma maior percepção das facilidades que SAD pode oferecer.

Conforme estudo realizado por Oliveira et al (2014) a maioria dos usuários preferem e tem maior aceitabilidade pela AD, devido a memórias e experiências negativas vividas anteriormente em outros serviços, como a grande espera em enormes filas nos hospitais e pronto-atendimento em busca de assistência, o que é bastante comum na vida de pessoas acometidas por doenças crônicas. Destacando ainda maior facilidade que usuários do SAD tem de ter acesso a uma equipe multiprofissional capacitada a qual atende todas as suas necessidades com segurança do hospital com comodidade e conforto da sua casa, além de preservar a autonomia do tanto do usuário como do seu cuidador.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Fonte: Google imagens, 2017.

A presente pesquisa partiu do pressuposto que a população masculina tem grande participação nos atendimentos realizados pelo SAD, decorrente às diversas morbidades as quais os homens estão expostos cotidianamente, o que os tornam bastantes vulneráveis ao adoecimento crônico e por causas evitáveis. Essa afirmativa foi ratificada pelos resultados deste estudo, que evidenciaram que a maioria dos homens que recebiam assistência domiciliar são indivíduos acometidos por doenças crônicas, bem como por complicações decorrentes delas.

Em relação á categorização desta pesquisa, com relação à categorização dos participantes, verificou-se que todos dos homens entrevistados no estudo eram idosos, com estado civil de casados ou viúvos, que tinham baixo nível de escolaridade, variando entre o analfabetismo ao ensino fundamental incompleto, e agricultores como profissão.

O desenvolvimento desse estudo permitiu conhecer a percepção dos homens atendidos pelo PMC acerca da assistência domiciliar prestada, sendo possível observar que mesmo tendo sido elencadas diversas necessidades existentes no domicílio por alguns usuários, a maioria dos homens não foram capazes de reconhecer suas próprias necessidades, não sendo conhecedores ao menos da doença que os acometem, manifestando com maior evidencia a necessidade de autonomia por parte dos homens, por serem totalmente dependente de seus cuidadores.

Durante as entrevistas, identificou-se que uma das facilidades mais comumente encontradas nos discursos dos entrevistados, elencadas por todos os participantes da pesquisa, foi à comodidade que a assistência domiciliar oferece, tornando desnecessária a locomoção dos usuários até os serviços de saúde, destacando ainda a inviabilidade deles caso esse deslocamento fosse preciso.

No que concerne às dificuldades encontradas pelos homens no SAD, a maioria afirmaram não existir dificuldades que comprometesse a qualidade da assistência ofertada, destacando ainda a satisfação quase que absoluta dos usuários com os serviços a eles oferecidos. Porém, torna-se importante destacar que em um dos discursos foi elencado a demora pelo atendimento, o que pode ser justificado pela inexperiência deste participante em outros serviços de saúde fora do domicílio. Dessa forma, pode-se afirmar que os objetivos propostos por esse estudo, foram alcançados.



É imprescindível ressaltar um achado desta pesquisa, que não se encontrou em nenhum outro estudo anterior, em que se destacou a agilidade do serviço, citada pelos usuários como uma facilidade encontrada na assistência domiciliar, evidenciando a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas, que venham ampliar a discussão dessa temática.

Durante a realização desta pesquisa, encontraram-se algumas dificuldades para sua execução, que podem ter interferido nos seus resultados finais. Uma dessas barreiras foi à mudança de gestão municipal na época de início da coleta de dados, o que ocasionou a mudança de toda equipe do PMC e o desligamento de todos os usuários cadastrados na gestão anterior. Dessa maneira, os usuários ficaram sem nenhum atendimento por algum tempo, até que acontecesse uma reorganização pela atual gestão e contratação de novos profissionais para compor a equipe do programa e só após isso que aconteceu o recadastramento dos usuários do PMC. Portanto, todos os entrevistados são usuários recentes da assistência domiciliar, o que pode ter interferido em suas respostas, e conseqüentemente para a não identificação de suas necessidades, facilidades e dificuldades no atendimento das necessidades no ambiente domiciliar.

Considera-se como um viés dessa pesquisa, o fato de que a pesquisadora foi apresentada aos participantes da pesquisa pela própria equipe do PMC, e assim indo até os domicílios dos homens para realizar a entrevista juntamente com a equipe, o que pode ter interferido nos resultados finais da pesquisa.

Mediante as considerações apresentadas, percebeu-se que esta pesquisa trata-se de uma temática extremamente relevante, apesar de ser pouco estudada na literatura brasileira, afirmando a necessidade de novos estudos na área.

A presente pesquisa além de contribuir como arcabouço para a comunidade científica e social, serviu também como instrumento de aprimoramento para a pesquisadora, bem como para o desenvolvimento de pensamentos críticos reflexivos em relação à AD e a saúde do homem, que apensar de serem duas áreas que tiveram suas políticas desenvolvidas, relativamente a pouco tempo, tem sido alvo de bastante discussão. Contudo, precisa-se fazer mais para a consolidação de ambas, tendo em vista que na Paraíba apenas nove municípios são contemplados com o PMC e a PNAISH ainda possui alguns entraves para sua completa implementação.

Além disso, a referida pesquisa também poderá contribuir para a formação de outros acadêmicos, bem como para a qualificação dos profissionais da área da saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento da prática do cuidado e proporcionando uma assistência qualificada as necessidades desses usuários. Assim, fica exposta a relevante contribuição desta pesquisa para a assistência domiciliar e para os homens que participaram dessa pesquisa, pois possibilitou a eles expressar suas percepções quanto à assistência prestada, de seus sentimentos e suas angústias mediante condição fragilizada em que se encontram.

## REFERÊNCIAS



Fonte: Google imagens, 2017.



AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília-DF, **Diário Oficial da União**, 27 jan. 2006. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011\\_26\\_01\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html)>. Acesso em: 10.10.2016.

AGUIAR, M. C.; ALMEIDA, O. S. A implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. **Diálogos & Ciência**, Vitória da Conquista, n. 30, p. 144-147., 2012. Disponível em: <  
[https://www.researchgate.net/profile/Obertal\\_Almeida/publication/272883065\\_A\\_implantacao\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_atencao\\_integral\\_a\\_saude\\_do\\_homem\\_no\\_Brasil\\_um\\_desafio\\_para\\_a\\_saude\\_publica/links/550c13280cf20637993989ac.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Obertal_Almeida/publication/272883065_A_implantacao_da_politica_nacional_de_atencao_integral_a_saude_do_homem_no_Brasil_um_desafio_para_a_saude_publica/links/550c13280cf20637993989ac.pdf)>. Acesso em: 10.11.2016

AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: **Martinari**, 2015. Disponível em: <  
<https://www.seer.furg.br/vitalle/article/viewFile/6044/4446>>. Acesso em: 10.11.2016

ANDRADE, A. M. et al. Singularidade do trabalho na Atenção Domiciliar: Imprimindo uma nova lógica em saúde. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 5, n.1, p. 3383-93. 2013. Disponível: <  
[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025/pdf\\_698](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025/pdf_698)>. Acesso em: 20.11.2016

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed revista actualizada. Portugal: Edições 70, 2011.

BARRETO, A. S. B. **Avaliação da Implantação do Programa de Controle do Câncer de Mama no Município de Cuité na Paraíba**. 2012. 119 f. Dissertação. Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev.2007. Disponível em: <  
[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html)>. Acesso em: 20.11.2016.

BRASIL, Conselho Nacional de Medicina. **Resolução CFM nº 1.931/2009 de 24 de setembro de 2009**. Aprova o Código de ética Médica. Brasília, DF, set.2009. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm). Acesso em: 20.11.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Brasília, DF, 1ed, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH)**. DataSus, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e11.def>. Acesso em: 16.11.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica**. Brasília, 2013. Disponível em: <



<https://www.mpro.mp.br/documents/252409/1990475/Fortalecimento+da+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0%20Sa%C3%BAde+do+Home m/c5c50429-af38-423f-a0b6-547d2dd7abb8;jsessionid=F6F545A6271D69B9D744F606325806D7.node01?version=1.0>. Acesso em: 20.11.2016

BRASIL, Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as **condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 21.10.2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.959, de 14 de dezembro de 2011. **Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2959\\_14\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2959_14_12_2011_rep.html)>. Acesso em 21.10.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. 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, Brasília DF, 2013. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 21.10.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. 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, Brasília, DF, 2011. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html)>. Acesso em: 21.10.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. **Institui no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html)>. Acesso em: 21.10.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Melhor em Casa, número equipes habilitadas**. SAGE, 2016. Disponível em: <[http://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/lista\\_mun.php?ufs=&ibges=&ufcidade=Brasil](http://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/lista_mun.php?ufs=&ibges=&ufcidade=Brasil)>. Acesso em: 21.10.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 92 p. Disponível em: < [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude\\_do\\_homem.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf)>. Acesso em: 16.11.2016.



BRASIL, Ministério da Saúde. **Um terço dos homens não acompanha o estado de saúde.** Portal da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25093-um-terco-dos-homens-nao-acompanha-o-estado-de-saude>> . Acesso em: 16.11.2016.

BRITO, L. T. B.; FREITAS, J. G. O.; SANTOS, M. P. Não, Isso Não é Coisa pra Homem – Masculinidades e os Processos de Inclusão/Exclusão em uma Escola da Baixada Fluminense – RJ. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v.5, n.2, p. 114-125. 2014. Disponível em: <[http://www.academia.edu/23634604/N%C3%A3o\\_Isso\\_n%C3%A3o\\_%C3%A9\\_Coisa\\_pra\\_Homem\\_-\\_Masculinidades\\_e\\_os\\_Processos\\_de\\_Inclus%C3%A3o\\_Exclus%C3%A3o\\_em\\_uma\\_Escola\\_da\\_Baixada\\_Fluminense\\_RJ](http://www.academia.edu/23634604/N%C3%A3o_Isso_n%C3%A3o_%C3%A9_Coisa_pra_Homem_-_Masculinidades_e_os_Processos_de_Inclus%C3%A3o_Exclus%C3%A3o_em_uma_Escola_da_Baixada_Fluminense_RJ)>. Acesso em: 30.11.2016.

BRONDANI, C. M.; RAMOS, L. H.; BEUTER, M.; LAMPERT, M. A.; SEIFFERT, M. A.; BRUINSMA. Caracterização de Pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. esp, p. 689-699, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11063>>. Acesso em: 20.06.2017.

CASTRO, M. A. **AINDA SOMOS OS MESMOS?: Masculinidades e produção de cuidados entre duas gerações de homens Belo Horizonte.** 2015. 112 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio de Janeiro, p. 37-50, 2006. Disponível em: <[http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos\\_gerais/Cecilio\\_Matsumoto\\_2006.pdf](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/Cecilio_Matsumoto_2006.pdf)>. Acesso em: 20.06.2017.

CUITÉ. Secretaria municipal de saúde. Programa Melhor em Casa. Cuité, 2016.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1. p. 241-282, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100014/24650>>. Acesso em: 20.11.2016.

DALMOLIN, B.B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p. 389-94, abr./jun., 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23.pdf>>. Acesso em: 20.11.2016.

FERREIRA, M. C. Desafios da Política de Atenção à Saúde do Homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1833-1847, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/23011/16533>>. Acesso em: 20.11.2016.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimento para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.



2, p. 389-394., 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 15.11.2016.

FRANCO, F. A.; HINO, P.; NICHATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Revista Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 157-162, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a21.pdf>>. Acesso em: 20.06.2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, M. F.; TURRA, C. M.; FÍGOLI, M. G. B.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. C. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p.566-578, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a14v29n3.pdf>>. Acesso em: 20.06.2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico Cuité (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/paraiba/cuite.pdf>. Acesso em: 10.10.2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População – Cuité (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_urb\\_rur.php?codigo=25050](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=25050). Acesso em: 10.10.2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Masculina – Cuité (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_urb\\_rur.php?codigo=25050](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=25050). Acesso em: 10.10.2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Feminina – Cuité (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_urb\\_rur.php?codigo=25050](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=25050). Acesso em: 10.10.2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Rural – Cuité (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_urb\\_rur.php?codigo=25050](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=25050). Acesso em: 10.10.2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População Urbana – Cuité (PB)**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_urb\\_rur.php?codigo=25050](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_urb_rur.php?codigo=25050). Acesso em: 10.10.2016.

KATZER, J.; MADEIRA, F. P. Fisioterapia domiciliar em pacientes graves com acometimento respiratório. **Revista Caderno Saúde e desenvolvimento**, v. 8, n. 5, 2016. Disponível em: <<https://www.uninter.com/web/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/436/370>>. Acesso: 12.06.2017.



MARCHIN, R, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 11, p. 4503-4512, 2011. Disponível em: < [http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/Concepcoes\\_de\\_genero\\_masculinidade\\_e\\_cuidados\\_em\\_saude.pdf](http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/BiblioFesf/Concepcoes_de_genero_masculinidade_e_cuidados_em_saude.pdf)>. Acesso em: 20.11.2016.

MARCOLIN, G. C. A. et al. Panorama da Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS): Correlatividade com os serviços de atenção primária. **Teoria & Sociedade**, v. 22, n. 2. 2014. Disponível em: < <http://www.fafich.ufmg.br/~revistasociedade/index.php/rts/article/view/196/142>>. Acesso em: 15.12.2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**, 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA NETO, A. V.; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no SUS: O que representa o programa melhor em casa?. **Revista Saúde em Debate**, v. 1, n. 51, p. 58-71, 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 12.06.2017.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BUDO, M. L. D.; KRUSE, H. L.; BEUTER, M. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 591-599, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a14.pdf>. Acesso em: 20.06.2017.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n.1, p. 15-35, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 20.11.2016.

PIRES, M. R. G. M. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-56., 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00648.pdf>>. Acesso em: 20.11.2016.

ROCHA, M. E. et al. A Política Nacional de Saúde do Homem e os desafios de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica da UNIVAR**, n. 15, v. 1, p. 43-48, 2016. Disponível em: < <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/476/394>>. Acesso em: 20.11.2016

RODRIGUES, F. F., SANTOS, M. A., TEXEIRA, C. R. S., GONELA, J. T., ZANETTI, M. L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>>. Acesso em: 12.06.2017.

SILVA, Y. C. **A produção do cuidado na Atenção Domiciliar: Relações de poder e estratégias de resistência**. 2015. 140 f. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015.

SILVA, P. N. **Gênero, masculinidade e saúde do homem: a representação social do agente comunitário de saúde**. 2015. 89f. Dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva na área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, 2015.

SOUSA, A. F. R. et al. Análise dos fatores de risco relacionados à saúde do homem. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 06-20, 2014. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/70/95>>. Acesso em: 20.11.2016.

TRILICO, M. L. C. et al. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Revista Trabalho, educação e saúde**, v. 13, n. 2, p. 381-395. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000200381](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200381)>. Acesso em: 20.11.2016.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol, serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400003&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12.06.2017.



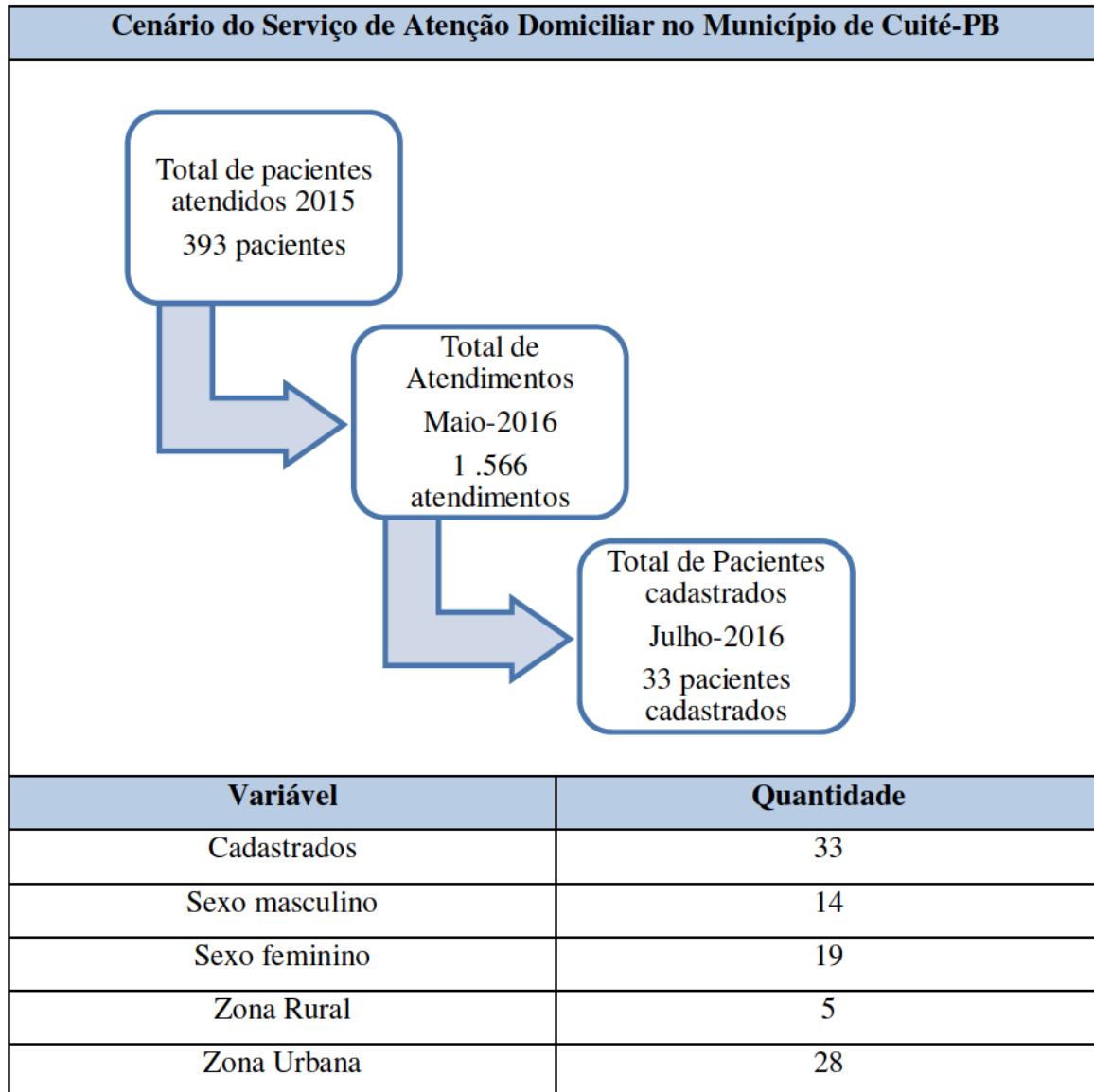
## APÊNDICES



Fonte: Google imagens, 2017.

## APÊNDICE A

## DESCRIÇÃO DO UNIVERSO POPULACIONAL DO ESTUDO





## APÊNDICE B



**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 HOMENS**

**QUESTÕES NORTEADORAS**

Qual a sua idade?

Qual o seu estado civil?

O senhor estudou? Até que série?

Qual a sua profissão?

O senhor sabe qual a doença que tem?

O senhor pode me dizer quais são as necessidades que o senhor tem em relação a sua saúde?

As necessidades que o senhor tem são atendidas? Como? Por quem?

O senhor considera que existem facilidades que favorecem o atendimento de suas necessidades? Quais?

O senhor acha que existem dificuldades para que suas necessidades sejam atendidas aqui no domicílio? Quais?

## APÊNDICE C



**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: Homem**

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: **“O universo masculino no domicílio: a visão dos  
 homens acerca da assistência ofertada pelo Programa Melhor em Casa”**. 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)<sup>1</sup>, a Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité e a Delegacia Regional de Cuité.

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

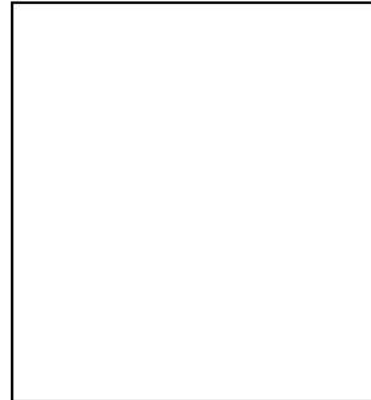
---

<sup>1</sup>Endereço 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](mailto:jocellyaferreira@hotmail.com))

Pesquisador Colaborador: \_\_\_\_\_  
(Fernanda Beatriz Dantas de Freitas. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité. Endereço: Rua Pedro Simões, 08, Aliança, Cuité / PB CEP: 58175-000. Telefone: (83) 996497226, e-mail: [fernandafreitas15@hotmail.com](mailto:fernandafreitas15@hotmail.com))

## APÊNDICE D



**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 **“O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca da assistência ofertada pelo Programa Melhor em Casa”** 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 Fernanda Beatriz Dantas de 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.

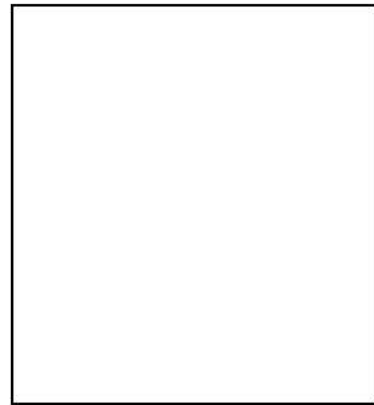
Cuité - PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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](mailto: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





**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 UFPG, *campus* Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da UFPG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Neste contexto a graduanda: Fernanda Beatriz Dantas de Freitas, matrícula nº 516120641, CPF nº 059.248.274-02 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca da assistência ofertada pelo Programa Melhor em Casa”**, 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Fernanda Beatriz Dantas de 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: **“O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca da assistência ofertada pelo Programa Melhor em Casa”**, no Programa Melhor em Casa. A pesquisa está sendo realizada sob a responsabilidade da **Prof<sup>ª</sup>MSc. Jocelly de Araújo Ferreira**, juntamente com a aluna **Fernanda Beatriz Dantas de Freitas**, acadêmico do Curso Bacharelado em Enfermagem/UFCEG, *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 FEDERAL 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 **“O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca da assistência ofertada pelo Programa Melhor em Casa”** 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 \_\_\_\_\_.

---

Fernanda Beatriz Dantas de Freitas  
Orientanda-Pesquisadora

---

Jocelly de Araújo Ferreira  
Orientadora-Pesquisadora



**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: “O UNIVERSO MASCULINO NO DOMICÍLIO: A VISÃO DOS  
HOMENS ACERCA DA ASSISTÊNCIA OFERTADA PELO PROGRAMA MELHOR  
EM CASA”**

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



**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 **“O universo masculino no domicílio: a visão dos homens acerca da assistência ofertada pelo Programa Melhor em Casa”**, 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

---

Fernanda Beatriz Dantas de Freitas  
Orientanda



## ANEXO F

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_845665.pdf	21/12/2016 00:51:22		Acelto
Outros	TCLE_CUIDADOR.pdf	21/12/2016 00:50:19	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HOMEM.pdf	21/12/2016 00:48:44	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	21/12/2016 00:48:04	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	21/12/2016 00:44:46	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_GRAVACAO_VOZ.pdf	18/12/2016 01:15:24	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_UFCG.pdf	18/12/2016 01:12:03	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	ANUENCIA_SMS.pdf	18/12/2016 01:10:03	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	DESCRICAO_POPULACAO.pdf	18/12/2016 01:05:32	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	COMPROMISSO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.pdf	18/12/2016 01:04:35	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	COMPROMISSO_PESQUISADORAS.pdf	18/12/2016 01:02:46	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	COMPROMISSO_DIVULGACAO_RESULTADOS.pdf	18/12/2016 00:43:11	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	INSTRUMENTO_HOMEM.pdf	18/12/2016 00:35:00	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	INSTRUMENTO_CUIDADOR.pdf	18/12/2016 00:32:17	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Acelto
Outros	CRONOGRAMA_ORCAMENTARIO.pdf	18/12/2016	JOCELLY DE	Acelto

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	16/12/2016 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:  
Janusa 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