

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

LAIS MOREIRA SANTOS

**O CUIDAR DE HOMENS COM NECESSIDADES ESPECIAIS: A VISÃO
DOS CUIDADORES**

CUITÉ
2015

LAIS MOREIRA SANTOS

O CUIDAR DE HOMENS COM NECESSIDADES ESPECIAIS: A VISÃO
DOS CUIDADORES

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem, para análise e parecer com fins de realização de Trabalho de Conclusão de Curso e obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*.

Orientadora: MSc. Jocelly de Araújo Ferreira

CUITÉ
2015

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

S237c Santos, Lais Moreira.

O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores. / Lais Moreira Santos. – Cuité: CES, 2015.

103 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Jocelly de Araújo Ferreira.

1. Saúde do homem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Pessoas com necessidades especiais. 4. Cuidadores. I. Título.

CDU 614-005.1

LAIS MOREIRA SANTOS

O CUIDAR DE HOMENS COM NECESSIDADES ESPECIAIS: A VISÃO
DOS CUIDADORES

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

DATA DA APROVAÇÃO: ____/____/____

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

Prof.^a MSc. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Avaliadora Interna
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a Dr.^a Wilma Dias de Fontes
Avaliadora Externa
Universidade Federal da Paraíba

Cuité – PB, 12 de março de 2015

Dedico esta pesquisa a razão do meu viver, meus pais. A minha mãe, **Maria Elizabeth** por confiar em mim e me dar força para a concretização de mais uma caminhada da minha vida. Sei que ela jamais mediu seus esforços pra tornar esse sonho em realidade, sem a compreensão, ajuda e confiança de minha heroína nada disso seria possível no dia de hoje. Ao meu pai **Luis Clementino** (*in memoriam*), que infelizmente não pode estar presente neste momento tão especial, único e feliz da minha vida, que é conquista do meu maior sonho, mas que jamais poderia deixar de dedicar a ele, pois se hoje estou aqui, devo muitas coisas ao Senhor, pelos ensinamentos e valores repassados e por mesmo não estando aqui, soube que me tornaria “Enfermeira”. Obrigada por tudo! Saudades eternas meu amor, meu herói!

A eles além da dedicatória desta conquista dedico a minha vida.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por ser essencial em minha vida, autor da minha história, meu guia que me permitiu sonhar de uma forma que alargasse meus horizontes. Sonhei, busquei e conquistei, mas antes o sonho foi plantado em mim, obrigado ao Deus que semeou, sei que foste à força que me ajudou a seguir por esse caminho que chegou ao fim, sei também que será a mesma força que me fará seguir em frente, diante das jornadas futuras. És o maior mestre que uma pessoa pode conhecer e reconhecer, eu nada seria sem a fé que tenho em ti.

À minha mãe **Maria Elizabeth**, a ti poderia escrever um livro e mesmo assim não conseguiria dizer o quanto sou grata. Você que me deu a vida e ensinou a vivê-la com dignidade, não basta apenas um obrigado. A você que dedicou cada gota de seu suor para um futuro incerto que eu viesse a escolher, mas sempre com esperança me iluminou, com afeto e dedicação para que eu pudesse trilhar sem medo e assim realizar o meu sonho. Ao longo de todos os anos de minha existência vivenciamos muitos momentos bons e ruins, mas, juntas e envolvidas pelo laço de amor incondicional que nos une, vencemos e venceremos cada batalha que nos for imposta... És meu exemplo de vitória e milagre divino, jamais conseguirei expressar por meio de palavras o quanto sou grata, só me resta dizer: Te Amo Minha Guerreira!

Ao meu pai **Luis Clementino** (*in memoriam*), que em meio ao sentimento de realização, após um longo período de dedicação o meu sonho foi concretizado, dessa forma num misto de imensa alegria e saudade, sinto com mais propriedade a força de seu amor. Fecho os meus olhos e percebo que, na verdade, você está mais perto do que nunca, pois, estás no meu olhar, nos meus gestos, em minhas palavras, no meu modo de ver o mundo e em meu coração. Jamais esqueceria aquele que mesmo ausente, fez parte dessa conquista pois mesmo sem vê-lo consigo te sentir vibrando em meio a minha conquista, você está comigo da mesma forma que esteve até agora, em todos os momentos da minha vida. Poderia dizer-lhe tantas coisas, mas prefiro o meu silêncio, ele certamente demonstrará com mais exatidão as minhas emoções... Sei que mesmo de longe quando a certeza de desistir se fez presente, ao fechar meus olhos e sentir tua presença, vi que era preciso continuar! E agora estou aqui, no final dessa jornada, na realização desse sonho. E é com eterna gratidão e com uma imensa saudade que deixo o meu muito obrigado! Sempre te amarei! Dedico essa vitória a você!

À minhas avós: **Maria Eunice**, que sempre acreditou na minha capacidade. Tenho muita sorte de ser sua neta, você é sinônimo de carinho, atenção, meiguice, amor, dedicação, paz, solidariedade e muita sabedoria. És a luz que me livra do medo, é o colo que me protege do frio, a rocha firme que me transmite segurança. Quando preciso de algum conselho, encontro em você amparo, me acalentaste nos momentos angustiantes ao longo desse trajeto e me transmitiu paz e força para seguir. A ti resta apenas agradecer por meio dessas singelas palavras embaladas de amor sincero. És uma avó maravilhosa, que me faz muito feliz, enfim minha vó Baia, Te Amo Muito! **Josefa Alves** (*in memoriam*) vovó Zefa, esta página estaria incompleta se não se lembrasse de ti, que um dia também compartilhou diversos momentos ao longo de minha infância e adolescência, me ensinando que por mais difícil que seja a situação não devemos jamais desistir, serás sempre lembrada pela sua força de viver apesar das dificuldades e condições impostas a tua vida. Onde quer que esteja, receba meus sinceros agradecimentos junto a minha saudade!

À **Família**, que apesar da distância de alguns e nossas diferenças vocês nunca deixaram de me apoiar e confiar em mim, sempre estiveram dispostos a ajudar nos momentos que precisei. Hoje quero apenas agradecer por tudo que já fizeram por mim e descrever o quanto são importantes. Gostaria de agradecer especialmente aos meus padrinhos, **Maria Aparecida** e **Francisco Araújo**, que sempre fizeram me sentir muito especial, agradeço muito a minha mãe por ter me confiado a vocês no momento do meu batismo. Ser afilhada de vocês é uma felicidade muito grande e por isso não deixaria de dividir esse momento tão singular na minha vida, meus eternos agradecimentos Tia Branca e Tio Tico!

À minha afilhada **Helena Macário**, desde a sua chegada ao nosso mundo agradeço ao senhor Deus por ter me concedido a graça de te batizar. Sou muito grata aos seus pais por me confiar a sua vida e como sua madrinha neste momento tão importante de minha vida, venho aqui te agradecer por transformar meus dias nos melhores, embora a correria do cotidiano imposta pela faculdade, você sempre se fez presente durante essa jornada e confesso que cada vez que falava com você ou simplesmente olhava dentro de seus olhos, o estresse da universidade sumiam e surgia em mim um motivo a mais de alegria. Obrigada de coração minha princesa por ser essa pedra preciosa no meu caminho, essa conquista foi abrilhantada ainda mais por ter você ao meu lado. Sua dindinha te ama, Lelê!

Ao meu namorado **Paulo Batista Dantas Neto**, um agradecimento mais do que especial, por entender a minha correria, principalmente na produção deste trabalho, por ter sacrificado os nossos momentos juntos para que eu pudesse me dedicar ainda mais no fim do curso, por ter me dado todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis, todo carinho, respeito, paciência, confiança, por ter me aturado nos momentos de estresse, e por tornar minha vida cada dia mais feliz. Obrigada Paulinho!

Aos irmãos de coração, **Ana Gabriela, Franciana Santos, Iracilda Martins, Ivanice Santos, Janiely Macêdo, Jean Carlos, Jhonnatha Torres, Rennan Porto**, por sempre acreditar em mim e por me apoiar em qualquer decisão, mesmo que essa tenha nos deixado a quilômetros de distância física. É com vocês que compartilho angústias, alegrias, felicidades e tantas outras coisas que uma amizade permite. Só vocês entendem o meu objetivo, o sumiço, a falta de tempo, o cansaço... Amo Vocês!

Aos meus amigos **Neto Silva, Eliziane Klícia, Milena Dourado, José Delmar** pelo auxílio de vocês na construção desse trabalho. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção tornaram o meu estudo ainda melhor.

A minha eterna **Turma 2014.2**, a todos os meus sinceros agradecimentos por termos compartilhados os prazeres e as dificuldades desta jornada, durante tantas horas e pelas marcas de experiências comuns. Chegamos ao final com a certeza do dever cumprido. Durante quase seis anos fomos colegas e amigos, choramos e sorrimos muitas vezes juntos e isso nos fez pessoas singulares. O riso e a lágrima têm a capacidade de unir pessoas e ao nos separarmos levamos um pouco um do outro e deixamos um pouco de nós. A partir de agora muitas lutas nos esperam! Mas tenhamos sempre em nós essa força que nos trouxe até aqui e que agora nos leva a seguir caminhos diferentes. A saudade de todos e a esperança de um breve reencontro estarão sempre em meu coração. Lançamo-nos confiantes em busca de nossos ideais, no exercício de nossa profissão... Em especial meu quarteto fantástico e querido: **Maria Aline, Paula Azevedo, Fernanda Dantas, Izabel Souto**, uma vez que o valor da nossa amizade não foi provado apenas nos momentos de alegria, mas principalmente nos momentos de dificuldades e tristezas, quando até as lágrimas por terem sido compartilhadas, foram bem menos dolorosas, vou levar vocês pra sempre “Amigas que o CES me presenteou”.

A minha querida e amável orientadora **Jocelly Ferreira**, mesmo que eu tentasse descrever o quanto sua presença enriqueceu minha formação acadêmica e pessoal não conseguiria expressar por meras palavras. Meu agradecimento será eterno a ti, por acreditar na minha capacidade, por me ensinar, aconselhar e direcionar a ser uma excelente profissional com dedicação, presteza e competência. Agradeço por se fazer presente quando necessitei de ti, por ter dado a oportunidade de trilhar junto a você muitas estradas dessa trajetória que foram de fundamental importância para minha vida acadêmica – Monitoria, Projeto de Extensão e na execução e conclusão deste trabalho –, obrigada por banir o medo do tão famoso TCC e por me permitir conhecer a pessoa especial que você é – ética, humana, responsável, dedicada, inteligente e acima de tudo uma excelente profissional –, a qual me espelho. Essa conquista além de minha é sua também, pois grande parte da profissional que se forma agora pertence aos teus ensinamentos. Muito obrigada de coração!

Ao **Projeto de Extensão: Qualidade de Vida do na Saúde Homem Trabalhador: Prevenção e Assistência nas Doenças e Acidentes Ocupacionais**, por todo conhecimento adquirido e relevante contribuição na minha vida pessoal e profissional.

Ao **Centro de Educação e Saúde (CES)**, representado por todos os funcionários que compõe este *campus* e aos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação profissional, pela receptividade maravilhosa e por tornar sonhos em realidade!

Ao Bibliotecário **Jesiel Gomes** pela relevante contribuição, através de sua disponibilidade perante todas as dúvidas apresentadas durante a construção desta pesquisa!

Aos **“Mestres do Cuidar”**, todos os professores que fizeram e fazem parte do corpo docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, pelos ensinamentos repassados ao longo desses quase seis anos, vocês proporcionaram essa conquista, meus sinceros agradecimentos.

A **Banca Examinadora**, pela valiosa contribuição ao mostrar caminhos seguidos para o enriquecimento da minha pesquisa, o trabalho não seria o mesmo sem a participação de vocês. Muito Obrigada!

À **Secretaria Municipal de Saúde de Nova Floresta- PB**, por me receber de braços abertos e permitir o desenvolvimento e conclusão da minha pesquisa. Agradeço em especial a

secretária municipal de saúde **Solange Medeiros** e a coordenadora da atenção básica do município **Marileusa Ferreira**, pelo apoio e disposição sempre que solicitava. Muito obrigada, é com imensa alegria que venho contribuir de alguma forma para melhoria de alguns cidadãos da minha amada terra, Nova Floresta-PB.

Às **Equipes das Estratégias de Saúde da Família de Nova Floresta-PB**, pelo acolhimento e receptividade durante o período de desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço graciosamente aos **Enfermeiros** das referidas unidades, bem como aos **Agentes Comunitários de Saúde** que me auxiliaram, tornando-se importantes construtores do presente estudo. Meu muito obrigado a todos!

A todos os **Cuidadores de Homens com Necessidades Especiais da cidade de Nova Floresta-PB**, por se disponibilizarem a participar do meu trabalho, por me acolherem satisfatoriamente em seus domicílios, vocês foram extremamente importantes para concretização desta pesquisa, tornando meu estudo mais rico e especial, além de contribuir diretamente no meu crescimento pessoal e profissional. As minhas Estrelas, meus eternos agradecimentos!

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo [...]. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência.”

(Leonardo Boff, 1999)

RESUMO

SANTOS, L. M. **O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores.** Cuité, 2015. 103f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité- PB, 2015.

Apesar da progressão em relação à saúde do homem nos últimos anos, o imaginário do ser homem muitas vezes o limita em paradigmas socioculturais, dificultando as práticas de saúde e autocuidado, resultando na supressão de suas necessidades humanas básicas. Mediante o exposto, percebe-se que para o homem dito como sadio torna-se complicado o atendimento de suas necessidades básicas, quiçá aqueles que apresentam algum tipo de necessidades especiais, considerando o elevado nível de dificuldade para a concretude de atividades da vida diária, carecendo muitas vezes de um cuidador para ajudá-lo. Com isso, o objetivo geral desta pesquisa foi: Avaliar a assistência domiciliar à saúde de homens com necessidades especiais. A revisão de literatura desta pesquisa subdivide-se em três capítulos, a saber: Um olhar sobre a atenção primária à saúde: desvelando conceitos; Saúde do homem em debate: abordando a masculinidade e refinando opiniões; Refletindo sobre os homens com necessidades especiais e seus Cuidadores. Metodologicamente este estudo ancorou-se no caráter exploratório e descritivo, na abordagem qualitativa, amostra intencional, realizado com os cuidadores de homens com necessidades especiais do município de Nova Floresta-Paraíba, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. Como instrumento para coleta de dados, utilizou-se a entrevista de abordagem direta, dirigida por um roteiro semiestruturado. Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, atendeu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o CAAE Nº 36063214.6.0000.5187. A partir dos resultados obtidos emergiram quatro categorias temáticas, sendo elas: O investigar do atendimento das necessidades humanas básicas de homens com necessidades especiais pelos cuidadores; O verificar da demanda para atenção primária no atendimento domiciliar aos homens com necessidades especiais pelos cuidadores; O identificar das dificuldades dos cuidadores na assistência aos homens com necessidades especiais; O revelar da satisfação dos cuidadores ao assistir os homens com necessidades especiais. Também se identificou na primeira, na segunda e na terceira categoria dois núcleos de ideia central, em cada uma delas. Dessa maneira, fica exposta a relevante importância do olhar dos cuidadores acerca da assistência domiciliar ofertada, uma vez que o cuidador é de fundamental importância na concretude das necessidades desses homens sob seus cuidados e constitui o elo entre o homem e os serviços de saúde que os assistem. Sendo assim, o presente estudo permite entender as especificidades da assistência domiciliar ofertada aos homens com necessidades especiais, bem como destaca a importância de direcionar campanhas ou ações para ampliar o conhecimento desses cuidadores nas técnicas básicas e a reflexão acerca da promoção à saúde desses cuidadores que muitas vezes é deficitária, influenciando diretamente na qualidade de vida de ambos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Homem. Pessoas com Necessidades Especiais. Cuidadores.

ABSTRACT

SANTOS, L. M. **The care for man with special needs: the view of caregivers.** Cuité, 2015. 103pgs. Final work (Nursing Bachelor) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité- PB, 2015.

Despite the progress in relation of human health in the last years. The imagery of the human being often limits him in socio-cultural paradigms, hindering health and self-care practices, resulting in the suppression of their basic human needs. Through the exposed, Observe itself that for the man who is considered healthy becomes complicated meet their basic needs, perhaps those who have some kind of special needs, considering the high level of difficulty for the real effect of activities of daily living, lacking often a caregiver to help you. Then, the general aim of this work was: To evaluate the home health care of man with special needs. The literature review of this study is divided in three chapters, namely: A look about primary attention of health, unveiling concepts. Men's health in discussion: addressing masculinity and refining opinions. Reflecting about men with special needs and their caregivers. This work supported methodology in the exploratory and descriptive character in the qualitative approach, intentional sample, conducted with caregivers of people with special needs in the town of Nova Floresta-PB. As a tool for data collection, we used the interview direct approach led by a semi-structured script. Since this study involving human subject , attended to 466/12 Resolution of the National Health Council, which approved in the Ethics Committee at Researched of Universidade Estadual da Paraíba under CAAE In: 36063214.6.0000,5187. From the results achieved, four thematic categories emerged, such as: The investigation of the attending of the basic human needs of men with special needs by caregivers; The check of the demand for primary care in home care to men with special needs by caregivers; The identity of the difficulties of the caregivers in the care of men with special needs; The reveal of the satisfaction of caregivers to assist men with special needs. In addition, it has identified in the first, second and third category, two central idea of cores, in each of them. Thus, it is exposed to relevant importance of looking caregivers about home care offered, since the caregivers is so fundamental in the reality of the needs of the men under his care and constitute the link between man and the health services that assist them. Thus, this study allows us to understand the specifics of home care offered to men with special needs and emphasizes the importance to direct campaigns or actions to increase knowledge of these caregivers in basic techniques and the reflection about the promotion of health of these caregivers that sometimes is deficient, directly affecting both quality of life.

Keywords: Primary health care. Men's health. People with especial needs. Caregivers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – As Estrelas mais brilhantes do universo.....	45
FIGURA 2 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática I.....	56
FIGURA 3 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática I.....	59
FIGURA 4 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática II.....	61
FIGURA 5 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática II.....	64
FIGURA 6 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática III....	67
FIGURA 7 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática III....	69
FIGURA 8 – Representação esquematizada da categoria temática IV.....	71

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade. Nova Floresta, em Out e Nov. de 2014	49
QUADRO 2 – Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a disponibilidade de tempo, profissão e situação empregatícia. Nova Floresta, Out e Nov. de 2014	51
QUADRO 3 – Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a ocupação, o registro no CBO e o vínculo familiar/afetivo. Nova Floresta, Out e Nov. de 2014	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNEs – Pacientes com Necessidades Especiais

PNSPD – Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAENF – Unidade Acadêmica de Enfermagem

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UFMG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS.....	24
GERAL:	25
ESPECÍFICOS:	25
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	26
4.1 UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESVELANDO CONCEITOS	27
4.2 SAÚDE DO HOMEM EM DEBATE: ABORDANDO A MASCULINIDADE E REFINANDO OPINIÕES	31
4.3 REFLETINDO SOBRE OS HOMENS COM NECESSIDADES ESPECIAIS E SEUS CUIDADORES.....	35
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
5.1 TIPO DE PESQUISA	41
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	41
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	43
5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
5.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	44
5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	44
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	48
6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	88
ANEXOS.....	96

1 INTRODUÇÃO



Fonte: Internet, 2015.

O conceito de saúde como ausência de doenças perdurou durante muitos anos refletindo diretamente nos serviços de saúde, firmado apenas na assistência médica curativa. A partir do século XIX, principalmente após o fim da Segunda Guerra Mundial ocorreram as grandes descobertas científicas, percebendo-se que o quesito saúde era bem mais amplo, necessitando de um novo conceito que convenientemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 40, estabeleceu como sendo o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doença (BUDÓ et al., 2014). Concomitante a essa transição de modelos de saúde, surge uma assistência voltada para prevenção de doenças, agravos e promoção da saúde, denominada atenção primária.

A atenção primária consiste de uma tendência relativamente atualizada de promover saúde utilizando uma abordagem de prevenção e promoção, com apoio de outros níveis de atenção, visando o bom desenvolvimento humano, social e econômico dos cidadãos (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) preceitua a atenção primária, reorganizando os serviços e reorientando as práticas profissionais, dando ênfase às atividades referentes à promoção da saúde, prevenção de doenças e a reabilitação dos sujeitos e da sociedade, por meio da inclusão da equipe de saúde na comunidade adquirindo o conhecimento da realidade do meio em que estão inseridos, criando vínculos para atender as diferentes necessidades existentes, auxiliados pelos programas promovidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Dentre os diversos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde na ESF, encontra-se a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) publicada em 2008, vinculada a atenção primária, articulada com os demais níveis de atenção a saúde, que surge para reverter os elevados níveis de morbimortalidade relacionados à população masculina. Santos et al (2011), relatam que a política objetiva gerar ações de saúde que cooperem para atender a realidade ímpar da figura masculina, com respeito, ética e atendendo aos direitos do homem, de acordo com as suas peculiaridades socioculturais.

Embora a saúde do homem tenha progredido bastante, tal política ainda é pouco debatida e utilizada devido questões culturais, gerenciais e administrativas, possibilitando que o imaginário de ser homem o limite em paradigmas socioculturais, dificultando as práticas de saúde e autocuidado para suprir suas necessidades humanas básicas.

Diante do que foi exposto, percebe-se que se para o homem dito como sadio por si e pela sociedade já é complicado suprir suas necessidades básicas, quiçá aqueles que apresentam algum tipo de necessidades especiais, considerando o elevado nível de dificuldade

para a concretude de atividades da vida diária, carecendo muitas vezes de um cuidador para ajudá-lo.

Neste contexto e mediante o direito de saúde que todo cidadão brasileiro possui, o Ministério da saúde instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, por meio da portaria MS/GM nº 1.060 de 05 de junho de 2002, com o objetivo de incluir os usuários das necessidades especiais em todos os serviços de saúde, visando à promoção e à qualidade de vida destas pessoas, por meio de uma assistência integral ofertada pelos serviços de saúde pública (BRASIL, 2010).

A presente política reconhece a necessidade de programar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde dos sujeitos com necessidades especiais¹. Tem como principais diretrizes a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências, a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação, a capacitação de recursos humanos, a organização e o funcionamento dos serviços (BRASIL, 2010).

Perante as situações apontadas, a assistência aos homens com necessidades especiais está resguardada por diversas políticas e leis, garantindo seu direito à saúde. É válido salientar que nem sempre tais políticas são amplamente aplicadas, tornando o atendimento, por muitas vezes, ineficaz aos homens que carecem dos serviços públicos para suprir suas indigências, recorrendo assim ao cuidador para auxiliar e/ou realizar suas atividades básicas.

O cuidador é um ser humano que presta cuidados, remunerado ou não, à outra pessoa de qualquer idade e que esteja necessitando de atenção e diligências, por estar restrito ao leito, com limitações físicas ou mentais. Geralmente o cuidador, é uma pessoa da família ou da comunidade que zela pelo: bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida, ultrapassando o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, pois auxiliam o ser cuidado a se cuidar, fazendo apenas as ações que ele não consiga fazer sozinho. A ocupação de cuidador está na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162 (BRASIL, 2009a).

Não obstante, à atenção aos homens com necessidades especiais, bem como aos seus cuidadores devem ser melhoradas, de modo que abordem a singularidade de cada indivíduo, sendo necessário que os profissionais da Estratégia Saúde da Família que assistem o usuário e

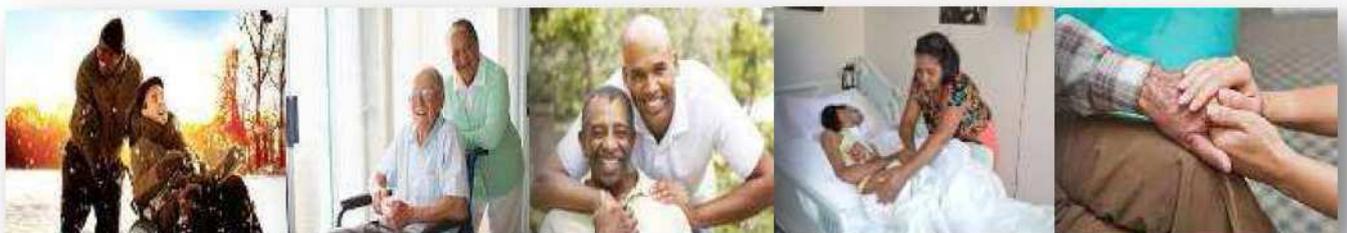
¹ De acordo com o decreto nº- 5.296 de 02 de dezembro de 2004, consistem de uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, auditiva, visual, mental, bem como, deficiência múltipla e pessoas com mobilidade reduzida, aquelas que tenham por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção (BRASIL, 2004).

seu cuidador estejam capacitados para atendê-los no seu domicílio, além de buscar as alternativas acessíveis para uma assistência qualificada e integral, promovendo ao binômio homem-cuidador uma grata satisfação.

O presente estudo parte da problemática de que a população masculina em sua essência e desde os primórdios da humanidade, foi denominada como um ser forte e viril que não necessita buscar assistência à saúde, interferindo diretamente no suprimento de suas necessidades humanas básicas e na sua qualidade de vida; além desses fatores, os homens que apresentam necessidades especiais, se deparam com a falta de acessibilidade, contribuindo negativamente para adesão aos serviços de atenção primária. Assim, surge o cuidador, com a missão de auxiliar e por vezes realizar, as atividades cotidianas desses homens.

Diante do exposto, implica-se dizer que, se para o homem visto como sadio a prevenção de doenças, a promoção de sua saúde e a obtenção satisfatória de suas necessidades básicas são minimizadas, devido às barreiras da masculinidade, quiçá aqueles com necessidades especiais. Desta maneira emerge as seguintes inquietações: Será que os homens com necessidades especiais estão tendo as suas necessidades atendidas em domicílio? Quais as necessidades desses homens levam os cuidadores a solicitar os serviços de atenção primária à saúde? Que dificuldades os cuidadores estão tendo para atender as necessidades desses homens em domicílio? Será que os cuidadores se sentem satisfeitos em assistir a esses homens com necessidades especiais?

2 JUSTIFICATIVA



Fonte: Internet, 2015.

Para a abordagem da presente temática, deve-se entender que o grupo de pessoas com necessidades especiais é bastante heterogêneo e as variadas condições de saúde dessa população demandam intervenções que se situam nos limites entre as áreas da saúde e da educação. Dentre este grupo de pessoas encontram-se a figura masculina, que por sua vez representa o grupo mais vulnerável às doenças, sobretudo quando se trata das enfermidades graves, crônicas e decorrentes de causas externas, integrando os maiores índices de mortalidade, devido sua resistência à procura pelos serviços de saúde.

No que se refere aos homens com necessidades especiais, estes por sua vez necessitam de uma atenção específica considerando a sua própria condição de vida, vinculado as suas limitações e ao papel que assume perante a sociedade, como cidadão. Este grupo de homens devido ao fato de ser acometido por doenças e agravos comuns e por vezes inauditos aos demais homens, os tornam mais vulneráveis a complicações, fazendo com que os mesmos, necessitem de assistência e de outros serviços mais especializados, ultrapassando os limites de seu cuidador, recorrendo assim à Estratégia Saúde da Família (ESF), os níveis secundários e terciários de saúde, bem como os núcleos de apoio quando disponíveis e acessíveis.

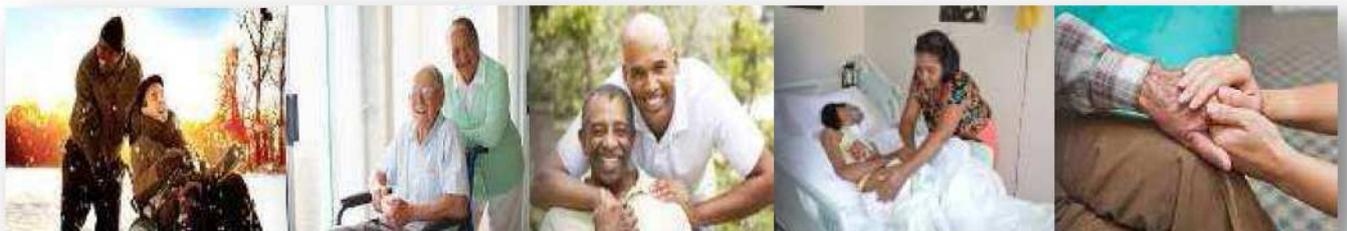
Percebe-se que, para o atendimento das necessidades especiais destes homens, requer do cuidador um conhecimento mais aprofundado, além do apoio da atenção primária que lhe assiste, desencadeando assim um olhar mais criterioso e humanizado, pautado nas limitações impostas pela sua condição de saúde, fazendo com que estes homens não consigam, na maioria das vezes, realizar muitas de suas tarefas tidas como do dia-a-dia, cabendo ao seu cuidador estas funções.

Mediante as considerações apresentadas, somadas as oportunidades de: cursar as disciplinas Atenção Integral a Saúde do Homem e Humanização; ser participante do projeto de extensão Qualidade de Vida na Saúde do Homem Trabalhador: prevenção e assistência nos acidentes e doenças ocupacionais e ter realizado um estágio extracurricular em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) na cidade de Nova Floresta, surgiu em mim, enquanto acadêmica de enfermagem, o interesse em realizar essa pesquisa e futuramente desenvolver outras pesquisas nesta área, com intuito da ampliação de conhecimentos e melhoria da qualidade de vida dos seres masculinos.

Este estudo trará em seu arcabouço de benefícios: um instrumento valioso para o meu aprimoramento nesta temática, bem como para estimular e iniciar a formação de outros acadêmicos e /ou qualificar profissionais vocacionados na área, contribuindo assim na criação de novos conhecimentos e de serviços à comunidade para a melhoria das condições de vida dos cidadãos envolvidos. É válido salientar que por meio deste estudo, os cuidadores

assistidos pelas estratégias de saúde da família poderão aperfeiçoar a assistência prestada aos homens com necessidades especiais. Ao tratar-se dos profissionais da atenção primária, com este estudo, os mesmos identificarão as verdadeiras necessidades masculinas, as propostas assistenciais disponíveis a eles e detendo o conhecimento a cerca do perfil sócio demográfico desses usuários, facilitará na elaboração de medidas estratégicas para atendê-los integralmente.

3 OBJETIVOS



Fonte: Internet, 2015.

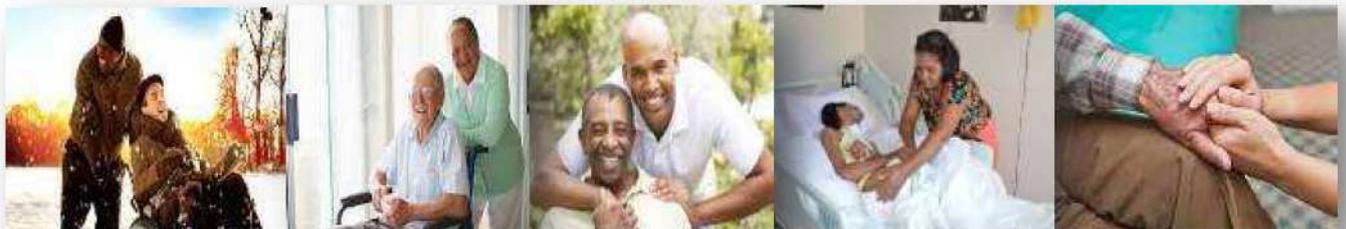
Geral:

- Avaliar a assistência domiciliar à saúde de homens com necessidades especiais.

Específicos:

- Traçar o perfil sociodemográfico de cuidadores de homens com necessidades especiais no âmbito domiciliar.
- Investigar se as necessidades humanas básicas de homens com necessidades especiais, estão sendo atendidas à domicílio pelos cuidadores.
- Verificar as demandas para à atenção primária no atendimento domiciliar aos homens com necessidades especiais pelos cuidadores.
- Identificar as dificuldades que os cuidadores apresentam para fornecer assistência domiciliar, aos homens com necessidades especiais.
- Revelar à satisfação dos cuidadores ao assistir os homens com as necessidades especiais, em seu domicílio.

4 REVISÃO DE LITERATURA



Fonte: Internet, 2015.

A fim de nortear o presente estudo, além de subsidiar um embasamento mais profundo e contribuir para discussões a respeito da temática, apresenta-se neste capítulo uma breve revisão de literatura acerca da Atenção primária à saúde; Saúde do Homem; Pessoas com Necessidades Especiais e seus Cuidadores.

4.1 Um olhar sobre a atenção primária à saúde: Desvelando conceitos

Resgatar a história da atenção primária é observar as diversas mudanças e evoluções ocorridas no setor saúde no transcorrer de todo tempo. Diante do exposto a Organização Pan-Americana da Saúde (2008), relata que a primeira definição sobre a atenção primária à Saúde (APS) foi alvitada em doze de setembro de mil novecentos e setenta e oito por meio da Declaração de Alma Ata, proposta da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com esta Declaração, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em inovações tecnológicas acessíveis que induzem os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de atenção à saúde.

No Brasil principalmente nas duas últimas décadas do século XX, ocorreram diversas reformas estruturais de governo, dentre as quais se destacou a Reforma Sanitária que previu mudanças utilizando os princípios gerais de ordem doutrinária, como a universalidade, a integralidade e a equidade, constituindo um direito de saúde fundamental aos cidadãos brasileiros. Estes princípios foram permeados por mecanismos de descentralização de serviços e estruturas de gerenciamento, resultando em novas formas assistenciais à população (BRASIL, 2011a).

O movimento da reforma sanitária culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que constituiu um importante elemento na elaboração do quesito saúde, exposto na Constituição de 1988 e a na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Sistema foi organizado em princípios e diretrizes norteadores e articuladores da transformação do modelo de atenção à saúde vigente, para o surgimento da APS (BRASIL, 2011a).

A atenção primária corresponde ao nível primário do sistema de saúde e apresenta três interpretações principais: a APS como atenção primária seletiva – a qual corresponde a um programa específico proposto para regiões e comunidades pobres, ofertando exclusivamente, tecnologias simples e de baixo custo – ; a APS como o nível primário do sistema de saúde – que refere-se a interpretação da organização e funcionamento da porta de entrada do sistema, dando ênfase a função resolutiva dos serviços aos problemas mais comuns – e a APS como

estratégia de reordenamento do sistema de saúde – que consiste na maneira de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2011) descreve ainda que a estrutura operacional das redes de atenção à saúde baseia-se na APS, portanto sem ela e de maneira estruturada, não se pode pensar em redes efetivas, eficientes e de qualidade de atenção à saúde.

Diante do exposto, Castro e Machado (2012) revelam que com intuito de melhorar o panorama da saúde brasileira e prosseguindo o processo de reforma sanitária, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) a fim de ampliar o acesso à saúde e reafirmar os princípios básicos do SUS, por meio de uma política de inclusão social, com base na experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, que utilizava a família como unidade de ação.

Para consolidar o PSF como uma política reordenadora da atenção primária no país, no ano de 2006, o programa passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família, sendo necessário um suporte legal de uma Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). O Ministério da Saúde criou atualmente a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de promover à assistência em locais mais próximos da vida das pessoas, tornando a atenção primária o contato preferencial dos usuários, constituindo a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

É válido salientar que a APS, de acordo com Oliveira e Nascimento (2010) possui um suporte assistencial para obtenção de qualificação e complementação do trabalho oferecido pela Estratégia Saúde da Família (ESF), denominado Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A ESF consiste de uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, uma vez que reorienta o processo de trabalho; aprofunda os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária a saúde; expande a resolutividade e o impacto na situação de saúde dos indivíduos e coletividades; além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Desse modo, ela objetiva a reorganização da atenção primária no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012a).

Ainda de acordo com o autor supracitado, a APS oferece uma assistência efetiva e de qualidade por parte das ESF, sendo necessário à existência de uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar os profissionais de saúde bucal, como o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. É de grande relevância destacar que tais profissionais devem atuar interligados com o intuito de assistir o usuário e a comunidade de maneira integral.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de superar os desafios da ESF na integração à rede assistencial, ampliando assim a abrangência e as ações da atenção primária, aperfeiçoando a atenção e a gestão da saúde na ESF, ultrapassando a lógica fragmentada e dando prioridade a construção de redes de atenção de cuidado. Esses serviços de apoio são compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, podendo fazer parte da equipe, um médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra (FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2012a).

Também pode-se encontrar na equipe do NASF: o psicólogo; o médico psiquiatra; o terapeuta ocupacional; o médico geriatra; o médico internista (clínica médica); o médico do trabalho; o médico veterinário; o profissional com formação em arte e educação (arte educador); e o profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública. A composição de cada NASF é definida pelos gestores municipais, de acordo com os critérios de prioridade, e deverá atuar de maneira integrada com as Equipes de Saúde da Família e com as equipes de Atenção Básica para populações específicas (FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 2012a).

O compartilhar de responsabilidades do NASF com a ESF proporciona a revisão prática do encaminhamento, por meio dos processos de referência e contrarreferência de serviços, ampliando o compartilhamento dos casos e o acompanhamento de responsabilidades das equipes interligadas, fortalecendo os princípios da atenção primária à saúde e o papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

Assim, a ESF é considerada, por muitos, como sendo a principal estratégia organizativa da atenção Primária à Saúde no SUS, a qual é interligada por diversos programas que devem ser executados por estes serviços de saúde. Figueiredo (2010) destaca como principais programas a Atenção à Saúde da Criança, a Atenção à Saúde da Mulher, o controle

de hipertensão e diabetes, o controle da Tuberculose, a eliminação da Hanseníase e as ações de saúde bucal.

Nos últimos vinte anos o Ministério da Saúde implantou importantes iniciativas para melhoria da qualidade de vida da população e a ESF foi o grande marco do SUS por expandir a atenção primária à saúde e o acesso dos serviços de saúde aos cidadãos brasileiros. A equipe saúde da família desenvolve além dos programas referidos anteriormente, importantes ações como a atenção à saúde na casa dos usuários que residem em sua área de cobertura, com os quais criaram laços de afetividade e confiança, porém alguns desses usuários necessitam de cuidados de uma equipe multiprofissional para realizar a atenção à saúde no domicílio.

Diante desta realidade o Ministério da saúde, com o intuito de cumprir a responsabilidade das equipes de atenção primária e atender os cidadãos conforme suas necessidades em saúde, criou o programa Melhor em Casa, instituído em 2011 por intermédio da Portaria GM/MS nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, que classifica a atenção domiciliar em modalidades AD1, AD2 e AD3, baseadas na condição clínica do usuário, além do nível de complexidade do cuidado de cada caso (BRASIL, 2012b).

A Assistência do Melhor em casa, deverá ser realizada pelas equipes da atenção básica – ESF, NASF –, com apoio eventual dos demais programas e estratégias de atenção à saúde, inclusive os Serviços de Atenção Domiciliar que possui equipes especializadas, sendo elas a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas destinadas apenas aos indivíduos em assistência domiciliar. É importante destacar que o trabalho de todas as equipes descritas acima deve ocorrer de maneira integrada na identificação e estratificação de riscos dos usuários em atenção domiciliar, bem como no acolhimento e nos cuidados necessários em saúde, promovendo assim uma atenção à saúde holística e integral, fundamentada nos princípios do SUS (BRASIL, 2012b).

As políticas de atenção integral à saúde assim como os programas de saúde, constituem uma importante ferramenta a ser utilizada pelas ESF, pois norteiam e respaldam a assistência aos diversos públicos, como a Política de Atenção à Saúde da Mulher, Política de Atenção à Saúde do Idoso, Política de Atenção à Saúde da Criança, Política de atenção à Saúde do Trabalhador, Política de Atenção à Saúde mental, Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, todas estas alinhadas a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2009a, 2012a).

Sendo assim, Matuta, Aguiar e Frazão (2013), enfatizam que a busca de integração dos sistemas universais disponíveis, permite a percepção da real necessidade de adoção de estratégias, centrada nas necessidades dos indivíduos e comunidades, alcançando melhores condições de saúde.

4.2 Saúde do homem em debate: Abordando a masculinidade e refinando opiniões

Debater a saúde do homem sem abordar a identidade de gêneros é uma missão praticamente impossível, uma vez que até os dias atuais convive-se com o resultado das inúmeras transformações mundiais que ocorreram no último século, dentre elas o rompimento de determinadas barreiras e a redefinição de novos conceitos e atitudes.

O termo gênero, de acordo com sua conotação contemporânea, intitulada a partir do movimento feminista norte-americano iniciado no final do século XX, faz referência à organização social da relação entre os sexos, portanto ser mulher e ser homem modela-se a partir de um conceito social e por essa razão sofre transformações de acordo com a sociedade, onde os indivíduos estão inseridos. Desse modo, o gênero se constitui em cada ato da vida, seja no plano das ideias, ou no das ações, pois a todo o momento, homens e mulheres constituem o gênero em seu cotidiano (MOZER, 2014).

Diante desse contexto, Santos (2010) expõe o movimento feminista, como sendo uma das mais notáveis revoluções no âmbito da discursão de gêneros ocorridas no século XX, devido ao fato das suas nuances desencadarem a desigualdade entre os gêneros através dos tempos, como também serviram de fundamentos ideológicos para o alcance de grandes conquistas no universo feminino as quais perduram até os dias atuais. Concomitante, e em relação à evolução das mulheres, o referido autor destaca que não houve um mesmo avanço no sentido da problematização do ser masculino, pois aos homens o que parece ter ocorrido foi uma situação de inércia ancorada provavelmente no contexto de dominação, vinculada a masculinidade do modelo hegemônico.

A questão da masculinidade criada a partir da atribuição de gêneros, de acordo com Separavich e Canesqui (2013) se faz presente nas discussões das Ciências Sociais e Humanas há pelo menos duas décadas, influenciando nas variações de conceitos durante esse período. Os autores destacam ainda que a referência de *Connell* socióloga australiana, é imprescindível na abordagem do tema, pois na análise das masculinidades esta foi pioneira, definindo a masculinidade como a posição nas relações de gênero, as práticas pelas quais os homens e as

mulheres se comprometem com essa posição, ao mesmo tempo, em que ocorrem os efeitos desses aprendizados na experiência da personalidade, corporal e na cultura.

Figueiredo e Schraiber (2011) remetem gênero como uma diferença sexual socialmente construída que tem um sentido de relacionamento envolvendo homens e mulheres, construídos com base em valores que refletem às vivências do cotidiano. Por meio desses valores, mulheres e homens adotam determinadas atitudes e comportamentos que entendem ser mais harmônicos com o esperado pela sociedade, acerca do que venha a ser uma mulher ou um homem.

A masculinidade é uma forma prática em torno da posição dos seres masculinos nas relações de gênero, havendo uma masculinidade culturalmente hegemônica que ao longo dos anos foi imposta como modelo padrão construída nas relações de homens e de mulheres, e que ainda sobrevive com vestígios nos dias atuais, porém com menos força, visto que a masculinidade hegemônica acarreta diversos prejuízos ao homem, principalmente no quesito saúde (FIGUEIREDO, SCHRAIBER, 2012; SANTOS, 2010).

Os homens ao assumirem a masculinidade tradicionalmente construída, passam a desenvolver hábitos de vida que os coloca em condição de vulnerabilidade contribuindo diretamente no aumento dos índices de morbimortalidade (FERREIRA et al, 2013).

A compreensão de prodígios da saúde atrelados ao público masculino profere os diversos assuntos que envolvem os determinantes do processo saúde-doença, questões de gênero e a imaturidade das discussões frente às suas demandas de saúde, refletindo no perfil de morbimortalidade, o qual demonstra que os homens morrem mais que mulheres ao longo da vida, sendo que a maioria dessas mortes poderia ser evitada se não fosse à resistência masculina na busca pelos serviços de saúde (FONTES et al, 2011).

A população brasileira em 2010 foi avaliada e contabilizou-se em pouco mais de 190 milhões de habitantes, dos quais 49,0% eram do sexo masculino. Desses, 56,0% estavam na faixa entre 20 e 59 anos. Em relação ao perfil de mortalidade, as principais causas de óbitos são: causas externas; doenças cardiovasculares; neoplasias; doenças gastrointestinais; sinais e sintomas, bem como, achados anormais de exames clínicos e laboratoriais e algumas doenças infecciosas e parasitárias (SCHWARZ et al, 2012).

Em relação à morbidade, a população brasileira masculina, possui sete causas que respondem pela internação da maioria desses indivíduos, em ordem decrescente de ocorrência, observa-se: algumas lesões, intoxicações exógenas e outras complicações de causas externas; doenças gastrointestinais; doenças cardiovasculares; algumas doenças

infecciosas e parasitárias; doenças respiratórias; transtornos mentais e comportamentais; e neoplasias (SCHWARZ et al, 2012).

Diante o panorama epidemiológico em relação à saúde masculina apresentado acima, é perceptível os principais agravos relacionados à morbimortalidade masculina na faixa de 20 a 59 anos, bem como os determinantes socioculturais e as barreiras institucionais que influenciam a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde pública.

É válido ressaltar que a saúde do homem não era enfatizada entre as políticas públicas de saúde, mas devido à necessidade de uma atenção maior a população masculina, esta passou a ser uma das primazias do governo nos últimos cinco anos. Pensando nisto, associado aos altos índices de morbimortalidade deste público, o MS apresenta a Política de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) visando atingir todos os aspectos da saúde masculina nos seus ciclos vitais, atendendo as necessidades em saúde de homens que até então eram invisíveis no contexto dos serviços de saúde, utilizando a elaboração de estratégias de mobilização e conscientização de homens frente a suas necessidades, desnaturalizando o sujeito a partir do olhar no âmbito do gênero (JULIÃO, WEIGELT, 2011; MOZER, 2014).

A PNAISH foi estabelecida no âmbito do SUS em agosto de 2009, neste documento o MS afirma a dificuldade dos homens em distinguir suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer e por meio dessa política assume o desafio de vencer as barreiras socioculturais preestabelecidas e garantir a ampliação das ações e serviços de saúde (CAMPANUCCI, LANZA, 2011; SCHWARZ et al, 2012).

Os princípios da PNAISH se fundamentam na universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade e humanização em saúde. As diretrizes destacam a priorização da atenção básica com foco em ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação, a responsabilização dos três níveis de gestão e a integração das ações governamentais com as da sociedade civil organizada. Os objetivos desta política se voltam aos eixos da qualificação da atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado, resguardando a integralidade da atenção, com respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde (CAMPANUCCI, LANZA, 2011; SCHWARZ et al, 2012).

Complementando a afirmativa acima, Fontes et al (2011) revelam que o Ministério da Saúde, por meio da PNAISH, alinhada à APS, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, tem envidado esforços para fortalecer o desenvolvimento de ações e serviços destinados à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde população masculina.

É válido enaltecer a visão de Ferreira et al (2013) ao destacarem os fatores influenciadores na busca do ser homem aos serviços de saúde primária. Sob a ótica deste homem se considerar como: o provedor da família, um ser poderoso, dominador, viril, rígido, que não adoece e, conseqüentemente, não precisa dos serviços de saúde; resplandece a este homem a certeza que a procura pelo serviço de saúde primária, com o objetivo de se prevenir, o transforma em um ser fraco, com medo e insegurança.

Constata-se que os homens não buscam os serviços de saúde, justificando-se por vários motivos, entre eles: a representatividade do cuidar ser tarefa feminina, questões relacionadas com o trabalho, dificuldade de acesso ao serviço, falta de unidades específicas voltadas à saúde do homem e o fato das equipes de profissionais serem formadas em sua grande maioria por mulheres (FERREIRA et al, 2013).

Dessa maneira é de fundamental importância que os serviços de saúde, principalmente a APS e as ESF planejem estratégias assistenciais que despertem na figura masculina o cuidar de sua saúde, contemplado as diferentes necessidades desse público. Atualmente já se percebe uma realidade um pouco diferenciada, com uma maior participação masculina a esses serviços.

Embora a PNAISH seja recente e envolva questões que demandam reflexões sobre os comportamentos sociais masculinos, para sua efetivação, é preciso promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade atual masculina nos seus diversos contextos biológico, socioculturais, político-econômicos e que possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (MOZER, 2012; JULIÃO, WEIGELT, 2011).

Portanto, para a concretude desta política, é primordial que as equipes da ESF possuam um olhar ampliado sobre as condições da população, em especial do homem, para o planejamento de ações de saúde, objetivando difundir a PNAISH, bem como estimular e apoiar o processo de discussão sobre a qualidade de vida desta população, com a participação de todos os setores da sociedade. Além disso, cabe também ao homem solicitar e usufruir dos direitos sociais que tem garantido por essa política (MOZER, 2012; JULIÃO, WEIGELT, 2011).

Mesmo perante tantas afirmativas meritórias e embora a PNAISH exista a acerca de 5 anos, a mesma começou a ser executada com mais vigor nos últimos 2 anos, de maneira pontual por meio de ensaios e ações, percebendo que atualmente observa-se um maior envolvimento com a saúde masculina por parte dos serviços de saúde e por parte dos homens. Contudo, ainda existem consideráveis influências socioculturais, limitações físicas,

emocionais, psíquicas desses homens, dificultando cada vez mais a adesão aos serviços de saúde e, em muitos casos, necessitando de outra pessoa, conhecida por cuidador, para atender as necessidades básicas dessa população masculina.

4.3 Refletindo sobre os homens com necessidades especiais e seus Cuidadores.

Por natureza, toda pessoa tem suas necessidades, sendo causadas por desordens espirituais, sociais ou biológicas, uma vez que o comportamento do ser humano é movido pelo grau de satisfação que encontra-se, vive-se em busca da satisfação e quietude para viver-se bem, porém é válido salientar como é difícil atingir a homeostase para com a satisfação plena. Ao voltar o olhar para uma pessoa com necessidades especiais esse grau de dificuldade é redobrado, uma vez que dificilmente este indivíduo conseguirá atingir sua satisfação sozinho, o que o transforma especial, visto que para suas necessidades serem alcançadas, demandam a ação de outras pessoas (SOUZA, 2013).

Os pacientes com necessidades especiais (PNEs) são aqueles sujeitos que apresentam uma alteração ou condição, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que requer uma abordagem especial, multiprofissional e um protocolo específico. Os PNEs possuem diversos conceitos e denominações visando sempre um alcance maior das distintas alterações ou condições de ordem física, mental ou social. Dentre as diversas denominações encontra-se: pacientes excepcionais, pacientes portadores de deficiência, pacientes com necessidades importantes, pacientes especiais (CAMPOS et al, 2009).

Diante das considerações apresentadas e haja vista a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, que garante o direito da saúde para todos os cidadãos brasileiros. O Ministério da Saúde por meio da portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), que garante a inclusão das pessoas com deficiência em toda rede do Sistema Único de Saúde. A PNSPD objetiva proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2010).

As diretrizes da PNSPD devem ser implementadas solidariamente no âmbito dos três campos de gestão, junto às parcerias interinstitucionais necessárias. Tais diretrizes correspondem à: promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção

integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2010).

Os tipos de deficiência variam com relação às idades das pessoas, em 2010 os dados do censo mostraram que a deficiência atinge as pessoas em qualquer idade, algumas pessoas nascem com ela, outras a adquirem ao longo da vida. O contingente populacional que tem pelo menos uma das deficiências investigadas revela que sua prevalência é bastante alta na população brasileira e se distribui por todos os grupos de idade. (IBGE, 2012).

A prevalência da deficiência cresceu acentuadamente, o Censo de 2010 registrou que a razão do sexo para a população brasileira foi de 96,0% e para a população com deficiência foi de 76,7%. Esses valores indicam que, para cada 100 mulheres na população total brasileira, existiam 96 homens. Para o segmento populacional da pessoa com deficiência, para cada 100 mulheres existiam 76,7 homens. Esses indicadores refletem o conhecido fato de que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, o que ocorre em uma frequência mais elevada no segmento das pessoas com deficiência (IBGE, 2012).

Mediante a epidemiologia descrita, é perceptível que o cuidado na visão da maioria dos homens é associado a questão sociocultural, em que a busca pelos serviços de saúde é ligada a algo estreitamente feminino, reflete diretamente nos altos índices de morbimortalidade deste público como relatado pelos diversos autores no decorrer deste capítulo de revisão de literatura.

Sendo assim Albano et al.; Silva et al. (2010), apontam que devido a questão social, o cuidado não é visto como uma prática na esfera masculina, e existem diversos fatores que associados a questão da socialização criam uma barreira a mais na questão do cuidado, como horários de atendimento, medo de descoberta de doenças e a presença de mulheres, tanto como demanda de atendimento quanto como profissionais assistentes, tornam a adesão masculina aos serviços de saúde mais escassa.

Ao se tratar de homens que apresentam algum tipo de necessidade especial, essa resistência é mais considerável, pois de acordo com Souza (2013) a pessoa com necessidades especiais em algum momento dependendo de sua condição irá necessitar do auxílio de outra pessoa na tentativa de sanar suas necessidades básicas e buscar ao máximo conseguir suprir a limitação que o torna especial.

As pessoas com necessidades especiais, geralmente, necessitam de auxílio para a realização das atividades cotidianas, e dessa forma, essa necessidade especial se estende para seus familiares cuidadores, que ao desempenhar o seu papel influenciará diretamente na qualidade de vida no âmbito da saúde geral (BRACCIALLI et al, 2012).

O cuidador é um indivíduo que preenche a ocupação da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, definindo-o como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis direto, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa a ser cuidada. O cuidador pode ser da família ou da comunidade, e atende à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2009b).

Existem duas categorias de cuidadores, que Born (2008) descreve como sendo: O cuidador informal, que corresponde a um membro familiar seja esposa(o), filha(o), irmã(o), escolhido entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa a ser cuidada e por apresentar maior disponibilidade de tempo, sem receber pagamento. E o cuidador formal que é o profissional, que recebeu um treinamento específico para a função e exerce a atividade de “cuidador” mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais.

A função do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário, ele acompanha e auxilia a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressalta-se que o cuidador só deve desempenhar ações que não faça parte da rotina de técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem (BRASIL, 2009b).

Apesar da profissão de Cuidadores está presente na tabela da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, ao permitir que a função de cuidador na atividade possa ser comprovada junto aos órgãos oficiais, como o Ministério do Trabalho e Emprego, a Previdência Social e a Receita Federal, constando em estatísticas oficiais de forma clara e específica, essa classe não apresenta atualmente legislação própria aprovada, que regule a profissão e que garanta os seus direitos específicos. Assim, estes profissionais permanecem submetidos às normas gerais, comuns a todos os demais trabalhadores, que variam de acordo com a maneira pela qual desempenham suas atividades e pelo tipo de acordo estabelecido com a instituição ou com a pessoa que o contrata (FIGUEIREDOa, 2012).

O processo de regulamentação da profissão existe e está em andamento no Congresso Nacional como Projeto de Lei, que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idosos, tal Projeto de Lei foi de autoria do Senador Waldemir Moka do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). O projeto atualmente está tramitando no Senado Federal

desde o dia 25 de maio de 2011, quando foi apresentado, e desde então tem passado por diversas discussões e proposições de emendas, sendo a atual relatora a Senadora Marta Suplicy do Partido dos Trabalhadores (PT). Em 05 de novembro de 2012, foi aprovado pelo Senado, estando a matéria aguardando aprovação na Câmara Federal dos Deputados (BRASIL, 2011c; FIGUEIREDOa, 2012).

As atribuições dos cuidadores de acordo com o Projeto de Lei nº 284 de 2011, estabelece que eles poderão exercer a profissão quando em idade superior e igual a 18 anos, que tenham concluído o ensino fundamental e que tenha concluído, com aproveitamento, curso de cuidador de pessoa conferido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação. Este Projeto de Lei dispensa a exigência de conclusão de curso de cuidador as pessoas que, à época de entrada em vigor da presente Lei, venham exercendo a função há, pelo menos, dois anos (BRASIL, 2011c).

Mediante o aumento considerável da demanda de cuidadores do Brasil, o MS tem disponibilizado diversos guias, manuais e cartilhas para nortear as atividades dos cuidadores formais e informais, porém com aprovação da legislação específica desses profissionais, a exigência do curso de formação de cuidadores, contribuiu para o aumento em grande escala, dos cursos de formação para tal ocupação, ficando restrita a maioria em instituições privadas (FIGUEIREDOa, 2012).

Com intuito de mudar tal realidade e proporcionar uma maior acessibilidade na formação de cuidadores formais, o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) foi criado pelo Governo Federal, em 2011, com o objetivo de ampliar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica, dentre eles encontra-se os cursos de cuidador de idoso composto e cuidador infantil (BRASIL, 2013).

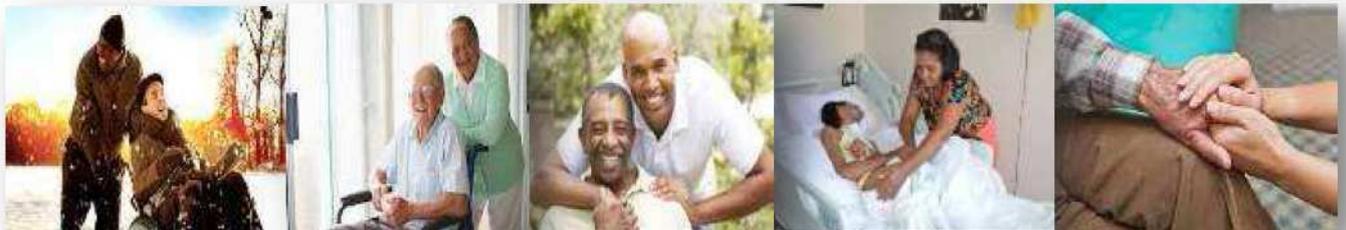
Os cursos de cuidadores, possuem a carga horária de 160 horas, incluído como eixo tecnológico o ambiente e a saúde, exigindo como escolaridade mínima o ensino fundamental completo, visando o cuidado com a higiene, o conforto e a alimentação do idoso e da criança. Nesses cursos, o cuidador aprende a observar as possíveis alterações no estado geral e a zelar pela integridade física, prestando os primeiros socorros e promovendo atividades de entretenimento e atividades lúdicas, influenciando positivamente na qualidade de vida dos seres que são assistidos por tais profissionais (BRASIL, 2013).

Portanto os cuidadores são auxiliares importantes à equipe de reabilitação e de saúde das pessoas com necessidades especiais, pois o cuidador é quem está o maior tempo possível junto à pessoa cuidada, seja realizando atividades de autocuidado, higiene ou reabilitação, e assim, promovendo ao assistido uma melhor qualidade de vida e uma melhora na sua

condição especial, uma vez que tenta suprir suas reais necessidades, (MASUCHI, ROCHA, 2012).

Desse modo a parceria entre os profissionais e os cuidadores promove a sistematização das atividades a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada evita na medida do possível, a hospitalização, bem como outras formas de segregação e isolamento, auxiliando na assistência prestada para suprir as necessidades prioritárias do ser cuidado (BRASIL, 2009b).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



Fonte: Internet, 2015.

5.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa utilizou como processo metodológico o estudo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo exploratório é caracterizado por Gil (2008), como sendo aquele que dispõe de um maior conhecimento acerca do problema a ser estudado, concedendo uma maior intimidade da pesquisadora com o seu tema sugerido, aprimorando ideias e norteando a hipótese da pesquisa, a fim de possibilitar a avaliação dos aspectos envolvidos referentes ao objeto estudado, aperfeiçoando e descobrindo novos conceitos e ideias.

No que se refere ao estudo descritivo consiste em descrever as características, as propriedades ou as relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada, favorecendo a pesquisa, pois identifica as representações sociais e o perfil de indivíduos e grupos, ou seja, visa a caracterização de um determinado grupo, fenômeno ou definições das relações entre as variáveis (GIL, 2008).

A abordagem qualitativa por sua vez aborda questões particulares, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionadas a um espaço mais estreito e profundo das relações e processos, empregados nos diversos graus de realidade que não são quantificados (MINAYO, 2010).

5.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Nova Floresta estado da Paraíba. O referido município localiza-se na Microrregião de Curimataú Ocidental e na região Metropolitana de Barra de Santa Rosa, está a 220 km de distância de João Pessoa, capital paraibana, faz fronteira com os municípios de Cuité, Picuí e Jaçanã. Nova Floresta foi elevada de vila à categoria de cidade em 1959 (RESITEC, 2013).

A população de Nova Floresta corresponde à 10.533, sendo 7.892 habitantes na área urbana e apenas 2.641 habitantes na área rural, possui uma taxa de urbanização de 74,93% e área territorial 47,379 km², apresentando uma densidade demográfica de 222,31 hab/km². A estimativa da população urbana por gênero foi de 5.121 homens e 5.412 mulheres. O município é, tipicamente, de classe baixa com 55,85% da população sem rendimento ou com ½ à 1 salário mínimo (IBGE, 2010).

No que se refere ao quesito saúde, Nova Floresta conta com 04 Unidades de Saúde da Família, 01 Hospital Geral e uma clínica especializada, sendo os dois primeiros de

responsabilidade pública (SUS) e o último de caráter privado. Os quatro PSF's estão localizados à Rua Menézio Dantas, s/n, Rua Sete de Setembro, s/n, Rua Paulo Batista, s/n e Rua 31 de Março, s/n. O primeiro e o quarto Posto de Saúde da Família, respectivamente, possui instalações odontológicas, clínicas indiferenciadas, sala de curativo, sala de enfermagem e sala de nebulização, possuindo serviços de estratégia de saúde à família e serviços obstétricos. O segundo PSF, respectivamente, possui as instalações e serviços mencionados no primeiro e quarto PSF. Enquanto que no terceiro Posto de saúde à família, anteriormente mencionado, além dos listados também possui serviços de diagnóstico laboratorial e serviço de controle de tabagismo (RESITEC, 2013).

A escolha deste município para realização da pesquisa ocorreu por: a pesquisadora conhecer a realidade enquanto cidadã e residente de Nova Floresta/PB; fato dos domicílios serem os locais de maior acessibilidade para a coleta dos dados; a Universidade Federal de Campina Grande - *campus* Cuité, ser circunvizinha ao município a ser pesquisado; a relevância que o estudo trouxe para os cuidadores e os homens com necessidades especiais, em relação a atenção básica ofertada pelo município; além dos benefícios que a comunidade acadêmica e civil tiveram ao correlacionar os achados desta pesquisa com os dos demais municípios desta região.

5.3 População e amostra

O estudo desenvolveu-se com os cuidadores de homens com necessidades especiais do município de Nova Floresta-PB, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, projetou-se uma amostra de aproximadamente 28 sujeitos, considerando que foi no mínimo um cuidador para cada homem com necessidades especiais (APÊNDICE A). Destes 28 cuidadores 28,58 % não foram contemplados na pesquisa em decorrência de alguns homens não possuírem cuidadores e pela recusa em participar do referido estudo.

Ao considerar esta população foi possível investigar qual a percepção dos cuidadores em relação à assistência domiciliar prestada por eles e pelos serviços primários de saúde, para com os homens com necessidades especiais. Para chegar a esses achados da pesquisa, foi utilizado um instrumento semiestruturado de coleta de dados.

A amostra foi do tipo intencional, que de acordo Gil (2008), consiste de uma amostragem não probabilística a qual seleciona um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população. Requer

considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado, para que assim não comprometa a representatividade da amostra.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Adotou-se nessa pesquisa para definição da amostra os seguintes critérios de inclusão: cuidadores formais ou informais de homens com necessidades especiais, independentes da sua naturalidade, mas domiciliados no município de Nova Floresta-PB; maiores de 18 anos; que possuam ou não registro pelo CBO em carteira de trabalho; e que se dispuserem a participar livremente do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com relação aos critérios de exclusão foram desconsiderados os sujeitos que não eram domiciliados no município de Nova Floresta-PB; menores de 18 anos e que não se dispuseram a participar livremente do estudo, se recusando a assinar o TCLE.

5.5 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada através de uma entrevista orientada por um roteiro semiestruturado de abordagem direta aos sujeitos, elaborado pela pesquisadora. A entrevista é mencionada por Gil (2008) como, a técnica em que o pesquisador se apresenta frente ao sujeito da pesquisa e lhe formula perguntas, objetivando a obtenção dos dados viáveis que servem de fontes para pesquisa. É uma conversa assimétrica orientada pra um objetivo definido, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. O roteiro da entrevista foi dividido em duas etapas, ambas compostas por perguntas objetivas e discursivas. A primeira etapa referiu-se aos dados de caracterização do sujeito, enquanto que a segunda destinou-se as questões específicas envolvendo o conhecimento desses cuidadores na assistência prestada aos homens sob seus cuidados, bem como a busca destes aos serviços de atenção primária à saúde, que responderam aos objetivos traçados pelo estudo (APÊNDICE B).

É válido salientar que a pesquisadora utilizou ao longo do desenvolvimento desta pesquisa um diário de campo, que de acordo com Lima, Mioto, Prá (2007) consiste de um instrumento acessório que possibilita ao pesquisador o registro das impressões não verbalizadas expressas pelos sujeitos no momento da coleta de dados da pesquisa.

5.6 Procedimento de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados foram adotados os seguintes passos: solicitou-se autorização da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF/CES/UFCG) por meio do Termo de Autorização Institucional (ANEXO A), em seguida o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Floresta-PB, permitido pelo Termo de Autorização Institucional para que possa ser realizada a pesquisa com os cuidadores de homens com necessidades especiais assistidos pelo serviço de atenção básica do município (ANEXO B). Seguidamente, foi solicitada a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Posterior à autorização do CEP, a graduanda pesquisadora marcou sua visita nas quatro Estratégias Saúde da Família que compõe a atenção primária do município, para subsequente visita aos domicílios, objetivando exibir a pesquisa aos sujeitos alvos do estudo e convidá-los à participar da mesma; promoveu-se informações a respeito da proposta, de sua relevância, bem como dos objetivos do estudo. Foi explicado o motivo de realizar a coleta de dados e o modo de sua realização, a garantia do anonimato e o direito de desvinculação do sujeito da pesquisa sem danos pessoais. Ultrapassada essa fase, após todos os esclarecimentos, os participantes que se dispuseram a contribuir com a pesquisa foram convidados a ouvir a leitura do TCLE para depois assiná-lo, em duas vias, uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora, sendo então iniciada a entrevista norteada pelo roteiro.

A coleta de dados cumpriu-se mediante aprovação do parecer do CEP sob CAAE N° 36063214.6.0000.5187 (ANEXO E) e procedeu-se de acordo com a disponibilidade de cada participante, durante os meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2014.

5.7 Processamento e análise dos dados

Após a coleta de dados, foram apurados e analisados os resultados sem que ocorressem alterações na interpretação da realidade com base nos objetivos da pesquisa e por meio da análise de conteúdos descrita por Bardin (2011) que, destaca a ampla disparidade das técnicas de análise das comunicações e suas formas de adaptação, a autora mencionada relata que para a análise dos dados colhidos é necessário seguir as seguintes etapas: a Pré-análise – que se ressalta a um momento de sistematização de ideias elaboradas após organização de conteúdos e leituras que norteiem os depoimentos colhidos; Exploração do material – que se

refere à transcrição dos dados e agrupamentos em unidades de registros, possibilitando uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo; e por fim o Tratamento dos resultados obtidos – que a partir das leituras realizadas para construção do estudo desenvolvem a interpretação dos resultados.

Com intuito de garantir o anonimato dos participantes do referido estudo, optou-se por denominá-los de Estrelas, uma vez que, assim como as Estrelas muitas vezes os cuidadores são considerados seres de luz, que alimentam a fé e a esperança ao zelarem e cuidarem dos seres que necessitam de sua assistência. Dessa maneira, foram elencados os seguintes nomes das Estrelas, todas como as mais brilhantes do universo, descritas na imagem que segue.

FIGURA 1 – As Estrelas mais brilhantes do universo.



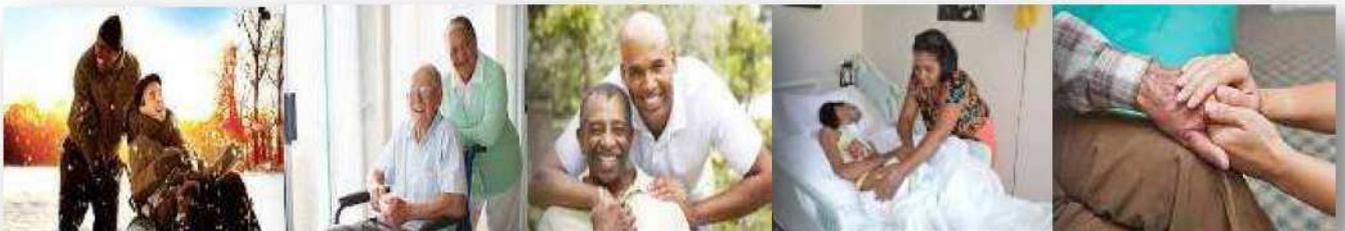
Fonte: Internet, 2015.

5.8 Aspectos éticos

Devido à pesquisa ser realizada com seres humanos, seguiu-se os princípios éticos, estabelecidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que revoga a 196/96, o qual adverte em seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 2.g) a necessidade do TCLE (APÊNDICE C) dos indivíduos-alvo (BRASIL, 2012c).

Buscando cumprir este princípio da resolução, foi esclarecido aos participantes da pesquisa o objetivo do estudo e a garantia do anonimato, bem como a autonomia de desistir do estudo a qualquer momento sem que sofra penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Para aqueles que se disponibilizaram a participar, apresentou-se o TCLE, que depois de lido e assinado em duas vias, ficou uma com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora. Em cumprimento as exigências estabelecidas pela resolução nº 466/12, após essa etapa o presente estudo foi submetido ao CEP da UEPB, e iniciou-se após a autorização e consentimento do mesmo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Fonte: Internet, 2015.

Baseado no instrumento utilizado pela pesquisa, este capítulo descreve os resultados e a análise, referentes às entrevistas efetivadas com os cuidadores de homens com necessidades especiais do município de Nova Floresta-PB, que concordaram em participar da pesquisa. Mediante isso, os dados foram dispostos e organizados em quadros e na forma de categorias. Os quadros caracterizam os sujeitos da pesquisa e as categorias respondem aos objetivos deste estudo.

6.1 Caracterização dos Sujeitos

Para a caracterização dos cuidadores entrevistados, foi utilizado um roteiro semiestruturado envolvendo perguntas sobre sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, disponibilidade de tempo, profissão, situação empregatícia, ocupação, registro no CBO, Vínculo familiar/afetivo com o homem cuidado. Todos esses dados são de fundamental importância para compreender a visão dos cuidadores entrevistados ao longo deste estudo, mediante a assistência prestada ao homem com necessidades especiais.

Participaram desta pesquisa vinte (20) cuidadores, sendo eles dezesseis (16) do sexo feminino e quatro (04) do sexo masculino, na faixa etária de vinte (20) a setenta e cinco (75) anos. Entre os entrevistados nove (09) eram solteiros, nove (09) eram casados, uma (01) viúva e um (01) outros. No que se refere à escolaridade, seis (06) declararam ter cursado apenas o Ensino Fundamental Incompleto, sete (07) relataram ter cursado o Ensino Médio Completo, dois (02) o Ensino Médio Incompleto, dois (02) informaram ter cursado o Ensino Superior Completo e três (03) o ensino Superior Incompleto.

Quanto a disponibilidade de tempo um (01) afirmou dedicar menos de seis horas, sete (07) alegaram passar vinte e quatro horas e doze (12) afirmaram conviver com esses homens diuturnamente, ou seja, em tempo integral para prestação dos cuidados necessários. No que se refere à profissão quatro (04) eram estudantes, quatro aposentados (04), um (01) auxiliar de enfermagem e onze (11) desempenham outras profissões sendo estes, Agricultores, Balconista e Professora, dos participantes dois (02) possuem carteira de trabalho assinada porém não era referente a ocupação de cuidador e (18) não possuem carteira de trabalho assinada.

Em relação à ocupação, doze (12) afirmaram ser cuidadores com outras ocupações, oito (08) cuidadores exclusivos e nenhum possui registro no CBO. Acerca do vínculo familiar/afetivo, dez (10) cuidadores declararam serem filhos (as), três (03) eram esposos (as), dois (02) sobrinhos (as) e cinco (05) outro tipo de relação familiar/afetiva sendo estes netos (as), Madrasta, Mães e vizinha, conforme os Quadros 1, 2 e 3, expressos a seguir.

QUADRO 1 – Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade. Nova Floresta, em Out e Nov. de 2014

Sexo		Nº
Feminino		16
Masculino		04
Total		20
Faixa etária		
18 – 30		05
31 – 40		02
41 – 50		01
51 – 59		06
> de 60		06
Total		20
Estado civil		
Solteiro (a)		09
Casado (a)		09
Viúvo (a)		01
Outros		01
Total		20
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto		06
Ensino Fundamental Completo		00
Ensino Médio Incompleto		02
Ensino Médio Completo		07
Ensino Superior Incompleto		03
Ensino Superior Completo		02
Total		20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

De acordo com o Quadro 1 observou-se na categoria sexo, a prevalência de cuidadores femininos, o que permite refletir que o ato de cuidar está socialmente atribuído à mulher devido os valores e as vivências do cotidiano, construídos ao longo dos tempos. Esse dado é reforçado por outros estudos, dentre eles a pesquisa realizada por Araújo et al (2013) quando afirmou que 80,7% dos cuidadores eram mulheres, que mesmo apesar das diversas mudanças no contexto da inserção da mulher no mercado de trabalho, o pensamento em que o homem prover o sustento familiar fora do lar e a mulher se restringe aos cuidados familiares e domésticos exerce grande influência neste contexto. Dessa maneira, o estudo do referido autor pode auxiliar na explicação dos dados obtidos nesta pesquisa ao que se refere à prevalência do sexo feminino no ato do cuidar.

Apesar desta realidade, o presente estudo demonstrou um dado importante neste cenário do cuidado, a presença do homem desmistificando a questão da figura hegemônica masculina construída socialmente que assumiram a responsabilidade do cuidar, devido o seu parentesco e a cumplicidade desenvolvida ao longo de todo seu convívio familiar e por compreender que era seu dever para com seu pai e tio.

Essa realidade de homens ocupando a missão de cuidador foi constatada durante a realização de outros estudos, como o de Melo (2009) ao apontar que nos últimos anos existiu um crescimento no número de cuidadores homens, estimado entre 28% a 37%. Esses dados corroboram com os de Oliveira et al (2012) ao apresentar que 36% dos cuidadores são do sexo masculino, descrevendo que estes participam dos cuidados naquilo que eles sabem ou conseguem fazer, supervisionando ou auxiliando no desenvolvimento das atividades básicas da vida diária do ser cuidado.

No que se refere à idade dos voluntários do presente estudo predominou a faixa etária de 51-59 anos e > 60 anos, revelando um dado preocupante, pois nesta fase o indivíduo, de maneira geral, passa a desenvolver necessidades, outrora não vivenciadas, devido o processo de envelhecimento. Esses achados corroboram com os relatados por Araújo et al (2013) quando relata que necessidade psicosociobiológica nessa fase da vida adulta requer uma maior atenção e no caso do cuidador nem sempre é uma situação fácil de suprir, podendo estes apresentarem complicações com o cuidado de si.

No que concerne ao estado civil dos cuidadores, prevaleceram solteiros e casados, demonstrando uma situação interessante, pois os casados emergem no contexto da pesquisa um senso de responsabilidade na função do cuidar, devido suas atribuições e o compromisso por eles assumido e no que se referem aos solteiros, eles apresentam uma maior

disponibilidade de tempo para realização dos cuidados a serem prestados, apesar de desempenharem outras ocupações em concomitante.

A prevalência do estado civil como solteiros foi relatado por Trigueiro et al (2011) durante seu estudo sobre o perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física, tal achado corrobora com o da pesquisa atual, que demonstrou a prevalência de: mulheres jovens, solteiras, mães e com nível de escolaridade até o Ensino Fundamental incompleto, estando correlacionadas com os perfis e o nível de qualidade de vida adotado por eles. Em relação ao estado civil de casados ressaltado neste estudo, também coincidiu com os dados encontrados por Braccially et al (2012) e Araújo et al (2013) ao demonstrar que a prevalência de cuidadores casados, sobressaem para além das atividades do cuidar, tais como: os serviços domésticos, a atenção a família e o atendimento às solicitações dos filhos, podendo resultar em sobrecarga de atividades para o cuidador.

A escolaridade que prevaleceu entre os sujeitos da pesquisa revelou um dado inquietante, ao prevalecer o Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Médio Completo, demonstrando pouca escolaridade e pouca qualificação, o que reflete diretamente na assistência prestada.

A escolaridade corresponde a uma importante ferramenta na missão do cuidar, influenciando diretamente no cuidado prestado pelos cuidadores, pois eles são a peça fundamental da assistência e a informação para equipe de saúde, por apresentarem uma estreita relação com o ser cuidado. O nível de escolaridade também influencia nos sentimentos dos cuidadores em relação ao cuidado do outro, sendo que a pouca aprendizagem dificultaria a compreensão do que acontece com o ser sob seus cuidados, das dificuldades encontradas e enfrentadas ao cuidar (ARAÚJO et al, 2013).

QUADRO 2 – Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a disponibilidade de tempo, profissão e situação empregatícia. Nova Floresta, Out e Nov. de 2014

Disponibilidade de tempo para o cuidado		Nº
Menos de 6 horas		01
De 6 a 12 horas		00
24 horas		07
Tempo Integral		12
Total		20

Profissão	
Estudante	04
Técnico de Enfermagem	00
ACS	00
Aposentado (a)	04
Auxiliar de Enfermagem	01
Servidor Público	00
Autônomo	00
Outros	11
Total	20
Situação Empregatória	
Com carteira de trabalho	02
Sem carteira de trabalho	18
Total	20

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com Quadro 2, identifica-se que o tempo integral foi o que prevaleceu entre os cuidadores entrevistados, haja visto que os sujeitos da referida pesquisa moram juntos ou próximo do ser cuidado e em sua grande maioria são familiares ou apresentam algum vínculo afetivo forte, assumindo o cuidado não como uma profissão, mas como uma missão e uma retribuição de afetividade e princípios. Esse dado coincide com o relato de Bracciali et al (2012) ao descrever que a maioria dos cuidadores se dedicam de modo permanente ao cuidar, não exercendo como uma atividade profissional formal, mas como sendo uma forma em que as famílias se adequam para atender as necessidades de cuidados desta população.

No tocante a situação empregatória dos entrevistados, observou-se que prevaleceu a opção outros, dentre elas está a de agricultor (a), balconista e professor (a), permitindo a contemplação acerca do despreparo dos cuidadores, por não terem uma formação específica para cuidar, tal fato pode ser visualizado no Quadro 1 no quesito escolaridade, pois o cuidador necessita de um conhecimento específico na área do cuidado, para que possa evitar complicações durante a assistência.

Essa questão da formação específica e da escolaridade influenciar na maneira pela qual o cuidado é prestado, é descrita por Araújo et al (2013) ao afirmar que a qualidade da assistência ofertada esta diretamente proporcional ao conhecimento, uma vez que o cuidador precisa seguir orientações, ofertar dietas, ler bulas de remédios, entender dosagens e vias de administração, além da valorização e conscientização sobre a importância na prevenção de doenças e agravos para melhor prover o cuidado.

No que se refere à carteira de trabalho, a maioria dos cuidadores alegaram não possuírem, isto ocorre devido eles assumirem profissões não formais, além da ocupação de cuidador. Os dois que alegaram ter carteira de trabalho assinada não eram para a função de cuidador, ou seja, exerciam outras ocupações além de cuidar do homem com necessidades especiais.

QUADRO 3 – Distribuição absoluta dos participantes da pesquisa, segundo a ocupação, o registro no CBO e o vínculo familiar/afetivo. Nova Floresta, Out e Nov. de 2014

Ocupação		Nº
Cuidador exclusivo		08
Cuidador com outras ocupações		12
Total		20
Registro no CBO		
Sim		00
Não		20
Total		20
Vínculo Familiar/Afetivo		
Filho(a)		10
Esposo (a)		03
Irmão (a)		00
Sobrinho (a)		02
Tio (a)		00
Outros		05
Total		20

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O Quadro 3, revela que a maioria dos sujeitos alegaram ser cuidadores associado a outras ocupações, sem registro no CBO. Dessa forma, há uma contradição com relação à disponibilidade de tempo apontada no Quadro 2, uma vez que os cuidadores ao desempenharem outras ocupações além da assistência domiciliar, não terá integralmente o tempo disponível para o cuidado ofertado aos homens com necessidades especiais, como referiram durante entrevista. No que se refere à falta de registro no CBO, comprova que a ocupação de cuidador realmente ocorre de maneira informal, reafirmando um dado apontado no Quadro 2 que é a ausência de carteira de trabalho assinada. Esses dados demonstram a necessidade do reconhecimento dessa atividade do cuidar, pois os cuidadores são de fundamental importância para a concretização das necessidades daqueles que se encontram sob seus cuidados.

Diante desta realidade percebe-se a necessidade de que a função de cuidador seja uma atividade reconhecida junto aos órgãos oficiais, como o Ministério do Trabalho e Emprego, a Previdência Social e a Receita Federal, constando em estatísticas oficiais de forma clara e específica, uma vez que essa classe não apresenta atualmente legislação própria aprovada, que regulamente a profissão e que garanta os seus direitos específicos (FIGUEIREDOa, 2012).

A regulamentação da profissão está tramitando no Congresso Nacional desde o dia 25 de maio de 2011, quando foi apresentada, e desde então tem passado por diversas discussões e proposições de emendas como Projeto de Lei nº 284, de 2011, que dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idosos, esse projeto é de autoria do Senador Waldemir Moka, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Foi aprovado pelo senado em 05 de novembro de 2012, estando à matéria aguardando aprovação na Câmara Federal dos Deputados (FIGUEIREDOa, 2012).

Em relação ao vínculo familiar/afetivo a prevalência, neste estudo, foi dos filhos (as) desempenhando a função de cuidador ao homem com necessidades especiais, em que o cuidar é intuitivo, por amor, por responsabilidade e não como uma ocupação. Esse dado do vínculo familiar/afetivo ao correlacionar com os dados do sexo prevalente entre os cuidadores (Quadro 1) corroboram com os achados de outros estudos, como o de Yamashita et al (2013) onde prevalece como cuidadores majoritariamente, as filhas do familiar dependente, associando esta prevalência feminina no cuidar à uma condição de gênero, já que cuidar é uma tarefa tradicionalmente atribuída à mulher, refletindo a cultura da sociedade.

6.2 Identificação dos objetivos do estudo

Com intuito de alcançar os objetivos desta pesquisa, bem como considerando a análise do conteúdo coletado, emergiram quatro categorias temáticas oriundas das transcrições e interpretações das falas dos sujeitos entrevistados, sendo elas: *O investigar do atendimento das necessidades humanas básicas de homens com necessidades especiais pelos cuidadores; O verificar da demanda para atenção primária no atendimento domiciliar aos homens com necessidades especiais pelos cuidadores; O identificar das dificuldades dos cuidadores na assistência aos homens com necessidades especiais; O revelar da satisfação dos cuidadores ao assistir os homens com necessidades especiais.*

Foi identificado na primeira, na segunda e na terceira categoria dois núcleos de ideia central, respectivamente: *O atendimento na totalidade das necessidades dependente da percepção do cuidador; O reconhecimento do cuidador de que atende parcialmente as necessidades, mas que não na totalidade necessária; As dificuldades dos cuidadores no processo de cuidar dos homens com necessidades especiais; A não aquisição de dificuldades dos cuidadores na assistência ofertada; A solicitude da atenção Primária pelo cuidador para atender as necessidades do homem sob seus cuidados; A busca da atenção secundária pelo cuidador para atender as necessidades do indivíduo sob seus cuidados.* Perante as categorias e seus núcleos, discute-se abaixo cada um deles de modo individual.

CATEGORIA I: O investigar do atendimento das necessidades humanas básicas de homens com necessidades especiais pelos cuidadores

A presente categoria vem expor e discutir as falas dos cuidadores que expressam sua percepção acerca do atendimento das necessidades humanas básicas dos seres sob seus cuidados, no âmbito domiciliar. Faz relevância os relatos que seguem:

[...] Com certeza! Isso aí eu tenho certeza! [...] Porque ele precisa muito e eu preciso estar sempre de olho. (CAPELLA).

[...] Acho. [...] Porque tem de cuidar mesmo dele. (ALTAIR).

[...] Sim, acho! [...] Porque ele depende de mim pra tudo [...] (ALBEDARAN).

[...] Sim! [...] Porque ele não pode assim se movimentar né? Tudo depende da pessoa. (ARCTURUS).

[...] Sim, com certeza! [...] Porque eu cuido dele muito bem. (SIRIUS).

[...] Sim! [...] Porque eu sou mãe dele e tenho muito cuidado nele né? (RÉGULO).

[...] Acho que sim! [...] Porque tudo que ele precisa é comigo. (POLLUX).

[...] Sim! [...] Porque ele nunca reclama tudo que ele precisa eu faço na hora. (FOMALHAUT).

Conforme os depoimentos referidos pode-se perceber que os cuidadores afirmam atender as necessidades vivenciadas, mediante o que eles consideram como necessário e/ou solicitado pelos homens cuidados. Sendo assim, relatam que atendem a todas as necessidades humanas básicas importantes e vitais aos homens com necessidades especiais.

É válido salientar que durante a análise dos depoimentos percebeu-se que os cuidadores sentiram-se aptos a responderem o porquê do atendimento às necessidades do ser cuidado. Essas justificativas estão tematicamente expressas através dos núcleos e das imagens esquemáticas, descritos e elaboradas abaixo.

PRIMEIRO NÚCLEO DE IDEIA CENTRAL: O atendimento na totalidade das necessidades dependente da percepção do cuidador.

FIGURA 2 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática I.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

[...] Dou banho, levanto ele, dou de comer a ele, passeio com ele. (BETELGEUSE).

[...] Medicação, Alimentação, na higiene também. (ARCTURUS).

[...] Assim, remédio na hora certa, comida na hora certa. Não é comida diferenciada [...] se eu comprar um chocolate que é difícil eu comer, é para nós dois! Ele não é diferente dos outros, então eu compro também pra ele. (CANOPUS).

[...] Olha! A necessidade de alimentação, que ele tem que se alimentar nas horas certas, a necessidade de ir ao banheiro e tomar banho. Eu tenho que está sempre de olho, quando saio tem a menina que trabalha comigo que fica de olho. Quando saio eu digo a ela: a prioridade é ele, olhe primeiro pai, segundo pai, terceiro pai [Risos] (CAPELLA).

[...] É alimentação, tudo, tudo mesmo, trocar, cuidar dele, trocar de roupa, coberta [...] (ALTAIR).

[...] Tomar banho que ele não toma sozinho à muito tempo e eu ajudo a dar banho nele, levar e trazer ele pra um canto e para outro, pra sala, pro quarto, porque as vezes ele não pode ir sozinho, não quer ir aí eu ajudo ele. (SPICA).

Partindo do conceito holístico do homem de ser indivisível e não o resultado da soma de suas partes, as necessidades humanas básicas surgem como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais” (HORTA, 2011, p.2). As necessidades são universais, dessa forma, são comuns a todos os seres humanos, variando apenas em sua manifestação e sua maneira de satisfazê-la ou atendê-la.

A teoria das necessidades humanas básicas utiliza a denominação de João Mohana, que as caracteriza em: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Vale ressaltar que os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível até o momento é relatado como uma característica única do homem (HORTA, 2011).

Diante do que foi descrito pela autora supracitada é perceptível a gama de variedade das necessidades básicas de todo e qualquer ser humano. Ao voltar os olhos para os homens com necessidades especiais é importante destacar que todas as suas necessidades devem ser observadas como singulares, com intuito de que todas suas carências sejam atendidas, já que

muitas vezes os mesmos não conseguem atendê-las por si só, necessitando do auxílio do cuidador.

Quando se fala em cuidar do outro, sempre se remete a questão de ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado, o que implica compromisso e empatia. Porém, o cuidado é uma resposta solidária às necessidades e aos sofrimentos dos outros, é um estabelecimento de uma (com) paixão na relação com o outro, uma reciprocidade, pois a construção da vida faz-se a partir da relação com os outros e a existência do outro é a consciência de mim (DUARTE, 2012; MANICARDI, 2010).

O pensamento dos autores supracitados permite a meditação do imprescindível papel do cuidador na assistência ofertada aos seres sob os seus cuidados. Sendo necessário que este cuidado seja visualizado em todas as dimensões biopsicossociais, garantindo que a eficácia da assistência seja projetada.

O ato de cuidar, muitas vezes é realizado com base apenas no senso comum, e nesses casos essa ação não caracteriza o cuidador como um profissional, necessitando que o cuidado seja visto e desenvolvido de forma planejada assim como fazem os profissionais da ESF, sendo imperioso que esses profissionais, responsáveis pela população em sua área de abrangência, possam despertar a estimulação e a construção do saber científico por parte dos cuidadores (SANTIAGO, LUZ, 2012). Essa ação do senso comum no ato de cuidar é notória no relato que se segue:

[...] Sim, acho! [...] Tudo, tudo eu faço... Que ele não sai dessa rede!
(ALTAIR).

O relato acima afirma que diante a condição do homem cuidado, o cuidador afirma atender todas as necessidades baseadas no seu senso comum de avaliar que o ser cuidado só necessita do que ele julga necessário e dessa forma, o mesmo não percebe que não atende a necessidade humana básica de locomoção, devido o homem está condicionado aquele lugar.

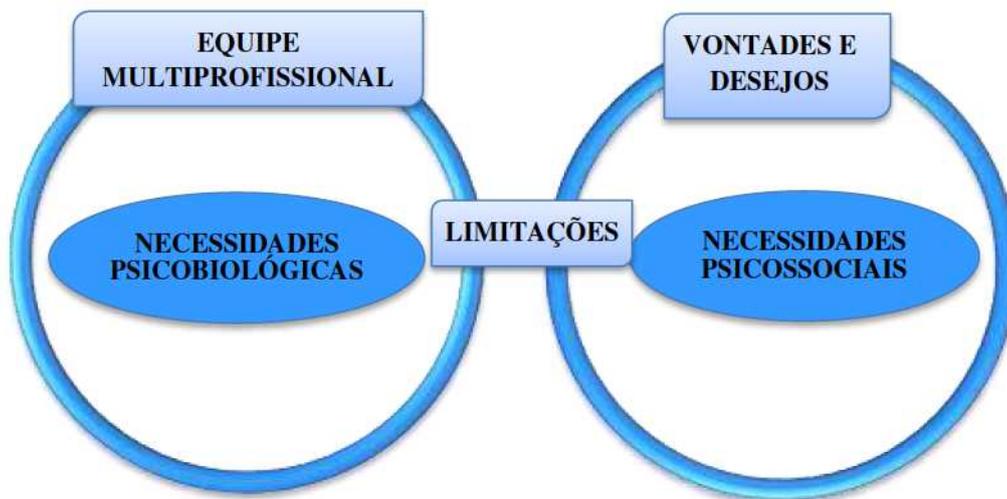
Diante desta realidade Santiago e Luz (2012) afirmam que os cuidadores são pessoas que adotam a responsabilidade de cuidar e seus cuidados são fundamentais na assistência domiciliar, sendo necessária uma boa orientação e preparação para serem capazes de avaliar as necessidades do ser cuidado, além de suas potencialidades e limites, para que possam executar o cuidado satisfatório, adotar medidas preventivas de agravos e incapacidades do indivíduo que está sob seus cuidados diários.

É importante destacar que o fato do cuidador realizar a assistência de acordo com o que julga necessário, pode também está relacionado à experiência pessoal vivida pelo cuidador, na qual se ele próprio não tem suas necessidades plenamente atendidas, como este irá reconhecê-las no ser cuidado?

Esse questionamento pode ser explicado por Duarte (2012) ao afirmar o fato de que querer o melhor para si se transpõem ao outro; querer o melhor para si parte do reconhecimento do outro como pessoa. O fato de se reconhecer como pessoa, de se autocuidar, refletirá na forma de desenvolver ações que busquem o melhor cuidado para com o outro.

SEGUNDO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: O reconhecimento do cuidador de que atende parcialmente as necessidades, mas que não na totalidade necessária.

FIGURA 3 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática I.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

[...] Assim pra dar comida a gente consegue dar direitinho, dar banho, mas aí as pequenas coisinhas do dia a dia, que ele passa o dia pedindo aquelas coisas todas a gente nunca consegue assim, tomar conta direitinho, dar conta daquilo o dia todo, não consegue de jeito nenhum [...] aí tem coisas que a gente não consegue. (DENE B).

[...] É faço o que eu posso né! Eu procuro fazer da maneira que eu posso, quando da certo eu faço tudo, tudo que eu vejo que dá certo né? (ACRUX).

[...] Eu atendo as necessidades básicas, pois ele necessita de uma equipe de profissionais como fonoaudióloga, neurologista no caso dele que apresenta necessidades especiais. (ANTARES).

[...] 95%, porque devido ele ser um homem de porte alto a questão da locomoção dificulta um pouco. (ADHARA).

Todo ser humano é movido por vontades, desejos e limitações ao longo de sua trajetória de vida, o cuidador por sua vez ao desempenhar sua assistência domiciliar também adquire tais estímulos. Perante esta realidade, é importante citar a descrição de Silva Joaquim (2011), onde revela que a motivação e a disponibilidade do cuidador para cuidar de alguém, está relacionado a diversos motivos como a solidariedade, empatia, reconhecimento social, ajudar para ser ajudado ou até mesmo por que já foi ajudado, porém, a maioria desses motivos não ficam claros. Dessa forma, o autor supracitado destaca que é simples afirmar que o cuidador é movido pelo desejo de ajudar, mas que seria correto dizer que é isso que todos esperam dele.

Masuchi e Rocha (2012) em seu estudo apontam que poucos são os cuidadores que têm apoio para compartilhar os cuidados oferecidos à pessoa cuidada. Essa condição contribui consideravelmente a anulação do cuidador como um indivíduo que possui vontades e projetos de vida, uma vez que sua vida estrutura-se na da pessoa cuidada.

De acordo com Brasil (2009b) a função do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade na qual necessite de atenção ou cuidado diário, ele acompanha e auxilia a pessoa cuidada, fazendo somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. É válido ressaltar que o cuidador só deve desempenhar ações que não faça parte da rotina de técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. Sendo assim é perceptível a necessidade do apoio de uma equipe multiprofissional na assistência domiciliar a fim de sanar as necessidades dos seres cuidados.

A missão do cuidar exige dos cuidadores um intenso envolvimento e uma considerável dedicação de seu tempo, por um período indeterminado, também sendo necessária a tomada de decisões para atender suas necessidades, atingindo diretamente o ser que se encontra sobre seus cuidados. Em alguns casos devido a essa sobrecarga de trabalho, o cuidado pode se tornar ineficaz, pois o cuidador, atribuído de serviços, prestará assistência necessária somente aos cuidados básicos, esquecendo que este indivíduo necessita de cuidados baseados na sua

condição de saúde que ajudem a minimizar as complicações e os agravos (ROCHA, CARLOS, JÚNIOR, 2011).

Em vista das falas dos entrevistados pode-se perceber que estes reconhecem que atendem as necessidades, porém não em sua totalidade. Dessa maneira, as decisões dos cuidadores em fazer o que pode, atinge diretamente o homem cuidado.

CATEGORIA II: O verificar da demanda para atenção primária no atendimento domiciliar aos homens com necessidades especiais pelos cuidadores

PRIMEIRO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: A solicitude da atenção primária pelo cuidador para atender as necessidades do homem sob seus cuidados

FIGURA 4 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática II.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

[...] Preciso do posto médico. [...] Quando ele precisa de um medicamento sou eu, de uma consulta sou eu! (POLLUX).

[...] Sim, pra saúde dele né? Para o medicamento dele (RÉGULO).

[...] É essa aqui, ACS que tudo que eu quero tudo que preciso se eu precisar dela ela vem. (VEGA).

[...] Só as fisioterapias [...] (ARCTURUS).

[...] Sim, do domicílio sim! [...] Estou sempre chamando o médico para vir fazer a visita, eu sempre estou chamando o médico para fazer uma consulta, para melhor cuidar dele e comprar os remédios pra ele, pois ele precisa tomar esses remédios [...] (CAPELLA).

[...] Dependendo do grau de necessidade que ele tenha, algumas como fisioterapeuta vem em casa [...] (ANTARES).

[...] Às vezes sim, o postinho para problema de pressão essas coisas. (HADAR).

[...] Sim preciso! [...] Assim, quando é pra pegar uma pessoa pra fazer o curativo [...] (ACRUX).

[...] Sim! Atendimento aos PSF's para os curativos. (ADHARA).

Sabe-se que a atenção primária em saúde institui todas as ações de promoção, prevenção e proteção a saúde em um território definido, tendo como componente cardeal de sua rede assistencial a estratégia saúde da família que constitui o principal componente na organização da atenção básica, composta por uma equipe multiprofissional que resolvem problemas de saúde mais comuns e dominam saberes de promoção e prevenção de doenças, atuando na própria unidade, nos domicílios, na comunidade, nas escolas e em outros locais de sua abrangência (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011; BRASIL, 2012a).

A atenção primária à saúde constitui-se de uma estratégia de reorientação do modelo de atenção e não um programa limitado de ações em saúde de baixa resolubilidade, apesar de ser por vezes visualizada desta maneira. A ESF permitiu um passo importante na qualificação da atenção primária por reorientar o modelo assistencial, seguindo como princípios: a família como foco de abordagem, o território definido, a adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, a corresponsabilização, a integralidade, a resolutividade, a intersetorialidade e o estímulo à participação social. Dessa maneira, a ESF promove a implementação dos princípios e diretrizes da atenção primária, constituindo-se como ponto fundamental à organização da rede de atenção e como o contato preferencial à saúde do SUS (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com Brasil (2011) pesquisas demonstram que a atenção primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados na existência de

mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde.

Vale ressaltar que mediante a fala dos entrevistados, a busca do Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) também deve ser considerado pelos homens e seus cuidadores, como um local de promoção à saúde. A integralidade se materializa por meio da responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família e as populações específicas, garantindo-lhes encaminhamento, com base nos processos de referência e contrarreferência, e atuando no fortalecimento do seu papel de coordenação do cuidado nas redes de Atenção à Saúde (FIGUEIREDOb, 2012)

A política nacional de saúde da pessoa com deficiência do Ministério da Saúde foi criada para garantir o direito à saúde desta população por meio da inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS, reconhecendo a necessidade de programar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Suas principais diretrizes, devem ser implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessária a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, a organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2010).

O cuidador por ser a pessoa designada pelo cuidado ao ser que necessita, geralmente leigos, assume funções para as quais, na maioria das vezes, não está preparada. Dessa maneira, é de fundamental importância que as equipes de saúde de sua abrangência tenham sensibilidade ao lidar com este público, auxiliando-os através de informações pertinentes para melhor assistir o ser cuidado, pois o ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde. Assim, reitera-se que o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais da saúde, as atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas e disponibilizadas junto aos profissionais de saúde (BRASIL, 2009b).

Diante dessa afirmativa, verifica-se que a demanda da atenção primária por parte dos cuidadores para atender as parcimônias dos homens com necessidades especiais é significativa, demonstrando a relevância deste estudo, pois ele explicita a percepção dos cuidadores em relação ao serviço ofertado pelos profissionais da rede de atenção básica do município, permitindo a reflexão e a melhoria da assistência a esse público-alvo.

Outro dado importante foi visualizado durante a análise desta pesquisa, em que a situação de não ir ao posto de saúde, imposta pelas limitações do cuidador e do ser cuidado,

necessitando de que o serviço venha até a eles, faz com que o cuidador não reconheça que utiliza o serviço de atenção primária à saúde, demonstrando o pouco conhecimento em relação ao funcionamento e aos direitos à saúde que este serviço propõe. Essa questão pode ser contemplada nos depoimentos dos sujeitos ao serem questionados se utilizam os serviços de saúde fora do domicílio, a fim de tender as necessidades dos homens cuidados:

[...] Não, ele vem pra cá [...] O agente comunitário de saúde. (ALTAIR).

[...] Não, só a receita, coisa básica: receita para remédio e tirando disso não! (DENEb).

[...] Não porque a vizinha, a ACS é muito eficiente né? E trás até aqui! (CANOPUS).

Mediante a fala dos entrevistados verifica-se que o ACS, exerce a função de estreitar a relação entre a equipe e a comunidade, vivenciando o cotidiano das famílias, dos indivíduos e da comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais. O ACS realiza o acompanhamento das famílias, através das visitas domiciliares buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBSF, de acordo com as necessidades dos indivíduos (FIGUEIREDOb, 2012).

É imperioso destacar que para melhorar a assistência à saúde das pessoas com necessidades especiais, grupo este que se encontram os seres sob os cuidados dos cuidadores entrevistados, é fundamental que haja uma interlocução entre o NASF e o atendimento em reabilitação nos serviços especializados, sendo primordial a comunicação com as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e deficiências realizados pelas ESF's, interligando todos eles em uma rede de assistência integral, não obstante, permitindo a inclusão da assistência dos cuidadores como essencial para um atendimento humanizado, eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado (BRASIL, 2010).

SEGUNDO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: A busca da atenção secundária pelo cuidador para atender as necessidades do indivíduo sob seus cuidados

FIGURA 5 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática II.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

[...] Sim! [...] É uma verificação de pressão, algum medicamento que preciso pegar em uma farmácia fora, é troca de sonda, uma consulta. (SÍRIUS).

[...] Sim! [...] Nos fim de semana ao Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças para os curativos. (ADHARA).

[...] Sim, às vezes sim. [...] Procuro o hospital para o médico vim. (ALBEDARAN).

[...] Sim, preciso. [...] Quando é pra vim pegar ele no carro, uma ambulância pra pegar pra fazer os curativos. (ACRUX).

[...] Preciso, da ambulância para a locomoção para fazer as fisioterapias. (RIGEL CENTAURUS).

[...] Sim! No hospital, para pegar remédio pra tosse dele. (BETELGEUSE).

[...] Só quando ele adocece ou quando ele cai, ai eu procuro o hospital. (FOMALHAUT).

Entende-se por atenção secundária a rede de unidades especializadas como ambulatorios e hospitais, organizados pelo sistema microrregional dos serviços de saúde e prestando assistência em especialidades básicas, bem como serviços de urgência e emergência, ambulatoriais, internamentos e ainda o acompanhamento das ESF's do município.

Para Brasil (2011b), a atenção secundária é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Os serviços secundários também foram descritos nos depoimentos dos entrevistados deste estudo, eles alegaram procurar o hospital para atender as carências dos homens com necessidades especiais; entretanto é importante destacar a subestimação da atenção primária pela atenção secundária devido ao limitado conhecimento do cuidador, uma vez que a razão da solicitação do serviço, exceto a solicitação da ambulância, poderia ser realizada pela atenção primária .

Essa subestimação pode ser explicada por meio do pensamento de Brasil (2011a) o qual aponta que a concepção de sistema hierarquizado vigente no SUS, se organiza pelo conceito de complexidade, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade, permitindo uma visão distorcida, ao estabelecer que a APS é menos complexa do que a atenção no nível secundário e no terciário.

Nos relatos abaixo se destacam as falas de alguns sujeitos ao descreverem que além da solicitação dos serviços de saúde através da ESF e hospital municipal, os cuidadores utilizam convênios e serviços fora do município, a fim de atender as necessidades que estes homens venham a carecer.

[...] Dependendo do grau de necessidade que ele tenha busco outros pelas instituições e seus convênios. (ANTARES).

[...] Precisamos buscar os serviços de saúde fora também, até porque aqui como cidade pequena, não tem toda saúde que ele precisa, que ele precisa de muitas coisas na saúde, que aqui por ser interior não tem de tudo para ele. (PRÓCION).

As complexidades do ato de cuidar, no domicílio está relacionada com: o quadro clínico, a capacidade de realizar o autocuidado, a autonomia, a condição emocional e a autoestima da pessoa que está sendo cuidada e do cuidador. É imprescindível diante desta realidade, que os serviços de saúde venham atender esse público de maneira capacitada realizando uma assistência de qualidade. No entanto, os serviços de saúde nem sempre estão preparados para apoiar esses indivíduos com informações adequadas sobre o ato de cuidar, além de não reconhecerem a necessidade de oferecer estratégias de apoio cotidiano a essas famílias (MASUCHI, ROCHA, 2012).

Tal afirmativa justifica o fato de que dependendo da problemática apresentada pelos homens com necessidades especiais, os cuidadores careçam buscar os convênios e os serviços intermunicipais, apontados por eles quando entrevistados.

CATEGORIA III: O identificar das dificuldades dos cuidadores na assistência aos homens com necessidades especiais

PRIMEIRO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: As dificuldades dos cuidadores no processo de cuidar dos homens com necessidades especiais

FIGURA 6 – Representação esquematizada do primeiro núcleo da categoria temática III.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

[...] Eu encontro! Devido o peso, até para levantar eu chamo a menina para me ajudar porque eu não posso pegar em peso, porque tenho um problema também, um problema muito forte na minha rótula, os meus joelhos não tem segurança [...] (CAPELLA).

[...] Sim. Porque ele é um homem muito pesado e eu sozinha para cuidar dele eu não posso, tenho que ter ajuda de outra pessoa. (ALBEDARAN).

[...] É tem horas que a gente se sente mesmo cansada né? [...] É quando a gente tem muito serviço pra fazer né? Assim pela manhã né, que a gente tem mais serviço pra fazer, aí sente mais dificuldades mesmo. (ACRUX).

[...] Sim! [...] De levantar, por isso tenho problema na coluna até hoje, porque ele é pesado. (BETELGEUSE).

[...] Às vezes eu me aperreio, porque eu não tenho saúde também né? Mas eu me aperreio e me arrependo [chora emocionada]. (VEGA).

[...] Ah encontro! [...] Ele é teimoso demais, pra trocar uma roupa, dar um banho... é difícil! (POLLUX).

[...] Com certeza! Ele é teimoso, cabeça dura e incompreensível! (RIGEL CENTAURUS).

[...] Só o cansaço, porque ele é muito alto e pesa muito e eu sozinha minha filha... (FOMALHAUT).

[...] É dificuldade na locomoção por ser um homem pesado, dificuldade para transporte e sinto dificuldades nas ruas devido à acessibilidade que a sociedade e as autoridades não se preocupam com isso, nesse caso sim... (ANTARES).

Ao desempenhar a função de cuidador, o estilo de vida do indivíduo é modificado em função das necessidades que o ser cuidado apresenta, independentemente deste cuidador ser jovem ou idoso, suas atividades cotidianas são alteradas e apresentam dificuldades na assistência ofertada, em que muitos dos cuidadores possuem problemas de saúde e dedicam-se integralmente ao cuidado.

De acordo com Ferreira, Alexandre, Lemos (2011) conciliar as atividades domésticas aos cuidados com o indivíduo dependente carece organização do tempo e habilidade para cumprimento dessas tarefas por parte do cuidador, levando-o a se sentir sobrecarregado pela demanda de atividades que preenchem o dia, e em muitos casos à noite. Estes autores descrevem ainda que os cuidadores referem dificuldades em realizar algumas tarefas pessoais dos seres cuidados, principalmente aquelas que demandam esforço, necessitando do cuidador um condicionamento físico adequado para execução das tarefas pesadas. À vista disso, a assistência do cuidador está relacionada às dificuldades encontradas por ele, sendo associadas aos domínios de dor, aspecto social, emocional e seu próprio estado de saúde, influenciando no cuidado ofertado.

A incompreensão e teimosia do ser cuidado em relação ao seu cuidador são explicadas por Silva Joaquim (2011) ao relatar que as críticas já fazem parte do cotidiano das pessoas, ainda mais quando se trata de um cuidador, pois o outro sempre acha que pode fazer melhor, mas, nem sempre o faz.

O cuidador necessita de reciprocidade de alguém mediante a análise do conceito de suporte social, o qual ocorre por meio da oferta de um provedor para um receptor. Essa reciprocidade nem sempre acontece entre cuidador e ser cuidado, dessa forma a oferta é unidirecional para os próprios provedores (cuidadores), contribuindo assim para sobrecarga física e mental dessa classe, o que resulta na saúde deficitária dos cuidadores (SILVA JOAQUIM, 2011).

Em referência à acessibilidade foi criada a Lei nº 10.098 de 19 de Dezembro de 2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade por pessoas com deficiência, assegurando a integração social por meio dos direitos individuais e sociais, permitindo o acesso a educação, a saúde, ao trabalho e ao lazer (BRASIL, 2000) . Entretanto, torna-se evidente que embora existam leis que visam à cidadania de todos brasileiros de maneira igualitária, nem sempre isso é respeitado, sendo necessário a conscientização dos cidadãos em relação a necessidade do outro para com o acesso adequado, a fim de utilizar os espaços públicos e o seu direito de deslocar-se livremente.

Por meio do direito de todos é que se descreve o outro como ser social, a busca do bem para o outro é a contribuição para uma igualdade social em que cada cidadão é participante de deveres e usufrui de direitos equitativamente (DUARTE, 2012).

Conhecer quais são as dificuldades cotidianas que emergem e interferem diretamente na qualidade da relação entre o cuidador e ser o cuidado, permite reconhecer o que influencia na qualidade de vida de ambos, e o que afetará diretamente o cuidado ofertado (GURGEL, OLIVEIRA, SALLES, 2012).

Ao vislumbrar essa realidade, percebe-se que a questão das dificuldades dos cuidadores no âmbito de sua ocupação precisa ser enfrentada como um problema de saúde pública, pois em muitos casos não há reconhecimento e apoio aos cuidadores familiares, tanto por parte do ser cuidado quanto pelo estado, afinal estes precisam de capacitação e suporte para garantir uma assistência holística e integral ao ser cuidado e a si próprio.

SEGUNDO NÚCLEO DA IDEIA CENTRAL: A não aquisição de dificuldades dos cuidadores na assistência ofertada

FIGURA 7 – Representação esquematizada do segundo núcleo da categoria temática III.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

[...] Não, até agora graças a Deus não encontrei não! (RÉGULO).

[...] Não, porque eu acho que já fiz bastante por ele, coisas que não fizeram antes, eu acho que consegui fazer agora. (CANOPUS).

[...] Não, ele é muito tranquilo e atende aos pedidos e chamados na hora que é necessário. (ACHENAR).

[...] Não, por essa facilidade mesmo dele me ajudar, ele também me ajuda, ele sabe andar e resolver as coisas dele dentro de casa é mais pra sair mesmo! (HADAR)

[...] Nenhuma, porque apesar dele não ver, ele é muito esperto, muito inteligente, ele sabe se locomover dentro de casa, quando precisa se locomover para fora, chama a gente em algumas coisas. (PRÓCION).

Haja vista a fala dos entrevistados pode-se perceber que o cuidado com outro reflete como plenitude. Devido a esse fato, os cuidadores adquirem a satisfação plena no cuidar, alegando não apresentar dificuldades ao ofertar a assistência domiciliar.

No que se refere à fé descrita pelos entrevistados por meio de assegurarem que não apresentam dificuldades devido as graças de Deus, faz com que a religiosidade apareça como um fator importante e considerável no desempenho das atividades do cuidador. O cuidador ao depositar sua fé e confiança em Deus, o faz reconhecer que sempre terá o apoio divino durante a missão que está a desempenhar, ocasionando o estímulo de desejo em cuidar e a satisfação em ajudar a quem tanto necessita de seus cuidados.

Duarte (2012) por sua vez, descreve que a necessidade da procura pela espiritualidade dá o sustento ao trabalho e a missão, não permitindo que em meio às dificuldades, o desespero e o fracasso se façam presentes. Assim, afirma-se que a força da espiritualidade gera comunhão, reabastecendo o cuidador de energia para cuidar-se e para cuidar.

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que o outro pode fazer por si, avalia as condições e ajuda o outro a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas, esse autocuidado por parte do ser cuidado proporciona benefícios próprios e auxilia o seu cuidador na promoção da sua saúde, preservando, assegurando e mantendo uma boa qualidade de vida (BRASIL, 2009b).

Neste contexto os homens com necessidades especiais, mesmo demandando ajuda do cuidador podem e devem realizar atividades de autocuidado, sempre que possível. Esta situação é descrita pelos sujeitos desta pesquisa, ao relatarem não apresentarem dificuldades devido à independência e a compreensão desses homens que se encontram sob seus cuidados.

O autocuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si, mas também, aos cuidados que o cuidador deve ter consigo cuja finalidade é de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida do binômio ser cuidado, ser cuidador (BRASIL, 2009b).

Diante do que foi descrito acima, é importante destacar a visão de Araújo, Campelo e Alves (2013), ao descreverem que o autocuidado refere-se às atitudes e comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, visando à promoção de sua saúde, prevenção de agravos e manutenção do seu estilo de vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor, sentimentos esses de fundamental importância na assistência domiciliar aos homens com necessidades especiais, gerando satisfação ao que cuida e quem é cuidado.

CATEGORIA IV: O revelar da satisfação dos cuidadores ao assistir os homens com necessidades especiais

FIGURA 8 – Representação esquematizada da categoria temática IV.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

[...] Ave Maria! É o maior prazer na minha vida, porque ele precisa muito! Ele é uma pessoa que quando eu passei uma semana fora me cuidando, ele toda hora falava: Minha filha não chega, minha filha não chega... [...] Ele não se esquece de mim, porque eu sempre estou aqui no pé dele [risos] (CAPELLA).

[...] Sinto! Porque eu sou a Mãe! (RÉGULO).

[...] Sim! [...] Porque foi assim: Deus disse tá na hora dela ser feliz! Então Deus colocou ele, e isso pra mim é uma missão e eu estou dando conta direitinho dessa missão! (CANOPUS).

[...] Sinto muito satisfeita! Porque ele foi uma pessoa muito sofrida, criado sem pai e sem mãe pelas mãos dos outros, veio ter sossego na vida depois que nós casou, até essa data [risos] (SPICA).

[...] Com certeza! Meu pai é tudo! (RIGEL CENTAURUS).

[...] Sim, muitíssimo satisfeita! Porque é como se diz é retribuindo tudo que ele já fez por mim! [chora emocionada] (ADHARA).

[...] Muito satisfeita! Porque eu tô fazendo o bem pra ele né? Então enquanto eu puder fazer o bem me sinto satisfeita, agora quando eu não puder... aí é um fracasso [risos] (SÍRIUS).

[...] Sim, me sinto muito satisfeita! [...] Porque é como se diz, é um dever cumprido, uma missão cumprida! (DENEBO).

[...] Sinto muito satisfeita! Agradeço a Deus, porque eu não tenho filhos, sou sozinha mais meu velho [...] Eu tenho fé em Deus que eu ei de cuidar dele até o fim da minha vida ou da dele, né? (VEGA).

O cuidado para com o outro é uma construção sociocultural que possui diferentes significados e interpretações de acordo com a vivência do indivíduo que assume o papel de cuidador se adaptando a viver a vida da outra pessoa, assim percebe-se que não só o ser cuidado se torna dependente do cuidador, mas o cuidador estabelece vínculos tão íntimos com o ser cuidado, que cuidar lhe proporciona prazer, bem estar, satisfação e contentamento (VIDIGAL et al, 2014).

Corroborando com o conceito de cuidar, Mayor, Ribeiro e Paúl (2009) descrevem que o cuidar de outra pessoa pode ser sinônimo de grande sobrecarga, porém pode estar relacionado a aspectos positivos, viabilizando vários tipos de satisfação. Esta satisfação deve está atrelada à dinâmica interpessoal, a consecução dos seus esforços, ao sentido do dever cumprido em lidar com uma situação de dependência, para a qual provavelmente não se encontravam.

Os autores supracitados apontam ainda que o modo como o papel de cuidador e suas atribuições é percebido, em termos de satisfação, pode enriquecer a experiência do cuidar e concomitantemente pode constituir-se de um instrumento de utilidade no momento de planejar e operacionalizar intervenções junto à equipe que assiste os cuidadores.

Diante dos depoimentos e das expressões dos sujeitos da pesquisa durante a realização da entrevista, pôde-se perceber que o cuidar dos homens com necessidades especiais pelos cuidadores está na atenção em suprir e ajudar o outro, em retribuir o cuidado ofertado pelos pais, no amor materno incondicional querendo sempre o melhor para os seus e na missão de amar e auxiliar o próximo.

Baseado no que foi discutido acima, embora muitos dos entrevistados tenham afirmado se sentir satisfeitos ao assistirem os homens com necessidades especiais, é importante destacar alguns depoimentos e expressões visualizadas durante a entrevista e registradas no diário de campo da pesquisadora, os quais permitiu observar a satisfação referenciada, mas não sentida, revelada nos depoimentos que seguem:

[...] Sim! Porque tem que fazer minha filha! Porque tem que fazer mesmo tudo pra ele! (ALTAIR).

[...] Sim, porque é meu tio né? [...] Não ia abandonar ele e deixar ele nas mãos de outras pessoas, então foi o jeito eu ficar com ele. (ALBEDARAN).

[...] Sim, porque é meu tio mais... Me sinto não sei o porque, mais eu me sinto [...] (BETELGEUSE).

O cuidado ao indivíduo pode ser considerado como uma ocupação árdua, sendo executado, em alguns momentos como obrigação, o que não representa o real conceito de cuidado, que é atender às necessidades do outro com domínio e satisfação da assistência (ARAÚJO et al, 2012).

Nem sempre o ato de cuidar é assumido por sentimentos de amor e afeto, às vezes, essa escolha se processa na figura de quem é mais próximo ou mesmo quem tem maior disponibilidade de tempo. Sendo assim, se a escolha do cuidador baseou-se em sentimentos de obrigação moral, será necessário um esforço maior de sua parte, na relação com o ser cuidado e na assistência ofertada (VASCONCELOS et al, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Fonte: Internet, 2015.

O presente estudo partiu da problemática de que a população masculina em sua essência e desde os primórdios da humanidade, foi descrito como um ser forte e viril que não necessita buscar assistência à saúde, interferindo diretamente no suprimento de suas necessidades humanas básicas e na sua qualidade de vida. Nessa premissa pressupõe-se que para o homem com necessidades especiais, acompanhado pelo seu cuidador e assistido pela Estratégia Saúde da Família, a procura pelos serviços de saúde torna-se ainda mais difícil, considerando todas as limitações que esse grupo de homens possui, além da dificuldade de acessibilidade, da mobilização, do reconhecimento social e da falta de campanhas de saúde direcionadas ao binômio ser cuidador ser cuidado.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa surgiu à oportunidade de conhecer a realidade de cada cuidador e do ser cuidado, pois as entrevistas foram realizadas nos domicílios, escutando e visualizando as expressões dos cuidadores de homens com necessidades especiais para melhor compreender a assistência ofertada por eles. Durante as entrevistas identificou-se o perfil sociodemográfico dos cuidadores de homens com necessidades especiais no âmbito domiciliar, o atendimento das necessidades humanas básicas desses homens pelos cuidadores, as dificuldades e a busca dos cuidadores pelos serviços de saúde para melhor atender os homens sob seus cuidados, além da satisfação do cuidador no ato de cuidar. Dessa maneira, pode-se afirmar que os objetivos propostos foram alcançados.

Conhecer a percepção do cuidador na assistência aos homens com necessidades especiais é de fundamental importância, uma vez que este cuidador torna-se o instrumento fundamental do cuidar, por passar a maior parte do tempo prestando cuidados, convivendo diariamente, e ser o elo entre as necessidades que o homem possui com a equipe de saúde que os assiste.

Voltando-se para o segmento do cuidador necessitar de um conhecimento aprofundado, a pesquisa revelou que os cuidadores, em muitos casos, não possuem as suas necessidades humanas básicas plenamente atendidas, veiculando a inquietação de que como este cuidador irá reconhecê-las no ser cuidado? Esse questionamento direciona ao pensamento reflexivo de realizar capacitações com esses cuidadores, e a equipe de saúde de suas abrangências fornecerem informações, compartilhando o planejamento da assistência para o atendimento das carências dos homens com necessidades especiais.

Outro achado relevante do estudo é a questão da fé como motivação dos cuidadores no cuidado, bem como a subestimação da atenção primária pela atenção secundária por parte dos cuidadores e a questão do cuidar como obrigação observada ao indagar os cuidadores acerca desses temas, alguns sujeitos alegaram buscar os serviços do hospital como referência para o

auxílio da assistência domiciliar. No que se refere à obrigação, por meio de algumas falas e expressões registradas no diário de campo no momento da entrevista, torna-se perceptível que a função de cuidador foi assumida pelo fato de ser um familiar e o cuidador se ver na obrigação e não no desejo de assumir esse papel. Em relação a fé, a crença no ser superior desenvolve no cuidador a ideia de que não está sozinho e que é de Deus que vem toda sua força para cumprir a missão do cuidar.

É importante destacar a dificuldade encontrada durante a busca de pesquisas na literatura sobre esta temática, a fim de favorecer a construção do presente estudo, revela a escassez de trabalhos científicos direcionados a este público.

Mediante as considerações apresentadas, percebe-se a magnitude desta pesquisa por tratar-se de uma temática pouco discutida na literatura, demonstrando a realidade de um grupo de indivíduos um tanto quanto esquecidos, que são os homens com necessidades especiais e seus cuidadores.

A presente pesquisa além de contribuir para literatura científica também trouxe em seu arcabouço de benefícios: um importante instrumento para o aprimoramento da pesquisadora nesta temática, pois me impulsionou na busca novos conhecimentos e inúmeras descobertas para o início de minha trajetória profissional, bem como permitiu o desenvolvimento do meu pensar crítico acerca do significado do cuidado e a necessidade da capacitação dos cuidadores através da educação em saúde, fundamentando e esclarecendo a prática de Enfermagem, pela descoberta e identificação de caminhos, pois a experiência vivenciada contribuiu para meu crescimento pessoal que se articula com a prática profissional, despertando reflexões sobre o cuidar e suas dimensões.

Não obstante o presente estudo também auxiliará a formação de outros acadêmicos e a qualificação dos profissionais vocacionados na área, contribuindo para criação de novos conhecimentos e de serviços à comunidade na melhoria das condições de vida dos cidadãos com necessidades especiais. Este estudo fornece aos profissionais da atenção primária, informações pertinentes e reais da assistência domiciliar ofertada durante o atendimento as necessidades masculinas, direciona o conhecimento a cerca do perfil sócio demográfico desses usuários, facilitando na elaboração de medidas estratégicas para atendê-los integralmente e garantindo a melhoria da qualidade de vida desses homens e de seus cuidadores.

O olhar dos cuidadores de homens com necessidades especiais acerca da assistência domiciliar torna-se importante ferramenta do cuidar, uma vez que reflete como os cuidadores prestam sua assistência, corroborando diretamente com os serviços de saúde que assistem

esses sujeitos, pois se trata de um instrumento que permite entender as especificidades da assistência domiciliar, além de destacar a importância ao direcionar ações para ampliar o conhecimento desses cuidadores nas técnicas básicas e refletir a respeito da promoção à saúde desses cuidadores, que muitas vezes é deficitária, influenciando na qualidade de vida do ser cuidado e do ser cuidador.

Assim, fica exposta a relevante contribuição desta pesquisa no processo do cuidar, uma vez que o cuidado faz parte do ser humano desde os primórdios como resposta ao atendimento de suas necessidades e o instrumento para realização do cuidado é o processo de cuidar. Dessa maneira, a presente pesquisa colaborou de maneira singular para os cuidadores por permitir expor suas percepções acerca do tema e expressar seus sentimentos frente aos seus valores, suas emoções, medo e angústias ao cuidar do outro. Para o ser cuidado, por ter sido realizada no seu domicílio, permitiu o conhecimento peculiar de cada um, possibilitando a visão clara de suas reais necessidades, constituindo um importante componente para os profissionais que assistem esses homens e seus cuidadores, a fim de ofertar uma assistência holística e integral.

Portanto, quando falamos e paramos para refletir sobre o cuidar nos remete imediatamente a Enfermagem, pois é o enfermeiro que possui em sua formação algo precioso, o cuidado, que deve ser desenvolvido em todos os momentos de sua prática profissional. Neste contexto o presente estudo consta de um aparato de informações para fundamentar sua assistência aos homens com necessidades especiais que estão sob suas áreas de abrangência, bem como para o auxílio e orientação aos seus cuidadores, pois é da responsabilidade do enfermeiro, fundamentar, difundir e articular o conhecimento como ponto de partida para uma reflexão que conduza a compreensão prática de maneira mais integrada e reflexiva.

REFERÊNCIAS



Fonte: Internet, 2015.

ALBANO, B.R.; BASÍLIO, M.C.; NEVES, J.B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem Integrada**, Minas Gerais, v.3, n.2, p. 554 – 563, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/08-desafios-para-inclusao-dos-homens-em-servicos-primarios-de-saude.pdf> Acesso em: 18 de set. 2014.

ARAÚJO, A. S. S.; CAMPELO, L. L.; ALVES, V. G. S. O comportamento dos profissionais de enfermagem em relação ao autocuidado. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v.6, n.4, p.112-123, out./nov./dez. 2013. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/119/pdf_88> Acesso em: 05 jan. 2015.

ARAÚJO, J. S. et al. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, vol.16, n.1, p. 98-105, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/506>> Acesso em: 05 jan. 2015.

ARAÚJO, J. S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, vol.16, n.1, p. 149-158, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a15v16n1.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2014.

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

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORN, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - **Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, Brasília, 2008.

BRACCIALLI, L. M. P., et al. Qualidade de vida e cuidadores e pessoas com deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, São Paulo, v.18, n.1, p. 113-126, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v18n1/a08v18n1.pdf>> Acesso em: 16 set. de 2014.

BRASIL. **Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade física reduzida e dá outras providências. Brasília; 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.htm>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. **Decreto n. 5.296, de 02 de dezembro de 2004.** Regulamenta as leis n° 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília; 2004. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 26 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.944, de 27 de agosto de 2009. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – CONASS, 1ª ed., Vol. 2.** Brasília, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – CONASS, 1ª ed., Vol. 4.** Brasília, 2011b.

_____. **Projeto de lei do senado n° 284, de 26 de maio de 2011.** Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso. Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal. Brasília, 2011c. Disponível em:
<<http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2189> > Acesso em 26 de fev. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Editora do Ministério da Saúde, vol. 1, Brasília, 2012b.

_____. **Resolução n° 466/2012.** Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Educação. **Guia Pronatec de Cursos FIC** -Portaria MEC nº 899, de 20 de setembro de 2013, 3ª Edição, Brasília, 2013.

BUDÓ M. L. D. et al. Concepções de saúde de usuários e profissionais de uma estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v4, n. 2, p.439-449, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10461/pdf>>. Acesso em: 26 de fev. 2015.

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. **In: Anais do II simpósio Gênero e Políticas Públicas**, Londrina, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Fabricio%20Campanucci.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2014.

CAMPOS, C. C., et al. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. **Pacientes com Necessidades Especiais**. 2ª ed., Goiânia, 2009.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/05.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

DUARTE, C. P. P. **Cuidar dos cuidadores o (Des) envolvimento da espiritualidade na prevenção de quadros de stress e Burnout**. 2012. 80f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10437/3445>> Acesso em: 05 jan. 2015.

FERREIRA, J. A. et al. Efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino: fatores influenciadores. **Revista de Enfermagem UFPE On-Line**, Recife, v. 7, n. 2, p. 579-88, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3467/5415>>Acesso em: 16 jun. 2014.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. S.; LEMOS, N. D. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.2, p.398-409, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29800/31682>> Acesso em: 05 jan. 2015.

FIGUEIREDOb, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Curso de Especialização em Saúde da Família – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo, 2012. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

FIGUEIREDOa, T. E. **Cuidador de pessoa idosa: reflexões sobre a responsabilização familiar, os desafios postos às políticas sociais e a regulamentação da profissão**. 2012. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/104252>> Acesso em 16 de ago. de 2014.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. C. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, n.1, p. 935-944, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2014.

FIGUEIREDO E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.3, p. 430-433, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2014.

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

GURGEL, D. A.; OLIVEIRA, F. P. A.; SALLES, H. S. A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n.2, p. 129-143, mar. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/13110/9639>>. Acesso em: 05 jan, 2015.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cartilha do censo 2010: Pessoas com deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília, 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Populacional**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=25&search=paraiba>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v.1, n. 2, p.144-152, mai./ago. 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2400/0>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.; PRÁ, K. R. D. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1048/3234>> Acesso em: 28 mai. 2014.

MANICARDI, L. A **Caridade dá que fazer: redescobrimo a atualidade das Obras de Misericórdia**. Ed. Paulinas. Lisboa, 2010.

MASUCHI, M. H.; ROCHA, E. F. Cuidar de pessoas com deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-97, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/46928/50674>> Acesso em: 28 mai. 2014.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/16.pdf>> Acesso em: 20 set. 2014.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M. de and FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.6, p. 991-999, nov./dez., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016>. Acesso em: 30 mai. 2014.

MAYOR, M. S.; RIBEIRO, O.; PAÚL, C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 5, set./out., 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4047/0>>. Acesso em 05 jan. 2015.

MELO, G. A experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 319-

330, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/art_1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

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

MOZER, I. T. **Análise da implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem em Cuiabá, Mato Grosso**. 2014. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Cuiabá, 2014. Disponível em: <http://www.cpd1.ufmt.br/mestradoenfermagem/painel/teses/isabele_mozier_1398173273.pdf> Acesso em: 16 jun. 2014.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar Ao doente crônico dependente. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 11, n.1, p.129-137, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18869/pdf>> Acesso em: 20 dez. 2014.

OLIVEIRA, M. A. C; NASCIMENTO, D. D. G. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf> Acesso em: 28 set. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**, 6-12 set 1978, Alma-Ata. 2008. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

RESITEC, Empresa. **Plano municipal de gestão integrada de resíduos sólidos (PMGIRS) – Nova Floresta/PB**, Taubaté, São Paulo, Dezembro, 2013. Apostila.

ROCHA, E. A.; CARLOS, L. K.; JÚNIOR, C. A. O. M. A Visão do Cuidador em Relação ao Doente de Alzheimer: Investigação e Análise do Cuidado Prestado. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 1, p. 95-106, 2011. Disponível em:<<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/82/137>>. Acesso em: 06 de nov. 2014.

SANTIAGO, R. F.; LUZ, M.H. B. A. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/511>>. Acesso em: 06 de nov. 2014.

SANTOS, F. A. **Dinâmica da acessibilidade masculina ao programa de saúde da família**. 2010. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual da Bahia, Jequié, 2010. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Fabr%C3%ADcio%20A.%20dos%20Santos.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2014.

SANTOS, L. C. F. et al. Integralidade como princípio norteador da Saúde do Homem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 113-119, jan./mar. 2011.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 108-116, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2014.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do Homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.2, p. 415-428, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a13.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

SILVA, M.E.D.C.; ALVARENGA, W.A.; SILVA, S.S.; BARBOSA, L.D.C.S.; ROCHA, S.S. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, PiauÍ, v.3, n.3, p. 21-25, jul./ago./set. 2010. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3_v3n3.pdf> Acesso em: 20 ago. 2014.

SILVA, C. J. **Qualidade de vida do Cuidador**. 2011. F. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Gerontologia) – Universidade do Extremo Sul catarinense, Criciúma, 2011.

SOUZA, P. T. L. **Desafios ao cuidar: atendimento das necessidades especiais dos pacientes em terapia intensiva**. 2013. 86f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2013.

TRIGUEIRO, L. C. L. et al. Perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.3, p. 223-227, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n3/04.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2014.

VASCONCELOS, E. V. et al. O câncer nas representações sociais de cuidadores: implicações para o cuidado. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.474-484, abr./jun. 2014. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2997/pdf_1301>

Acesso em: 29 jan. 2014.

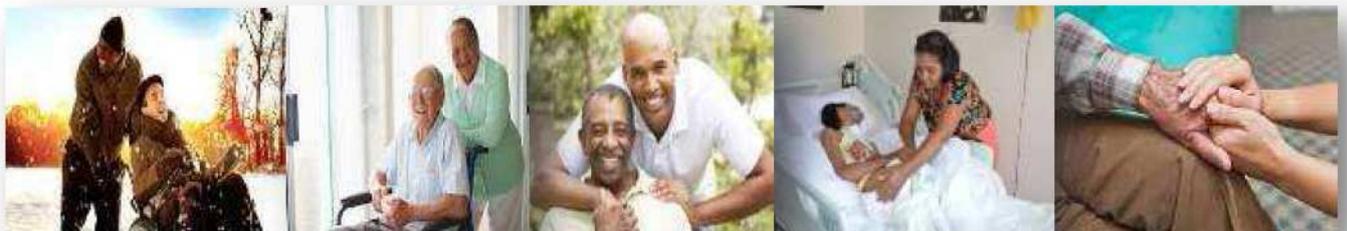
VIDIGAL, F. C. et al. Satisfação em cuidar de idosos com alzheimer: percepções dos cuidadores familiares. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 19, n. 4, p.768-75, out./dez., 2014. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36739/23949>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

YAMASHITA, C. H. et al. Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol.47, n.6, p. 1359-1366, dez. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01359.pdf> Acesso em: 29 dez. 2014.

APÊNDICES



Fonte: Internet, 2015.

APÊNDICE A

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

RELAÇÃO DO QUANTITATIVO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE QUE ESTÃO INSERIDOS	CUIDADORES DE HOMENS COM NECESSIDADES ESPECIAIS
UBSF I	4 CUIDADORES
UBSF II	17 CUIDADORES
UBSF III	3 CUIDADORES
UBSF IV	4 CUIDADORES
TOTAL: 28 SUJEITOS	

* Foi considerado no mínimo um cuidador para cada homem com necessidades especiais, identificados no levantamento prévio.

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

1-CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO	
1.1 Sexo	() Feminino () Masculino
1.2 Faixa Etária	18– 30 () 31 – 40 () 41 – 50 () 51 – 59 () > de 60 ()
1.3 Estado Civil	Solteiro () Casado () Viúvo () Outros ()
1.4 Escolaridade	Ensino Fundam. Completo () Ensino Médio Completo () Ensino Fundam. Incompleto () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto ()
1.5 Disponibilidade de Tempo	Menos de 6 horas () De 6 a 12 horas () 24 horas () Tempo Integral ()
1.6 Profissão	Estudante () Técnico de Enfermagem () ACS () Aposentado (a) () Auxiliar de Enfermagem () Servidor Público () Autônomo () Outros (): _____
1.7 Situação Empregatícia	Com Carteira de Trabalho () Sem Carteira de Trabalho ()
1.8 Ocupação	Cuidador () Outros ()
1.9 Registro no CBO	Sim () Não ()
1.10 Vínculo Familiar/ Afetivo	Filho (a): () Esposo (a): () Irmão (a): () Sobrinho (a): () Tio (a): () Entiado (a): () Outro (): _____

2 - IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Você enquanto cuidador acha que atende à todas as necessidades do homem que você cuida?

2.1.1 Por quê?

2.1.2 Quais são essas necessidades?

2.2 Você encontra dificuldades para cuidar desse homem?

2.2.1 Se sim, quais são essas dificuldades?

2.3 Você precisa buscar/solicitar outros serviços de saúde fora do domicílio?

2.3.1 Se sim, quais são esses serviços?

2.3.2 Para que?

2.4 Você se sente satisfeito(a) quando consegue cuidar desse homem?

2.4.1 Se sim ou se não, por que?

* O termo homem será substituído durante a entrevista pelo vínculo familiar/afetivo descrito pelo sujeito da pesquisa.

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

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

_____,
em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores** terá como objetivo geral: **Avaliar a assistência domiciliar à saúde de homens com necessidades especiais.**

Ao voluntário só caberá a autorização para realizar a entrevista orientada por um roteiro semiestruturado de abordagem direta e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto

científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9624-5958, com Jocelly de Araújo Ferreira junto a CONEP- Plataforma Brasil.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Nova Floresta - PB, _____ de _____ de 2014.

=

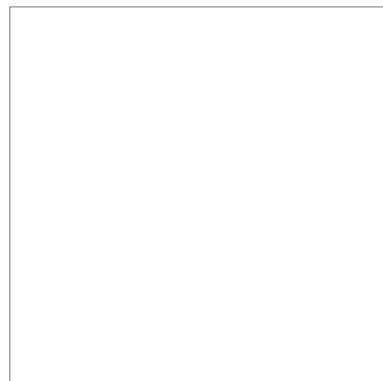
Pesquisador Responsável: _____
 (Jocelly de Araújo Ferreira. Professora Assistente I da UFCG, *Campus* Cuité. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com)

Pesquisador Colaborador: _____
 (Lais Moreira Santos. Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité. Endereço: R. Pedro Gondim, 770, Centro, Nova Floresta/PB, CEP: 58178-000. Telefone: (83) 9654-2921, e-mail: lais.nf@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).



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 cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores” 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 Lais Moreira Santos, a realizar a gravação de 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.

Nova Floresta - PB, _____ de _____ de 2014.

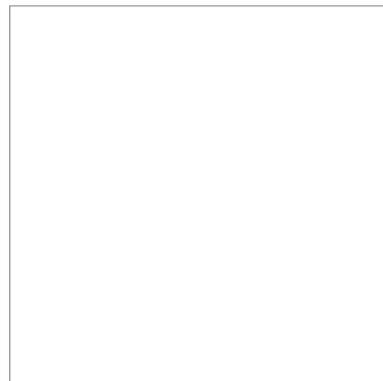
Sujeito da pesquisa: _____

(Assinatura)

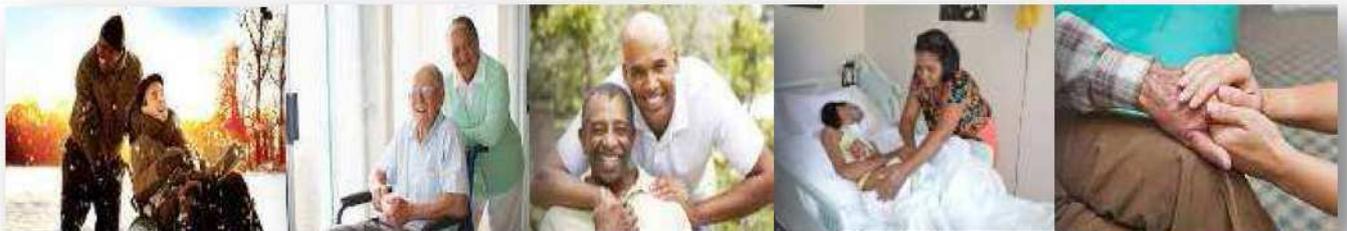
Pesquisador Responsável: _____

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

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



ANEXOS



Fonte: Internet, 2015.

ANEXO A

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

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Ramilton Marinho da Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde (CES) da UFCG, *campus* Cuité/PB

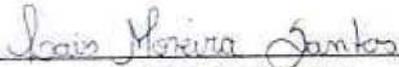
O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o curso de Enfermagem. Neste contexto a graduanda Lais Moreira Santos, matrícula nº 510120178, CPF nº 090.277.664-95, está realizando uma pesquisa intitulada por: “O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores”, necessitando, portanto, colear dados que subsidiem este estudo junto aos Acadêmicos da UAENF, no município de Cuité.

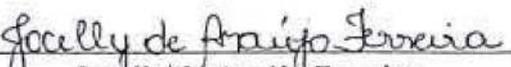
Dessa forma solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para realização da coleta de dados, com a utilização do nome da instituição.

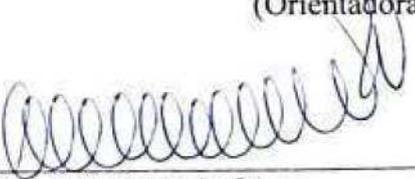
Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos ou artigos científicos.

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

Cuité, 28 de Julho de 2014.


Lais Moreira Santos
(Orientanda - Pesquisadora)


Jocelly de Araújo Ferreira
(Orientadora – Pesquisadora)


Ramilton Marinho da Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde – Cuité /PB



Diretor do CES
Mat. SIAPE 337298

ANEXO B



Prefeitura Municipal de Nova Floresta, estado da Paraíba- PB
Secretaria Municipal de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que darei acesso à realização da pesquisa: **“O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores”**, nas Estratégias Saúde da Família do município. A pesquisa está sendo realizada sob a responsabilidade da **Profª MSc. Jocelly de Araújo Ferreira**, juntamente com a aluna **Lais Moreira Santos**, acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem/UFCEG, *campus* Cuité/PB e será realizada através de uma abordagem qualitativa dos dados que serão coletados no domicílio a partir do relato dos cuidadores de homens com necessidades especiais assistidos pelas quatro Estratégias Saúde da Família do município.

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 sujeitos 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.


Solange Medeiros de Azevedo
SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLANGE MEDEIROS DE AZEVEDO
Secretária de Saúde, do Município de Nova Floresta/PB

ANEXO C

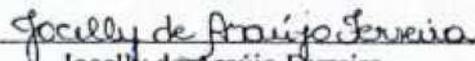
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

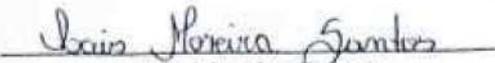
TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autora e orientanda da pesquisa intitulada de “O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores” 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 presenta 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 Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro) 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/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 28 de Julho de 2014.


Jocelly de Araújo Ferreira
Autora da Pesquisa


Lais Moreira Santos
Orientanda

ANEXO D



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

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

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, 28 de Julho de 2014.


Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora

ANEXO E

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doraciça Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (19)

Número do CAAE Plataforma Brasil: 36063214.6.0000.5187

Título: O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores.

Pesquisador/Orientador(a): JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA

Orientando(a): Laís Moreira Santos.

Data da 1ª relatoria: 12 de setembro de 2014

Situação do parecer: Aprovado

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa intitulado “O cuidar de homens com necessidades especiais: a visão dos cuidadores”, com fim específico de construção do Trabalho de Conclusão de Curso e obtenção do Grau de Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, se apresenta quanto proposta exequível, cujo objetivo geral se firma em “*Avaliar a assistência domiciliar à saúde de homens com necessidades especiais.*”. Por outra parte, vislumbram a pesquisadora e a orientada, dentre outros destaques, nos termos de objetivos específicos, “Investigar se as necessidades humanas básicas de homens com necessidades especiais, estão sendo atendidas à domicílio”; “Identificar as dificuldades que os cuidadores apresentam para fornecer assistência domiciliar, aos homens com necessidades especiais”; “Verificar as demandas para a Atenção Primária no atendimento domiciliar aos homens com necessidades especiais” e, “Revelar à satisfação dos cuidadores ao assistir os homens com as necessidades especiais, em seu domicílio”. Destarte, por tratar-se de uma pesquisa que envolverá dados pessoais, pessoais, é oportuno destacar-se a necessidade de preservação das identidades dessas pessoas pesquisadas nos liames do Termo de Anuência Institucional cabível.

Nesse sentido, busca a orientanda pesquisadora, ao justificar o presente estudo, considerar que “(...)”. Para a abordagem da presente temática, deve-se entender que o grupo de pessoas com necessidades especiais é bastante heterogêneo e as variadas condições de saúde dessa população demandam

intervenções que se situam nos limites entre as áreas da saúde e da educação. Dentre este grupo de pessoas encontram-se a figura masculina, que por sua vez representa o grupo mais vulnerável às doenças, sobretudo quando se trata das enfermidades graves, crônicas e decorrentes de causas externas, integrando os maiores índices de mortalidade, devido sua resistência à procura pelos serviços de saúde.

No que se refere aos homens com necessidades especiais, estes por sua vez necessitam de uma atenção específica considerando a sua própria condição de vida, vinculado as suas limitações e ao papel que assume perante a sociedade, como cidadão. Este grupo de homens devido ao fato de ser acometido por doenças e agravos comuns e por vezes inauditos aos demais homens, os tornam mais vulneráveis a complicações, fazendo com que os mesmos, necessitem de assistência e de outros serviços mais especializados, ultrapassando os limites de seu cuidador, recorrendo assim as Estratégias Saúde da Família (ESFs), os níveis secundários e terciários de saúde, bem como os núcleos de apoio quando disponíveis e acessíveis9(...)."

Estabelecem os pesquisadores, como percurso metodológico, tratar-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, amostra intencional e realizar-se-á com os cuidadores de homens com necessidades especiais do município de Nova Floresta-Paraíba. Como instrumento para coleta de dados, utilizar-se-á a entrevista de abordagem direta, dirigida por um roteiro semiestruturado. Do ponto de vista ético, a pesquisa obedecerá os critérios estabelecidos pela Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa: *Avaliar a assistência domiciliar a saúde de homens com necessidades especiais.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios: O presente estudo importa baixo risco, uma vez que pode ocorrer constrangimento ao fornecer informações pessoais. Entretanto, contribuirá para que os cuidadores assistidos pelas estratégias de saúde da família possam aperfeiçoar a assistência prestada aos homens com necessidades especiais. Ao tratar-se dos profissionais da atenção primária, com este estudo, os mesmos identificarão as verdadeiras necessidades masculinas, as propostas assistenciais disponíveis a eles e detendo o conhecimento a cerca do perfil sócio demográfico desses usuários, facilitará na elaboração de medidas estratégicas para atendê-los integralmente. Esta pesquisa também contribuirá para o desenvolvimento da Enfermagem em relação a esta temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa a nível de graduação, estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de Profissionais em Enfermagem, e áreas afins.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os pesquisadores apresentaram, dentro da conformidade e quanto requisito da Resolução de n. 466 do CNS, os seguintes documentos: 1. Folha de Rosto; 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 3. Termo de Autorização para Gravação de Voz; 4. Termo de Autorização Institucional; 5. Carta de Anuência; 6. Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa; 7. Termo de Compromisso do Responsável pelo Projeto.

Recomendações: Estando o presente Projeto de Pesquisa com fim destinado para Trabalho de Conclusão de Curso concorde recomendações e Protocolo do CEP UEPB, bem como conforme a Resolução de n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram atendidas toas as exigências, não necessitando de recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP. Pelo exposto, sou pela APROVAÇÃO do Projeto de Pesquisa. Salvo melhor juízo.

Situação do parecer: Aprovado

Relator: 19

Campina Grande, 12 de setembro de 2014.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-RETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doraciela Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa