

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Pós-Graduação em Enfermagem

Jocelly de Araújo Ferreira

**CUIDADO DOMICILIAR AO HOMEM NA PERSPECTIVA DO
ATENDIMENTO ÀS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE**

BELO HORIZONTE

2018

Jocelly de Araújo Ferreira

**CUIDADO DOMICILIAR AO HOMEM NA PERSPECTIVA DO
ATENDIMENTO ÀS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Enfermagem

Orientadoras: Prof.^a Dra. Rita de Cássia Marques e Roseni Rosângela de Sena (*in memoriam*)

BELO HORIZONTE

2018

Ferreira, Jocelly de Araújo.
F383a Cuidado domiciliar ao homem na perspectiva do atendimento às suas necessidades de saúde [manuscrito] / Jocelly de Araújo Ferreira. -- Belo Horizonte: 2018.
256f.: il.
Orientador: Rita de Cássia Marques; Roseni Rosângela de Sena (in memoriam).
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde do Homem. 2. Assistência Domiciliar. 3. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Marques, Rita de Cássia. II. Sena, Roseni Rosângela de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.
NLM: WA 306

Bibliotecária Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6/999

JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA

**CUIDADO DOMICILIAR AO HOMEM NA PERSPECTIVA DO
ATENDIMENTO ÀS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE**

BANCA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO

Prof^ª. Dra. Rita de Cássia Marques
Orientadora
Escola de Enfermagem - UFMG

Prof^ª. Dra. Elysângela Dittz Duarte
Avaliadora Interna
Escola de Enfermagem – UFMG

Prof^ª. Dra. Kênia Lara Silva
Avaliadora Interna
Escola de Enfermagem – UFMG

Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento
Avaliador Externo
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - UFMG

Prof^ª. Dra. Wilma Dias de Fontes
Avaliadora Externa
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

DATA DE APROVAÇÃO: 15/06/2018

BELO HORIZONTE
2018

A Deus e à espiritualidade que assegurou o meu projeto reencarnatório, apoiando diuturnamente na construção da minha história de vida, inspirando-me mesmo nos momentos adversos de dor, cansaço e desesperança.

À minha família, pois é onde tudo começa e tudo se finda. Especialmente, às duas mulheres da minha vida, minha mãe Fátima, origem de minha existência e minha irmã Jacielly, motivação da minha permanência e persistência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, à Nossa Senhora e à Espiritualidade que, com seu amor dentro de nós, faz com que somemos os nossos esforços de maneira repetida, todos os dias, e com êxito logremos os nossos objetivos. “A Fé é a certeza das coisas que se esperam, e a prova das coisas que não se veem” (Hebreus 11:1).

À minha família, particularmente à minha mãe Fátima, à minha tia Severina das Mercês, à minha irmã Jacielly e ao meu noivo Antônio, por acreditarem, apoiarem e fazerem de tudo para que meus sonhos e metas fossem conquistados. Também agradeço ao meu irmão Jonas, por mostrar que, mesmo nas adversidades impostas pela vida, eu consigo me superar e seguir.

Àqueles que sabem que são meus amigos, seja na Federação Espírita Paraibana, seja do ambiente de trabalho ou do convívio social. Especialmente, agradeço às amigas/irmãs Egillane e Francis, por estarem ao meu lado, por entenderem a minha ausência física e por fazerem parte da minha família, que tanto contribui para meu crescimento intelectual, material e espiritual.

À minha primeira e eterna orientadora Roseni Sena (*in memoriam*), por fazer da minha chegada a Belo Horizonte um momento de aprendizado, mesmo que em situações desfavoráveis, pelo exemplo de competência, esforço e dedicação. À minha segunda orientadora Rita de Cássia que, com sua estonteante generosidade, me assumiu integralmente na construção desta tese, transformando uma realidade amedrontada, pelo abandono inevitável, numa experiência doce, de sucesso e eternizável.

À família DINTER que, diante das batalhas, distâncias familiares, choros, desesperos, mas alegrias e sorrisos, construiu essa bela história que é o doutorado.

Aos amigos do NUPEP, pelo compartilhamento de conhecimentos e experiências científicas e de vida. Todo esse compartilhar coletivo foi oportuno para o desenvolvimento da minha tese. Vocês ficarão eternizados na minha memória. Destaco o vínculo afetivo edificado com Bruna, João, Francisca, Alexandre, Kátia, Stephanie, Bárbara, Fernanda, Rafaela e Yara.

Aos meus queridos alunos, em especial aos meus pupilos, que sempre me instigam a jamais estagnar os estudos e o conhecimento.

Aos meus colegas e amigos da vivência do trabalho, especialmente Magaly e Luana, por lutarem comigo por uma educação digna e de qualidade à sociedade.

Aos professores da banca de qualificação e defesa, Adriano Roberto, Elysângela Dittz, Kênia Lara e Wilma Dias, por disporem de seu tempo e conhecimento no aprimorar deste estudo.

Aos participantes deste estudo, os homens, por se tornarem essenciais na minha vida, por me ensinarem diariamente o que é, e como é ser homem. “Da maciez de uma esponja molhada até à dureza de uma pedra-pomes, existem infinitas nuances. Eis o homem” (Honoré de Balzac - escritor francês). Aos cuidadores, os homens em seu ofício contra-hegemônico e as mulheres no seu dever hegemônico, que é o cuidar. “O amor gera o cuidado; O cuidado alimenta e prospera o amor”.

Às técnicas de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogo, nutricionista, médico e enfermeiro do serviço de atenção domiciliar (Hospital Residencial), em particular, Jéssica, Kaliane, Fernanda, Rafaela, Rossana, Niedja, Danilo e Helton, por cuidarem conjuntamente, com minha mãe, da minha irmã Jacielly, quando eu estava ausente.

Por fim, e não menos enaltecidos, a todos que me ajudaram e me apoiaram de formas tão singulares. A minha gratidão!

*[...] Muito obrigado e felicidades pra você. Eu tô vendo que
você tá estudando há 12 anos na área médica, é sinal que quer
fazer um ótimo trabalho e já tá fazendo [...]
Essa gravação aqui é uma continuação da minha vida. Você tem
que botar essas coisas na tese, que é tão importante o apoio da
família na continuação da vida da gente [...]
Sem o apoio é impossível continuar vivendo só. Só é impossível!
[...]*

(Antônio, protagonista desse estudo)

RESUMO

O presente estudo parte da premissa de que os homens em situação de vulnerabilidade são evocados na concepção social como dominadores e inabaláveis, além de serem tratados a partir de uma visão biomédica mecanicista, centrada na doença, e nas limitações e incapacidades desses mesmos homens. Por isso, esta pesquisa firmou seus princípios numa perspectiva integral de gênero, ou seja, sob a ótica das masculinidades. Objetiva-se com este estudo, a partir de uma análise dos homens assistidos pela atenção domiciliar: conhecer as necessidades de saúde; investigar as práticas de cuidado prestadas; e compreender as masculinidades apresentadas pelos homens inseridos nesse contexto. Para delineamento coerente do percurso teórico-metodológico desta pesquisa, o trabalho utiliza-se da abordagem qualitativa, fundamentada no referencial epistemológico das *Necessidades*, de Agnes Heller (1986), e *Necessidades de saúde*, de Matsumoto (1999). A análise partiu de um estudo realizado com os homens assistidos pelo Serviço de atendimento domiciliar do município de João Pessoa-Paraíba, bem como os seus cuidadores. Os instrumentos adotados para a produção do material empírico foram: a entrevista aberta, a observação e o diário de campo. A fim de analisar os dados empíricos, foi utilizado o referencial metodológico da Análise Crítica do Discurso, tendo como base conceitual o modelo tridimensional de Norman Fairclough. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, para análise e parecer, de acordo com o estabelecido pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sob o nº 1.829.326. Com a análise crítica dos dados empíricos, os resultados estão organizados em quatro capítulos. O primeiro capítulo traz a categorização dos atores sociais desse estudo, mostrando a partir de características sociodemográficas, de saúde e do cuidar a prevalência de homens com problemas de saúde oriundos de causas externas: adultos jovens, solteiros, com baixa escolaridade, pardos, evangélicos e com baixa renda familiar; enquanto que os cuidadores, quase que em sua totalidade do sexo feminino: mães, com melhor escolaridade quando comparadas aos homens, pardas, católicas e dedicando-se integralmente ao cuidado dos homens. O segundo capítulo analisa as ideologias e contradições presentes na construção da identidade do *ethos* masculino e as consequências para as necessidades de saúde dos homens, percebendo-se neste capítulo que a maior parte dos homens apresentava um *ethos* com características ainda hegemônicas, enquanto outra parte deles apresentava características de um novo *ethos*, condicionado pela diferenciação que eles vivenciam em decorrência das suas condições de saúde. O terceiro capítulo investiga como as necessidades de saúde dos homens assistidos pela atenção domiciliar persistiam em um modelo biologista hegemônico, mas, devido à diferenciação com que eles se apresentavam, é possível identificar necessidades de saúde consideradas contra-hegemônicas em relação à masculinidade dominante, tais como: gregária; ter vínculo profissional ou com a equipe de saúde; ser acolhido e ter vínculo com o cuidador; religiosidade; acesso aos serviços e tecnologias de saúde; insumos; lazer; tecnologia digital; socialização, acessibilidade e inclusão. O quarto capítulo discorre sobre as concepções reproduzidas ou representadas do cuidado, de acordo com o *ethos* masculino, firmando um cuidado: feminino e maternal; profissional; fragmentado; por vezes transferido; reproduzido; responsável; corresponsável; com envolvimento afetivo; e enquanto trabalho. Sendo assim, este estudo compreendeu que a construção social das masculinidades gera obstáculos para o reconhecimento das necessidades de saúde do homem assistido no domicílio, e que as suas singularidades precisam ser reconhecidas para contribuir com uma assistência à saúde mais integral e equânime.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem. Assistência Domiciliar. Serviços de Assistência Domiciliar. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

The present study starts from the premise that men in situations of vulnerability are evoked in the social conception as domineering and unshakable, besides being treated in mechanistic biomedical vision, centered in the disease, and in the limitations and incapacities of these same men. Therefore, this research established its principles in an integral gender perspective, that is, from the point of view of masculinities. The objective of this study is to analyze the men assisted by home care: to know health needs; investigate the care practices provided; and understand the masculinities presented by men inserted in this context. For a coherent delineation of the theoretical-methodological path of this research, the work is based on the qualitative approach, based on Agnes Heller's epistemological framework of *Necessidades* (1986) and *Necessidades de saúde* (1999), by Matsumoto. The analysis was based on a study carried out with the men assisted by the Home Care Service of the city of João Pessoa-Paraíba, as well as their caregivers. The instruments adopted for the production of the empirical material were: the open interview, the observation and the field diary. In order to analyze the empirical data, the methodological reference of the Critical Discourse Analysis was used, having as conceptual base the three-dimensional model of Norman Fairclough. This study was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais for analysis and opinion, in accordance with Resolution 466/12 of the National Health Council, under No. 1,829,326. With the critical analysis of the empirical data, the results are divided into four chapters. The first chapter presents the categorization of the social actors of this study, showing the socio-demographic, health and care characteristics of men with health problems from external causes: young adults, single, low schooling, of brown ethnicity, evangelicals and with low family income; while the caregivers, almost all of them female: mothers, with better education when compared to the men, of brown ethnicity, Catholics and dedicating themselves fully to the care of men. The second chapter analyzes the ideologies and contradictions present in the construction of the identity of the male *ethos* and the consequences for the health needs of the men. It is observed in this chapter that most men presented an *ethos* with characteristics still hegemonic, while another part of them presented characteristics of a new *ethos*, conditioned by the differentiation that they experience as a result of their health conditions. The third chapter investigates how the health needs of men assisted by home care persisted in a hegemonic biologist model, but, due to their differentiation, it is possible to identify health needs considered to be counterhegemonic in relation to dominant masculinity, such as: gregarious; have a professional relationship or with the health team; be welcomed and bonded with the caregiver; religiosity; access to health services and technologies; inputs; recreation; digital technology; socialization; accessibility and inclusion. The fourth chapter deals with the reproduced or represented conceptions of care, according to the masculine *ethos*, establishing a care: feminine and maternal; professional; fragmented; sometimes transferred; reproduced; responsible; co-responsible with affective involvement; and while working. Thus, it is understood that the social construction of masculinities creates obstacles for the recognition of the health needs of the man assisted at home, and that their singularities need to be recognized to contribute to a more integral and equitable health care.

KEY-WORDS: Men's Health. Home Assistance. Home Assistance Services. Determination of Health Care Needs.

RESUMEN

El presente estudio parte de la premisa de que los hombres en situación de vulnerabilidad son evocados en la concepción social como dominadores e inquebrantables, además de ser tratados a partir de una visión biomédica mecanicista, centrada en la enfermedad, y en las limitaciones e incapacidades de esos mismos hombres. Por eso, esta investigación ha firmado sus principios en una perspectiva integral de género, es decir, bajo la óptica de las masculinidades. Se objetiva con este estudio, a partir de un análisis de los hombres asistidos por la atención domiciliar: conocer las necesidades de salud; investigar las prácticas de cuidado prestadas; y comprender las masculinidades presentadas por los hombres insertados en ese contexto. Para el delineamiento coherente del camino teórico-metodológico de esta investigación, el trabajo se utiliza del abordaje cualitativo, fundamentado en el referencial epistemológico de las Necesidades, de Agnes Heller (1986), y Necesidades de salud, de Matsumoto (1999). El análisis partió de un estudio realizado con los hombres asistidos por el Servicio de atención domiciliar del municipio de João Pessoa-Paraíba, así como sus cuidadores. Los instrumentos adoptados para la producción del material empírico fueron: la entrevista abierta, la observación y el diario de campo. A fin de analizar los datos empíricos, se utilizó el referencial metodológico del Análisis Crítico del Discurso, teniendo como base conceptual el modelo tridimensional de Norman Fairclough. Este estudio fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais, para análisis y opinión, de acuerdo con lo establecido por la Resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud, bajo el nº 1.829.326. Con el análisis crítico de los datos empíricos, los resultados se dividen en cuatro capítulos. El primer capítulo trae la categorización de los actores sociales de ese estudio, mostrando a partir de características sociodemográficas, de salud y de cuidar la prevalencia de hombres con problemas de salud oriundos de causas externas: adultos jóvenes, solteros, con baja escolaridad, pardos, evangélicos y adultos con baja renta familiar; mientras que los cuidadores, casi en su totalidad del sexo femenino: madres, con mejor escolaridad cuando comparadas a los hombres, pardas, católicas y dedicándose íntegramente al cuidado de los hombres. El segundo capítulo analiza las ideologías y contradicciones presentes en la construcción de la identidad del *ethos* masculino y las consecuencias para las necesidades de salud de los hombres, se percibe en este capítulo que la mayor parte de los hombres presentaba un *ethos* con características aún hegemónicas, mientras que otra parte de ellos presentaba características de un nuevo *ethos*, condicionado por la diferenciación que ellos vivencian como consecuencia de sus condiciones de salud. El tercer capítulo investiga cómo las necesidades de salud de los hombres asistidos por la atención domiciliar persistieron en un modelo biologista hegemónico, pero debido a la diferenciación con que se presentaban, es posible identificar necesidades de salud consideradas contrahegemónicas en relación a la masculinidad dominante, tales como: gregaria; tener vínculo profesional o con el equipo de salud; ser acogido y tener vínculo con el cuidador; la religiosidad; acceso a los servicios y tecnologías de la salud; insumos; ocio; tecnología digital; socialización, accesibilidad e inclusión. El cuarto capítulo discurre sobre las concepciones reproducidas o representadas del cuidado, de acuerdo con el *ethos* masculino, firmando un cuidado: femenino y maternal; profesional; fragmentada; a veces transferido; reproducido; responsable; corresponsable; con implicación afectiva; y mientras trabajo. Por lo tanto, el estudio comprendió que la construcción social de las masculinidades genera obstáculos para el reconocimiento de las necesidades de salud del hombre asistido en domicilio, y que sus singularidades necesitan ser reconocidas para contribuir con una asistencia a la salud más integral y equitativa.

PALABRAS CLAVE: Salud del Hombre. Asistencia Domiciliaria. Servicios de Asistencia Domiciliaria. Determinación de necesidades de atención de salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa do município de João Pessoa (via satélite).	69
Figura 2 - Mapa dos distritos sanitários de João Pessoa.	70
Figura 3 - Fluxograma de atendimento do SAD em João Pessoa.	72
Figura 4 - Modelo tridimensional do discurso.	84

Lista de Quadros

Quadro 1 - Principais regulamentações referentes a atenção domiciliar no Brasil, de 1990 a 2016.	56
Quadro 2 - Descrição dos profissionais que integram as EMAD e EMAP da Atenção Domiciliar.	60
Quadro 3 - Distribuição absoluta da população e amostra da pesquisa, conforme as Equipes Multiprofissionais da Atenção Domiciliar. João Pessoa, Jan./Fev. de 2017.	74
Quadro 4 - Distribuição do tempo de gravação das entrevistas, por participante e EMAD. ..	77
Quadro 5 - Codificação adotada para transcrição das entrevistas.	78
Quadro 6 - Distribuição do tempo de observação dos participantes, por EMAD.	81
Quadro 7 - Distribuição dos codinomes, por década, dos participantes homens.	85
Quadro 8 - Distribuição dos codinomes, por década, dos participantes cuidadores.	85
Quadro 9 - Elementos textuais, discursivos e sociais que emergiram durante a análise dos dados empíricos.	87
Quadro 10 - Distribuição absoluta das características sociodemográficas e de saúde dos homens participantes da pesquisa. João Pessoa, Jan./Fev. de 2017.	91
Quadro 11 - Distribuição absoluta da classificação da Atenção Domiciliar dos homens participantes da pesquisa, conforme as EMAD. João Pessoa, Jan./Fev. de 2017.	98
Quadro 12 - Distribuição absoluta das características sociodemográficas e do cuidar dos cuidadores participantes da pesquisa. João Pessoa, Jan./Fev. de 2017.	99

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD	Análise Crítica do Discurso
AD	Atenção Domiciliar
ADT-Aids	Projeto de Atenção Domiciliar Terapêutico para Aids
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVD	Atividades da Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DINTER	Programa de Pós-graduação Interinstitucional em Enfermagem
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMAD	Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EROS	Estudos e Intervenções em DST e AIDS
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LACEN	Laboratório Central
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LPP	Lesão por Pressão
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NO	Nota de Observação
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem
PC	Paralisia Cerebral
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
QV	Qualidade de Vida
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SNE	Sonda Nasoentérica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda Vesical de Demora
TRM	Trauma Raquimedular
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	20
1.1 Objetivos.....	27
<i>1.1.1 Objetivo geral.....</i>	<i>27</i>
<i>1.1.2 Objetivos específicos</i>	<i>27</i>
CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL.....	28
2.1 Contextualizando necessidades de saúde: uma realidade peculiar.....	29
2.2 A construção social do masculino e suas implicações para a saúde: uma perspectiva de gênero.....	38
2.3 Atenção Domiciliar: avanços e desafios na busca da assistência humanizada e de qualidade	52
CAPÍTULO 3 - DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS	65
3.1 Referencial teórico-metodológico e abordagem da pesquisa.....	66
3.2 Cenário da Pesquisa	68
3.3 Participantes da Pesquisa	72
3.4 Produção do material empírico: a inserção no domicílio	75
3.5 Análise do material empírico.....	82
3.6 Aspectos Éticos.....	88
CAPÍTULO 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	90
CAPÍTULO 5 - IDEOLOGIAS E CONTRADIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO <i>ETHOS</i> MASCULINO	106
CAPÍTULO 6 - NECESSIDADES DE SAÚDE DOS HOMENS EM ATENÇÃO DOMICILIAR	132
6.1 Necessidades de saúde masculina: a persistência do modelo biologista hegemônico	134
6.2 Necessidades de saúde masculina: o advento da contra-hegemonia.....	149
CAPÍTULO 7 - OS DIFERENTES CONTEXTOS NA CONCEPÇÃO DO CUIDAR: A REPRESENTAÇÃO E A REPRODUÇÃO NAS PRÁTICAS.....	175
CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	198

REFERÊNCIAS	203
APÊNDICES	229
ANEXOS	241

APRESENTAÇÃO

O significado que as letras conferem à escrita de uma pesquisa é uma das formas mais sólidas de apresentar a construção de uma vida acadêmica, profissional e, principalmente, pessoal de um pesquisador. Assim, descrevo como o objeto desta pesquisa nasceu para mim.

À época de minha graduação em Enfermagem, no ano de 1999, conhecia pouco do que se passava no universo masculino, a não ser pela convivência com meu pai e irmão, que demonstravam uma resistência machista superior à capacidade de se cuidarem e de cuidarem da própria saúde. Em meados de 2002, ingressei em dois projetos de extensão universitária – Estudos e intervenções em DST e AIDS (EROS) e Educação popular e a atenção à saúde da família, na comunidade Maria de Nazaré, em João Pessoa, na Paraíba – que me alertaram muito para a percepção de vulnerabilidade em que os homens viviam quando estavam suscetíveis às situações de exposição às doenças sexualmente transmissíveis. Essa vulnerabilidade está vinculada à falta de prevenção, além da violência social e do uso de drogas por parte da população jovem que eu assistia durante as minhas visitas domiciliares no projeto de extensão universitária de Educação popular e a atenção à saúde da família.

Ao concluir o meu curso de graduação em Enfermagem, me inseri no mercado de trabalho como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, em 2004, no município de Diamante, cidade com seis mil habitantes, no interior do estado da Paraíba. Foi lá que aprendi e convivi com a realidade da população local, com iniquidades sociais e, assim, pude perceber que a realidade que observava na extensão universitária quanto aos homens, também se fazia presente nesse município. Inquietava-me com a situação e comecei a participar de um grupo de pesquisa sobre gênero e masculinidade, no ano de 2008, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Foi nesse grupo que aprimorei meu conhecimento sobre a saúde masculina e comecei a pesquisar sobre a temática por meio de publicações e resultados de pesquisas.

Posteriormente, trilhei outros caminhos, inserindo-me em 2010 no mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que me oportunizou, junto ao grupo de estudo *Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em saúde mental e saúde coletiva*, pesquisar mais sobre o universo masculino. Neste grupo, realizei minha dissertação de mestrado intitulada *Comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino: um estudo representacional*. Paralelamente a essa atividade, exercia a Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva Geral e Cardiológica, nos Serviços de Urgência Hospitalar Clínica e Traumatológica e nos Serviços de Urgência móvel.

Durante este período, em minha vida profissional, percebi que os homens ali estavam ora sendo atendidos por um agravo clínico não diagnosticado precocemente, ora sendo atendidos em consequência às situações de trauma, violência, acidentes de trânsito, uso abusivo de álcool e de outras drogas lícitas e ilícitas. Todo esse contexto me fazia enxergar que essa população precisava e precisa de atenção, de consideração e de cuidados. O ser masculino, agredido por seu modo de perceber a vida e diante de seu contexto socio-histórico e cultural, deixava de possuir saúde para dar espaço às doenças crônicas ou às sequelas mutilantes e desafiadoras, que exigiam o cuidado para além do hospital, ou seja, no domicílio.

Essa realidade não era distante do meu contexto pessoal e domiciliar, não ligado ao masculino, mas a um ente familiar bastante amado, que me ensinou a perceber a efetividade e a magnitude do cuidado no domicílio. E foi simultâneo a todo esse processo de experiência que ingressei, em 2011, como docente na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), onde passei a lecionar disciplinas como *Enfermagem na Saúde do Homem* e *Enfermagem em Cuidados Críticos e Terapia Intensiva*, além de também me tornar coordenadora do projeto de extensão *Qualidade de vida na saúde do homem trabalhador*, com o qual buscava resposta para minha inquietação quanto a conhecer mais sobre a temática em foco e que agora acaba por me instigar a pesquisar sobre ela.

Nesta época em que o interesse por conhecer mais sobre a atenção domiciliar e a saúde do homem se fazia presente, foquei na perspectiva de pesquisar esta temática no doutorado, que, oportunamente, surgiu a partir da aprovação na seleção do Programa de Pós-Graduação Interinstitucional em Enfermagem (DINTER UFMG-UFCG). Após seleção e aprovação, iniciado em 2015, o doutorado tem me acrescentado bastante à vida profissional e acadêmica, por meio de compartilhamento do conhecimento, de maneira a constituir o conjunto de ferramentas necessárias à lapidação do projeto desta tese.

A organização desta pesquisa, com a temática da atenção domiciliar e saúde do homem, foi, a princípio, desafiadora. Entendia a necessidade de mudanças nas práticas de saúde hegemônicas sustentadas no âmbito curativo e biológico, para a abordagem sobre o homem com necessidades de saúde e determinante social do processo saúde-doença. Mas, ao mesmo tempo, reforça as marcas de uma formação cartesiana e biomédica, de olhar distante e de pouca interação para com esses sujeitos em seu contexto de vida, quando experienciam em seu domicílio, na condição de um ser doente e vulnerável, condição adversa à população masculina.

A vivência e a experiência durante a coleta do material empírico para compor os resultados da tese me engrandeceram muito, ao me colocarem de frente com realidades provenientes de diferentes contextos sociais, e o quanto isso influencia e repercute no modo de

levar a vida de cada ser humano. Investigar, e, posteriormente, analisar as necessidades de saúde de homens em atenção domiciliar, trouxe, em seu arcabouço, discussões conflitantes e instigadoras que corroboraram uma visão para além da reprodução do que se visualizava, mas que permitiam a inquietação para transformações ideológicas que pudessem sustentar mudanças em padrões de saúde hegemônicos.

O universo masculino foi construído socialmente e culturalmente por práticas genéricas que expressam padrões aceitos para a sua posição dominante, exemplar e autossuficiente. Contudo, os homens que se encontram em regime de atenção domiciliar têm, em muito, convivido com padrões ideológicos não hegemônicos, por se depararem com limitações físicas, psíquicas e sociais, às quais não estavam preparados para experimentá-las, tendo que transpor todas as repercussões que essa condição lhes oferece.

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO



Para discutir a saúde do homem, é necessário considerar a categoria de gênero, que está diretamente relacionada com o exercício de poder nas relações entre os homens e as mulheres. O gênero é uma categoria analítica e histórica. Será analítica quando em apreciação sexista, ou seja, quando envolve as características particulares e relacionais do masculino e do feminino. E será histórica quando os aspectos sociais e culturais do masculino e feminino são considerados (SAFFIOTI, 2004). O gênero também pode advir da ideia de que o sexo é uma base – natural, biológica, invariável – sobre a qual as culturas constroem, por intermédio da socialização, concepções diferenciadas entre ser homem e ser mulher, isto é, atributos específicos de gênero (CARVALHO, 2011).

No século passado, foram observadas várias mudanças de natureza política, social, econômica, cultural, religiosa, sexual e pessoal, as quais desencadearam rompimentos de paradigmas e a redefinição de conceitos e atitudes. Entre essas mudanças, destaca-se o Movimento Feminista que objetivou e objetiva: alcançar explicação para a origem da opressão feminina, buscar uma identidade universal de ser mulher, ressignificar as concepções e reivindicar mudanças efetivas acerca dos espaços da mulher no contexto existente (COSTA, 2005). O movimento feminista ressaltou a desigualdade entre os sexos, ao perceber que em meio ao avanço e conquistas femininas, o mesmo não acontecia ao universo masculino. Os homens permaneciam em uma inércia ancorada no contexto de dominação, vinculado ao modelo hegemônico de masculinidade (MARTINS, 2009).

Esse modelo de masculinidade sobrevive até os dias atuais, contudo em menor intensidade, pois tem trazido prejuízos ao homem, principalmente à sua saúde (FIGUEIREDO, 2008; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Considerando esses prejuízos, os estudos relativos aos homens e as masculinidades ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país. A relação homem e saúde é objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços. Assim, a masculinidade constitui espaço simbólico que estrutura a identidade dos seres humanos, modelando comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos, inclusive com a sua saúde, negando a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidade, para fortalecer a ideia de virilidade e força (MACHIN, 2011).

A masculinidade assumida como ideal é perpassada por uma quimérica ideia de invulnerabilidade construída socialmente (BENZAZZI; LIMA; SOUSA, 2011; SANTOS SILVA *et al.*, 2012; FERREIRA, 2014; LEVERATO *et al.*, 2014). Dessa maneira, quando os homens ficam doentes, suportam a doença ou apenas solicitam, como última opção, a assistência, adentrando ao sistema de saúde pela urgência, pela atenção ambulatorial e pela

hospitalar de alta complexidade, valorizando a cura e não reconhecendo necessidades de orientações preventivas (SCHRAIBER *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2010).

A compreensão de fenômenos de saúde vinculados a esse grupo populacional articula as inúmeras questões que envolvem, entre outros aspectos, os determinantes biológicos, socioculturais e econômicos da saúde, as barreiras socioculturais como estereótipo de gênero, as barreiras institucionais e a prematuridade das discussões frente às demandas de saúde (FONTES *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2013). Esses fenômenos têm repercussões no perfil de morbidade e mortalidade vinculada aos indivíduos do sexo masculino.

As principais causas de mortalidade e morbidade entre a população masculina incluem: lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas como violência por armas de fogo e os acidentes de trânsito; doenças do aparelho circulatório e respiratório; neoplasias; doenças do aparelho digestivo; sinais, sintomas e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais e algumas doenças infecciosas e parasitárias (SCHARZ *et al.*, 2012; MAIA; FERREIRA; MENESES, 2013; CARNEIRO *et al.*, 2015).

No Brasil, conforme os dados do DATASUS, em 2015, a mortalidade masculina por causas gerais foi determinada por 709.117 mortes, sendo 47.950 na região Norte; 192.385 no Nordeste; 312.711 no Sudeste; 106.378 no Sul; e 49.693 na região Centro-oeste. Na região Nordeste, o estado da Paraíba possuiu 14.619 mortes por causas gerais, sendo João Pessoa a cidade de maior destaque com 4.914, das quais 2.666 no sexo masculino. Torna-se imperioso destacar os óbitos em homens por causas externas, pois é entre eles que essas mortes produzem impacto nas estatísticas nacionais. Assim, no ano de 2015, houve um quantitativo de 7.720 mortes, das quais 629 na região Norte; 1.979 no Nordeste; 3.625 no Sudeste; 906 no Sul; e 581 na região Centro-oeste (DATASUS, 2015).

Em relação à morbidade masculina no Brasil, destacam-se as neoplasias malignas que, no biênio 2016-2017, atingiram a marca de cerca de 600 mil novos casos de câncer, sem considerar o não melanoma, que apresenta aproximadamente 180 mil novos casos. Na Paraíba, entre a população masculina, para esse biênio, atingiu-se a incidência, para cada 100 mil habitantes, de cerca de 4.110 mil novos casos, considerando o de pele não melanoma. Desses, 1.040 de próstata, 230 de estômago, 180 de pulmão/brônquios/traqueia, 150 de cavidade oral e 120 de colón/reto. Destaca-se essa incidência na cidade de João pessoa, com 190 casos de câncer de próstata, 50 de estômago, 50 de pulmão/brônquios/traqueia, 40 de colón/reto e 30 de cavidade oral (INCA, 2016).

Reconhecendo que os altos índices de mortalidade e que os agravos e as doenças prevalentes na população masculina configuram problemas de saúde pública, o Ministério da

Saúde (MS) publicou no ano de 2009, a Portaria nº 1.944/GM, que estabelece os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2008a). Esta política é regida pelos princípios da universalidade e equidade nas ações e serviços; humanização e qualificação da atenção à saúde, garantindo a promoção e a proteção dos seus direitos; corresponsabilidades quanto à saúde e à qualidade de vida desta população; e orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Acrescentam-se aos princípios da PNAISH, as diretrizes da integralidade e da organização dos serviços públicos de saúde, de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta acolhido, além da implantação da política como foco da Estratégia de Saúde da Família (JULIÃO; WEIGELT, 2011). Apesar de todo o esforço do MS, percebe-se que os índices de mortalidade, morbidades, doenças crônicas e incapacitantes continuam frequentes entre a população masculina.

Não é incomum identificar usuários masculinos que estão em serviços de urgência/emergência ou hospitalares que poderiam ter sua condição cuidada na atenção básica ou atenção especializada ambulatorial. Dessa forma, deve-se priorizar o acesso aos serviços que possam garantir o cuidado adequado dentro das necessidades dos homens, com a articulação entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012a). Entre os serviços que promovem o cuidado aos homens de maneira a garantir as suas especificidades, encontra-se o de Atenção Domiciliar (AD), que possui uma intrínseca relação com a RAS na busca da integralidade em seus três sentidos: vertical, horizontal e transversal (BRITO *et al.*, 2013; BRASIL, 2013a). Esta modalidade de atenção no Brasil, em agosto de 2017, possuía 633 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) implantadas e 356 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). O estado da Paraíba possui 8 equipes de EMAD (7 em João pessoa e 1 em Areia) e 4 equipes de EMAP (3 em João Pessoa e 1 em Areia) (SAGE, 2017).

A AD consiste em um dispositivo organizacional e assistencial no sistema público brasileiro, propício à efetivação de novos modos de produção do cuidado e de intervenções em diferentes pontos das RAS, pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas singularidades e permeada pela interação ativa entre o cuidador, a família, o ser cuidado e os profissionais da saúde (BRASIL, 2013b; BRITO *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2015). A AD tornou-se um importante serviço de saúde no Brasil nas últimas décadas e está condicionada por alterações no perfil demográfico, envelhecimento da população, aumento das doenças crônicas degenerativas e a superlotação dos hospitais (CARVALHO *et al.*, 2015). Esse tipo de

atenção objetiva a humanização do cuidado, a desospitalização e, assim, a minimização dos riscos de infecção hospitalar mediante a redução do tempo de internação (BRASIL, 2013b).

Acrescenta-se nos objetivos da AD a melhoria na saúde e na Qualidade de Vida (QV) dos homens que recebem alta do hospital para casa, independente do diagnóstico, mas que têm continuidade na assistência em regime domiciliar. Estudos realizados com homens em uso de ventilação mecânica e em estado terminal evidenciaram a melhora na saúde desses usuários quando avaliados em relação à redução da mortalidade e do número de rehospitalizações (TOKI; TAMURA; SUMIDA, 2008; ALMAAWIY *et al.*, 2015). Outras pesquisas trazem evidências no tocante à melhora da QV dos homens e familiares em AD, no que diz respeito: à vitalidade, ao bem-estar psicossocial, ao conforto e à segurança ambiental, à satisfação com os cuidados recebidos e ofertados, à sensação de liberdade, à tranquilidade e à gratidão por estar em casa (LACERDA *et al.*, 2011; MARTELLI *et al.*, 2011; NEVES *et al.*, 2013; BRONDANI *et al.*, 2014).

A busca pela consolidação e efetivação dos serviços de saúde substitutivos, como os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), está em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, somadas as atitudes e os comportamentos dos homens de diversas idades, contextos e situações que os colocam em uma posição de vulnerabilidade, mediante as dimensões individuais (o ser biológico e psicológico), sociais (as relações histórico-culturais, socioeconômicas) e pragmáticas (dos serviços de saúde); emerge o desejo e o dever de analisar, por meio de pesquisa, as conexões necessárias às estratégias de cuidados à saúde do homem na AD.

Durante a realização de uma revisão integrativa da produção científica sobre a assistência domiciliar à saúde do homem no Brasil e em outros países do mundo, para fins de explorar esse objeto de estudo na literatura, constatou-se que a produção literária sobre esta temática é insuficiente, considerando que a maioria dos artigos não abordavam o homem como o principal foco do estudo, mas apenas como caracterização dos participantes. Evidenciou-se, também, com esta revisão, que a AD ao homem ainda é incipiente quando se trata de percebê-lo em sua singularidade histórica, social, político e econômica (FERREIRA; SENA, 2016).

Neste sentido, algumas inquietações e perguntas nortearam o desenvolvimento desse estudo: Quais são as necessidades de saúde apresentadas pelos homens assistidos em domicílio? As necessidades de saúde apresentadas pelos homens assistidos em domicílio estão sendo atendidas? Quais as práticas de cuidado são desempenhadas no domicílio para atender às necessidades de saúde dos homens? Quem desempenha as práticas de cuidado para atender às necessidades dos homens no domicílio? Como as necessidades de saúde dos homens no domicílio podem relacionar-se aos padrões de masculinidades?

Este estudo parte do pressuposto de que os homens em situação de vulnerabilidade são evocados pelas concepções sociais como dominadores e inabaláveis e que são tratados perante uma visão biomédica mecanicista, centrada na doença, nas suas limitações e incapacidades. A medicalização da saúde produz um olhar focado em diagnosticar ineficiências do corpo, referenciadas em sua composição anatomofisiológica, em detrimento das dimensões humanas do emocional, do subjetivo e do interativo. Este modo de olhar as especificidades de saúde masculina tem sido reconhecido como preponderante.

Ressalta-se, contudo, que este estudo firmou seus princípios numa perspectiva integral de gênero, ou seja, sob a ótica das masculinidades, em que o homem é visto como um ser singular, que adoece, que está vinculado a uma classe social, que faz parte de uma geração, que possui uma raça e um credo, que é orientado sexualmente, que não detém genuíno e equidioso poder na sociedade, e que, portanto, deve se beneficiar de serviços de saúde que compreendam a multidimensionalidade do ser doente e de sua família.

Esses questionamentos orientaram a construção do referencial teórico e metodológico deste estudo. Pode-se inferir que a investigação permitiu explorar situações conhecidas, mas também apresentou as interfaces inexploradas na produção do cuidado na AD, na docência e na pesquisa. Assim, justificou-se este estudo: pela pouca literatura nacional e internacional a respeito do objeto desta pesquisa; para contribuir com a construção teórica e a efetivação prática da PNAISH e das diretrizes da AD; para identificar as reais necessidades de saúde dos homens assistidos pelos SAD e com isso favorecer a instrumentalização de protocolos para uma assistência universal, equânime e integral; para subsidiar o desenvolvimento de programas de capacitação e qualificação; e por fim, para conhecer e, conseqüentemente, oferecer uma assistência domiciliar oportuna ao atendimento das necessidades masculinas.

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão trazer, em seu arcabouço de benefícios, um instrumento valioso para o aprimoramento de pesquisadores nesta temática, bem como para estimular e iniciar a formação de acadêmicos e/ou qualificar profissionais vocacionados na área, contribuindo para a criação de novos conhecimentos e de serviços em rede, na melhoria das condições de vida dos homens envolvidos na AD. Salienta-se que, por meio deste estudo, a Enfermagem poderá produzir cuidados diferenciados ao homem em assistência domiciliar, perante o reconhecimento das necessidades de saúde deste usuário, estabelecendo propostas assistenciais mediadas pelo perfil histórico, cultural, social, demográfico e econômico desse homem.

A gestão poderá se beneficiar com os resultados desta pesquisa, pois, com a análise das necessidades de saúde dos homens em assistência domiciliar, poderá com mais precisão e objetividade, buscar incentivos para investimentos nos serviços de saúde, além de contribuir para o delineamento de políticas e intervenções necessárias à garantia de uma assistência domiciliar de qualidade a esse usuário.

Assim, a presente pesquisa defende a tese de que a construção social das masculinidades concebe obstáculos para o reconhecimento das necessidades de saúde do homem assistido no domicílio e que as singularidades desses indivíduos precisam ser reconhecidas para contribuírem com uma assistência à saúde mais integral e equânime.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as necessidades de saúde dos homens a partir das diferentes masculinidades e a assistência prestada a eles durante o cuidado domiciliar.

1.1.2 Objetivos específicos

- Conhecer as necessidades de saúde dos homens cuidados no domicílio;
- Investigar as práticas de cuidado prestadas aos homens no domicílio;
- Compreender as masculinidades apresentadas pelos homens cuidados no domicílio.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL



2.1 Contextualizando necessidades de saúde: uma realidade peculiar

A existência de uma necessidade para um ser humano é correlata à existência de muitas outras, o que também anuncia a ausência de outras. Essa afirmativa origina-se da visibilidade que um sujeito dá a uma necessidade não reconhecida socialmente, portanto reestruturando todo o sistema de necessidades pressuposto pela sociedade. Todo sistema de necessidades é específico de uma determinada formação social e toda sociedade civilizada. O sistema de necessidades baseia-se nas necessidades tidas como provenientes daquelas que são imprescindíveis ao homem como natural e que tem sua produção determinada historicamente e culturalmente pelos hábitos de um país e pela sua força de trabalho. As necessidades naturais mantêm o homem e a sociedade como tais (HELLER, 1986). É baseado nos conceitos sobre necessidade, de Heller, que este se estudo analisou o material empírico dos resultados.

De onde surgiu esse conceito de necessidades de saúde? O movimento da Reforma Sanitária surgia com algumas ideias centrais: um modelo de democracia com ênfase na defesa da igualdade, ou seja, universalidade e equidade, garantindo a saúde como um direito do cidadão atrelado ao poder local da gestão social democrática; e outro modelo como a determinação social do processo saúde-doença e uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população (FEUERWERKER, 2014).

As discussões sobre essa temática apontam para as necessidades como satisfeitas e não satisfeitas pelos serviços de saúde existentes, fazendo com que o Estado reconheça o atendimento dessas necessidades como direitos de cidadania e do acesso universal aos serviços de saúde, regulamentados pelo democratizante Sistema Único de Saúde (SUS). Outras discussões que permeiam as necessidades desdobravam-se nas críticas sobre a especialização assistencial, em termos das práticas profissionais e do ensino médico, bem como a característica de que essas necessidades são individuais, levando a condição atribuída ao risco epidemiológico do potencial adoecimento (SCHRAIBER, 2012).

As necessidades de saúde estão lotadas entre a natureza e a cultura; sendo assim, não dizem respeito apenas à conservação da vida, mas à realização de uma proposta em que o indivíduo atua como elo entre o específico e o genérico (HINO *et al.*, 2012). Necessidade de saúde não é uma concepção explicável nem pelo indivíduo isoladamente, sem a interferência de suas relações sociais e concretas; nem pela sociedade de maneira indistinta, isto é, genérica (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006). Essa conceituação de necessidades de saúde alicerçou a análise de todo o material empírico deste estudo.

As necessidades de saúde surgem nesse período transcorrido entre a Saúde Coletiva e as primeiras décadas da sociedade e da historicidade da vida humana, repensadas para o caso da saúde em particular, quanto à tendência operativa voltada aos serviços de saúde, em que as necessidades participam do planejamento de políticas e/ou programas de gestão, a fim de responder a problemas particulares (SCHRAIBER, 2012).

Dessa maneira, o atendimento a essas necessidades de saúde está garantido pelo sistema local de saúde, quando se acredita que este sistema deve contemplar uma estrutura político-administrativa de um país, definindo um determinado espaço populacional, provendo todos os recursos para a saúde e seu desenvolvimento social, incluindo a descentralização da saúde, do Estado, das necessidades de saúde da população e facilitando a condução integral de ações (OPAS, 1988).

Ainda em relação ao atendimento dessas necessidades de saúde, o SUS resguarda a assistência a essas necessidades de maneira singular a cada ser, mediante a equidade, que é entendida como a oferta das ações de saúde de forma adequada às necessidades de cada indivíduo considerado único e inserido na sociedade. Além disso, as diretrizes que norteiam o SUS, conhecidas pela: regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação dos cidadãos, permitem uma maior autonomia às unidades de saúde e um maior entendimento a respeito das necessidades da população (BRASIL, 1990).

Na perspectiva da Saúde Coletiva, os serviços de saúde também têm por objetivo garantir o atendimento às necessidades de saúde da população, fundamentados no fato de que a saúde e as necessidades são fenômenos complexos, que mudam ao longo da história humana e em cada sociedade (FRANCO *et al.*, 2012).

Diante da explanação sobre as necessidades de saúde, os conceitos para elas podem ser diversos, cada um associado ao conhecimento e a percepção que os autores têm a respeito das necessidades. Assim, Stotz (2004) afirma que as necessidades em saúde são individuais, biológicas, social e historicamente determinadas, muito embora elas sejam sentidas individualmente, a gestão de saúde as vê de maneira abstrata, baseadas em indicadores, o que generaliza as pessoas dentro do processo saúde-doença, favorecendo algumas necessidades, ocultando ou reprimindo outras. As autoras Santos, Bertolozzi e Hino (2010) consideram que as necessidades de saúde vão além de problemas relativos a doenças e demandas de serviços médicos, incluem as vulnerabilidades que determinam as identidades e os modos de vida, e que, embora o processo saúde-doença seja coletivo, as necessidades manifestam-se individualmente, mas proveniente das relações de produção e reprodução social.

As necessidades em saúde para Cecílio (2001) podem ser apreendidas na individualidade e, para tanto, elas devem ser o foco norteador das práticas em saúde, na garantia da equidade e da integralidade, implementadas pelos profissionais no cotidiano do trabalho. Quanto ao estudo das necessidades, Schraiber (2012) adota um modo alternativo ao pensamento hegemônico da racionalidade biomédica, destacando que a maior equidade já disposta na atenção integral não se fixa em medidas idênticas para homens e mulheres, afinal existem desigualdades construídas que repercutem na concepção de poder pela sociedade.

Percebe-se com as conceituações descritas que a definição de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos. As necessidades de saúde, na sua gênese, devem ser consideradas as transformações societárias vividas ao longo do século XX e XXI, ao reconhecer o consumismo exagerado, a degradação social, as subumanas condições de trabalho em que a população está submetida, as extensas e dolorosas classes sociais tidas como miseráveis. As necessidades de saúde são historicamente construídas e determinadas pela posição de classe e situadas entre a natureza e a cultura (NOGUEIRA, 2011).

Amplificam-se e resumem-se tantas definições quanto às necessidades de saúde, que vão desde as boas condições de vida ao direito de ser acolhido, escutado, de fortalecer vínculos com os profissionais que se responsabilizam pela assistência de maneira contínua e de ter acesso aos serviços e tecnologias necessárias à saúde. A visão atribuída às necessidades de saúde sempre tem como prioridade as que são propósito de intervenções dos serviços de saúde, o que não necessariamente representa as necessidades sentidas pelos usuários (FEUERWERKER, 2014).

Assim, é possível reconhecer que as necessidades de saúde não são universais, mas social e historicamente construídas e determinadas, uma a uma, conforme a sua época e a sua sociedade, mediante o seu posicionamento em reconhecê-las enquanto necessidades, bem como em denominá-las como tal e de atendê-las. As necessidades de saúde, mesmo sendo coletivas, são determinadas de maneira singular e o seu desdobramento e atendimento, na prática, precisam ser considerados desta maneira (CECILIO; LACAZ, 2012).

Destaca-se que são numerosas as necessidades reconhecidas socialmente. Em um estudo que objetivou apreender as percepções dos usuários sobre as necessidades de saúde, foi reconhecido por meio das entrevistas que os usuários identificaram que possuem necessidades, que o contexto social influencia fortemente a saúde e que a autonomia, enquanto a tomada de decisões, além do vínculo para uma relação de confiança no enfrentamento do processo saúde-doença, são considerados como necessidades importantes (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011). Integrando o quadro de necessidades neste estudo, também foram incluídos os

acontecimentos cotidianos relacionados à família, alimentação, moradia, estudo e trabalho, enfatizando as condições financeiras como preocupação em relação ao sustento dos familiares, levando a alterações fisiológicas que determinam o adoecimento.

Além do vínculo e da autonomia, Cecílio e Lacaz (2012) acrescentam como necessidade de saúde as boas condições de vida e o consumo de tecnologias. A primeira necessidade trata-se dos cuidados com o saneamento, a ocupação dos espaços urbanos, isto é, as medidas generalistas de higiene, pois elas possuem impacto sobre os indicadores de saúde e nas práticas médicas. A segunda necessidade versa sobre o arsenal diagnóstico e terapêutico da medicina tecnológica, legitimado socialmente pela produção de valores de usuários necessitados para melhorar e prolongar as suas vidas.

O conhecimento e o tratamento para a enfermidade possuídos pelo usuário foram declarados como uma necessidade. Também se evidenciam como necessidades: a presença do emprego, a moradia, as condições de saneamento básico, o acesso às consultas médicas, a medicalização e a realização de exames, o vínculo entre usuário e equipe de saúde, o desejo de atendimento gentil e com maior disponibilidade de tempo (FRANCO *et al.*, 2012).

Incluem-se às necessidades já referidas, aquelas aprendidas pelos familiares quando assumem o papel de cuidadores. Um estudo realizado com familiares demonstrou que as necessidades de saúde estão firmadas como: necessidades de cuidado do familiar acamado (os familiares referiram a imprescindibilidade de tempo, recursos saberes para alimentar, locomover, tirar da cama, levar para outro lugar e higienizar o acamado, necessidade de acesso a fraldas, recursos materiais e físicos); necessidades do familiar para cuidar (aqui os familiares falaram de suas próprias carências, como: necessidades financeiras, de cuidados emocionais e psicológicos, de divisão de responsabilidades, de apoio governamental); e necessidades de cuidados profissionais para o acamado (os familiares enfatizam a necessidade de acompanhamento profissional, principalmente médico, vinculado à percepção de cura). Neste mesmo estudo, os familiares referiram o amor como uma necessidade fundamental (PINTO *et al.*, 2012).

A necessidade de cuidar está muito vinculada ao cuidador, que acaba por tomar como sua essa necessidade, com o intuito de satisfazer as necessidades do ser cuidado (PINTO *et al.*, 2012). O cuidado em saúde deve ser sistematizado, considerando as necessidades e os serviços de saúde que estão preparados para lidar com elas e compreendendo os momentos de produção e de consumo da saúde, em buscar de promover autonomia dos sujeitos (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

É importante enfatizar que as necessidades são sentidas de maneira singular e, para tanto, a vivência com determinado agravo, seja ela aguda ou crônica, pode ser determinante quanto às necessidades prioritárias daquele enfermo. As necessidades, por exemplo, em usuários com tuberculose, estão associadas quase sempre a queixas de ordem biológica e, às vezes, ao cuidado à saúde, ao enfrentamento do processo de adoecimento e cura, incluindo conhecimento sobre a doença, prevenção, transmissão, seguimento do tratamento medicamentoso e as mudanças no estilo de vida decorrentes do processo saúde-doença (HINO *et al.*, 2012).

Os agravos crônicos, na maioria das vezes, também estão condicionados à necessidade de fisioterapia, no que concerne a atenção curativa. Isto exige uma necessidade de resolutividade de serviço até o seu maior nível de complexidade, mesmo que para o êxito da atenção seja crucial o encaminhamento do usuário crônico a outros serviços que garantam a continuidade do atendimento de maneira mais resolutiva (SOUZA *et al.*, 2015).

A condição crônica, por vezes determina muitas necessidades peculiares a quem é cuidado, pois ela pode interferir no autocuidado, na independência em relação ao próprio cuidado, o que acarreta uma variedade de sentimentos como o medo da incapacidade, ansiedade, constatação da dependência do cuidado. Assim, para atender a necessidades da vida diária de pessoas com doença crônica, é preciso garantir a autonomia perdida mediante seu próprio cuidado (TESTON *et al.*, 2013).

Percebe-se que o autocuidado, o cuidado de si, constitui-se como uma faculdade e uma necessidade universal de todo ser humano, doutrinado por princípios gerais, mas orientados por uma prática de estrutura e responsabilidades individuais. Não se cuidar é anular necessidades vitais como fazer exercícios, as dietas, o sono e a vigília, a atividade sexual, os cuidados corporais, as meditações, as leituras e tantas outras necessidades peculiares à manutenção da vida (AYRES, 2009).

Fica evidente que as necessidades de saúde possuem um cunho social, ao considerar que nos últimos anos, no Brasil, o aumento de pessoas mais velhas ocorreu concomitante à expansão da classe média, com impacto na possibilidade de acesso e consumo de determinados bens e serviços de saúde, o que acaba por produzir novas necessidades sociais (REBOUÇAS *et al.*, 2013). Essas necessidades sempre representam a interligação entre o social e o individual, afinal são as constatações de carências individuais que se dão no cotidiano da sociedade (SCHRAIBER, 2012).

De maneira geral, torna-se interessante destacar que os usuários buscam nos serviços de saúde atendimento às suas necessidades clínicas, isto porque existe o

reconhecimento histórico social que estes serviços são os fornecedores das melhores respostas a essas necessidades, reparando ou evitando danos e anulando as origens na vida social dessas necessidades, originadas pelas desigualdades sociais (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; SCHRAIBER, 2012).

Outra necessidade tida como social é a da presença do Estado, responsável pela garantia de serviços que promovem o bem-estar social e que sua ausência resulta em falta de garantia de acesso aos direitos universais. Falar na presença do Estado é falar sobre as necessidades de reprodução social, que se relacionam à responsabilidade do Estado pelos diversos serviços indispensáveis à manutenção da reprodução social no processo saúde-doença. A presença do Estado remete à necessidade de participação política, que se relaciona à participação da população para responder às carências advindas da ausência do Estado (GRAZIANO; EGRY, 2012).

Como reconhecer todas essas necessidades de saúde? Nesse sentido, destaca-se a progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde em se mostrarem sensíveis às necessidades dos usuários e de se tornarem cientes dos seus limites para a resolutividade (AYRES, 2009). Os serviços de saúde ainda apresentam dificuldades para identificar as necessidades em saúde dos diversos grupos populacionais, por falta de tecnologias, ou por falta de preparo para utilizá-las (OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Alguns dos motivos para a dificuldade em reconhecer as necessidades de saúde são: a normalização biomédica redutora das necessidades; a cultura do trabalho autônomo e da abordagem individualizante das necessidades; a cultura tradicional de gênero que mantém práticas desiguais entre homens e mulheres (SCHRAIBER, 2012). O modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado na produção de procedimentos, com elevados custos, em decorrência do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica, bem como a adoção de maneiras mais eficazes para a utilização dos exíguos recursos, orientado pela lógica do mercado, em que não há escuta, não há singularização de necessidades, tem sido um obstáculo para o reconhecimento das necessidades de saúde da população (CECÍLIO; LACAZ, 2012; FEUERWERKER, 2014).

Toda essa dificuldade em reconhecer as necessidades de saúde leva à reflexão de que elas podem ou não estar sendo captadas pelos profissionais de saúde e que esta captação está associada à visão de mudo deles, mediante a construção de sua existência, os permitindo elaborar o seu modo de intervir sobre a realidade. Destarte, é indispensável pensar na forma pela qual as necessidades em saúde se apresentam e orientam o trabalho, pois as diversas formas

como a vida se organiza geram diferentes necessidades e diferentes formas de satisfazê-las (GRAZIANO; EGRY, 2012).

Os profissionais e os serviços devem ter capacidade para reconhecer as necessidades de saúde dos usuários, pois desta forma eles poderão interferir no sentido de aumentar a qualidade de vida de cada usuário e de seu coletivo. Portanto, esses profissionais e serviços devem reconhecer as necessidades de saúde para além de sinais e sintomas individuais, da história natural das patologias e da visão de que o usuário do cuidado é simplesmente um paciente que recebe passivamente procedimentos, informações e ações assistenciais. O usuário deve ser visto como um cidadão dotado de direitos de pedir e receber serviços que amplifiquem sua qualidade de vida (FERLA; ROCHA, 2013).

Apesar dos profissionais de saúde terem sua profissão focada no cuidado humano, nem sempre buscam alternativas para atender às necessidades de saúde apresentadas sob diversas formas, dependentes das estruturas sociais e dos estilos de vida dos usuários. Os profissionais destacam que as necessidades de saúde da população não são atendidas em decorrência das condições de vida, das políticas públicas e da percepção de mundo dos profissionais (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010).

As necessidades de saúde podem ser identificadas de forma direta e indireta pelos profissionais no momento do atendimento ou por meio de observações no território (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010). Elas podem ser identificadas por: necessidade de boas condições de vida; necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que possam melhorar ou prolongar a vida; necessidade de se ter vínculo com profissional ou equipe; e a necessidade de se ter autonomia no modo de andar a vida (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Mesmo o foco ainda sendo a doença, identifica-se que existe certo entendimento de necessidades de saúde para além de uma perspectiva biomédica, quando se compreende necessidades de saúde vinculadas às más condições de vida, perpassando pelos determinantes do modo de adoecimento (GRAZIANO; EGRY, 2012). Diante de toda esta explanação, conclui-se que há a necessidade de instrumentos que auxiliem o profissional da área de saúde a apreender as necessidades de saúde dos usuários, que não se limitem às de âmbito biológico (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; FRANCO *et al.*, 2012).

Alguns autores discorrem sobre os instrumentos que possam auxiliar os profissionais no reconhecimento das necessidades de saúde, entre eles está à reorganização do modelo assistencial, pressupondo a qualificação das equipes de saúde para o reconhecimento e o enfrentamento dessas necessidades, sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença (OLIVEIRA; SILVA, 2012). A mudança no modelo tecnoassistencial, tomando

as necessidades de saúde como construção de linhas de cuidado, atravessará todos os níveis de atenção e assegurará acesso e continuidade do cuidado (FEUERWERKER, 2014).

Existem outras tecnologias, outros instrumentos, a exemplo da escuta, que produz de forma singular o cuidado. Ela ocorre no encontro entre os profissionais e os usuários, a partir das necessidades que se apresentam naquele momento único de sua vida; assim, a escuta das necessidades de saúde pode ser a origem do trabalho em saúde (CECILIO; LACAZ, 2012). Ouvir as necessidades dos usuários pode permitir, aos profissionais de saúde, aumentar a capacidade de atendimento e intensificar as ações direcionadas aos problemas trazidos pela população, ofertando uma assistência mais resolutiva (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Elementos de caráter tecnológico também podem ser considerados como instrumentos que buscam aproximar a identificação das necessidades de saúde, bem como respondê-las de maneira igualitária entre homens e mulheres no contexto dos serviços de saúde, independente da concepção biomédica e de gênero construída (SCHRAIBER, 2012).

A educação permanente foi apontada pelos profissionais como um instrumento que facilita a identificação das necessidades de saúde, pois ela permite a discussão e o aprofundamento dos conhecimentos sobre o tema, preparando os profissionais para lidar com as necessidades dos usuários, estimulando a autonomia e melhorando a assistência prestada (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010).

O vínculo e o acolhimento não fogem à regra por serem reputados como elementares para a satisfação de necessidades em relação aos serviços de saúde. Os usuários se mostram satisfeitos com os serviços quando são atendidos pelos profissionais ou pela equipe com a qual possuem vínculo (PEREIRA, 2013). O acolhimento se mostra como uma tecnologia fundamental na busca pela integralidade da assistência, por meio da escuta e do diálogo, permitindo a humanização da relação entre o profissional e o usuário, a decodificação das necessidades de saúde e a construção de vínculo e trabalho em equipe. O acolhimento promove a escuta qualificada, que tem por finalidade ouvir, interpretar e buscar respostas às necessidades de saúde dos usuários (BARRA, 2011).

Apesar dos avanços tecnológicos e das tentativas de mudanças nos modos de operacionalizar a atenção à saúde, a assistência prestada aos usuários possui uma baixa eficiência, pois ainda atende pela prática de prescrições médicas, deixando em segundo plano a integralidade que promove a centralidade das práticas dos cuidados em saúde, nas exigências e necessidades de saúde de todos os usuários e da coletividade (SEIXAS *et al.*, 2016).

A medicalização das necessidades que se visualiza com frequência na assistência à saúde, constitui o modo homogêneo de atuação dos profissionais e de reconhecimento pelos usuários de suas necessidades. Nesta medicalização, as desigualdades de gênero, as relações entre o exercício das masculinidades e os adoecimentos são dimensões ausentes nos serviços de saúde e nas necessidades dos usuários (SCHRAIBER *et al.*, 2010).

O gênero é um conceito invisível quando se trata das necessidades de saúde nas práticas profissionais. Esta invisibilidade é oriunda da desigualdade de gênero pela redução biomédica do corpo, como a aproximação exclusiva das necessidades de saúde reconhecidas como válidas pelos profissionais. A segregação conceitual entre homens e mulheres é o que determina as necessidades, considerando as tradições no modo como são vistos. Ou seja, os homens trabalhadores na produção social, cujos corpos, quando adoecidos, devem ser prontamente restaurados devido à necessidade social de sua força física e o seu vigor. Entretanto, as mulheres – domésticas, mães, cuidadoras dos familiares – têm pelos seus corpos uma visão profissional de reprodutoras e agentes das atividades do cuidar (SCHRAIBER, 2012).

Assim, a saúde desenvolveu com primor a acessibilidade, enfatizando que os homens têm acesso aos serviços de saúde do trabalhador, urgências/emergências clínico-cirúrgicas; enquanto as mulheres, a serviço, zelam pelo corpo sexual, reprodutor, pela educação aos cuidados da família, ao pré-natal, à puericultura, todos de atenção primária em saúde ou unidades básicas do sistema (SCHRAIBER, 2012). As masculinidades e a alienação dos homens em relação às práticas de cuidado e tecnologias de saúde limitam sua autonomia e a sua capacidade de reconhecer e praticar o autocuidado (PEREIRA, 2013).

Os estudos sobre necessidades, segundo Schraiber *et al.* (2010), não abordam as masculinidades, pois elas e a saúde tendem a possuir recortes particulares, a exemplo de sexualidade, reprodução, adoecimentos ou serviços de saúde, sem investigar a ótica das necessidades. Os homens, mesmo estando em contextos sociais diversos, possuem uma percepção similar sobre a própria saúde e por vezes reconhecem que possuem necessidades (cura para doenças, odontológicas, práticas sexuais, cunho emocional) e têm dificuldade em procurar os serviços de saúde para práticas de prevenção e promoção.

Grande parte das necessidades masculinas é definida pelas: condições e força de trabalho, importância atribuída para se firmarem socialmente e possibilidades de consumo de bens cambiáveis. Para os homens, o trabalho que realizam proporciona meios para viabilizar suas necessidades cotidianas, mas os impede de dar visibilidade às suas necessidades de saúde.

Eles têm pelo trabalho um meio de possibilitar a satisfação de necessidades que os pertencem, favorecendo as boas condições de vida (PEREIRA, 2013).

Considerar a perspectiva de gênero permite engrandecer conceitualmente as necessidades de saúde e as práticas profissionais de atenção integral à saúde do homem e da mulher, alcançando uma equidade mais ampla nas políticas públicas. Reitera-se que as práticas dos profissionais precisam de uma atenção maior, com outras abordagens superiores às de gênero para que as necessidades de saúde sejam atendidas por uma perspectiva crítica, a qual se propõe a política de atenção integral (SCHRAIBER, 2012).

As limitações no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais são numerosas, na medida em que o reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde transcorrem pelo reconhecimento dos agravos existentes, minimizando os determinantes sociais das más condições de vida associados ao processo saúde-doença (GRAZIANO; EGRY, 2012).

Ao analisar as condições de vida e de saúde da população, o cuidado é apresentado como resultado da aglutinação entre o atendimento de todas as necessidades de saúde. Contudo, percebe-se que um dos grandes desafios das equipes de profissionais de saúde é que cada um seja capaz de escutar para poder atender à necessidade posta pelo ser humano, naquele determinado momento (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

2.2 A construção social do masculino e suas implicações para a saúde: uma perspectiva de gênero

Percebe-se na pós-modernidade um tempo desordenado e de céleres transformações, em que os seres humanos se definem, indagam e redefinem seu sentido de identidade nacional, étnica, religiosa, política, familiar, sexual e pessoal. Estas mudanças foram radicais em alguns ideais e concepções, ao passo que os humanos mudaram seus conceitos, desde em relação a governantes repressores até os estereótipos e a segregação (FERREIRA, 2011).

Mediante a afirmativa acima referida, optar por trabalhar com homens, na perspectiva do cuidado, leva a questões relacionadas ao gênero e ao sexo. A abordagem de gênero pode ser relacional ou estruturalista, contudo ambas as perspectivas possuem verdades inerentes à forma como os homens construíram-se socialmente ao longo dos anos e como esta construção, por vezes, alvo de críticas, interfere na saúde.

A categoria gênero, inicialmente, foi empregada por feministas para ressaltar o caráter social das distinções baseadas no sexo. Este fato caracterizou um avanço, pois as

mulheres eram tratadas separadamente, locadas em um lugar periférico em relação ao assunto que envolvia o masculino dominante e universal. As feministas americanas foram precursoras do emprego do termo gênero enquanto categoria relacional entre os sexos (SCOTT, 1994).

A abordagem de gênero, quando relacional, analisa as relações entre homens e entre mulheres, e dos homens com as mulheres, de modo que a experiência de um sexo é necessária para a compreensão das experiências do outro (SCOTT, 1995). O gênero pode aparecer categorizando e hierarquizando o masculino e o feminino, muito embora seja oriundo da observação da natureza. Assim, Scott (1995, p.88) enfatiza que: “Estabelecidos como um conjunto objetivo de referências, os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social”.

Gênero não é um conceito que explica as relações entre homens e mulheres, mas uma categoria teórica referida a um conjunto de significados e símbolos edificados sobre a base da percepção da diferença sexual, significados estes utilizados na compreensão de tudo que se é observado, incluindo as relações, principalmente as relações entre homens e mulheres (CARVALHO, 2011).

A existência do gênero é oriunda de uma determinada ordem social, a partir da percepção do corpo, da diferença sexual e da sexualidade. Ele estaria expresso nos discursos e nas imagens, nas práticas sociais e nos objetos, nos rituais e nas técnicas do corpo, na estrutura e na divisão do espaço e do tempo, do ano agrário e da jornada, nas posturas, nas maneiras e no porte corporal (CARVALHO, 2011). Nesta visão de dominação social, e criticamente contrária à ideia da universalidade da dominação masculina sobre a feminina, à medida que as dominações sociais de outra natureza se sobrepõem às do sexo das pessoas, é que se consolida a formação do gênero (BORDIEU, 1999).

Discutir sobre gênero não significa apenas destacar questões de desigualdade entre o masculino e o feminino, nem tampouco a hierarquia existente entre eles, mas antever uma análise histórica com bases fixadas nas mais antigas formações sociais, dessa maneira “(...) o gênero é a construção social do masculino e do feminino” (SAFFIOTI, 2004, p. 45).

Fundamentado numa perspectiva funcionalista da sociedade, a Teoria dos Papéis Sexuais, proposta por Raewyn Connell, teoriza que os papéis são construções sociais e não refletem as características biológicas de cada ser, masculino ou feminino. Ou seja, a perspectiva funcionalista defende a ideia de diferença e complementaridade, coerentes com a determinação de um sistema social e suas demandas por integração e estabilidade e não desigualdade ou exclusão (CARVALHO, 2011). Connell é uma autora que discute, em específico, as repercussões das diversas masculinidades.

A definição da masculinidade é oriunda de cada sociedade, de acordo com cada época, de diferentes grupos sociais, variando em relação às características peculiares do ser homem e do ser mulher, para assim considerar que a existência do conceito de masculinidade é relativa e histórica. A masculinidade pode ser entendida como uma configuração prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero de uma sociedade, portanto torna-se comum ouvir os termos masculinidades, sendo elas produzidas em diferentes contextos sociais, incluindo as relações entre homens, as relações de dominação, marginalização e cumplicidade (CONNELL, 1995; CONNELL; MESSERSCHMID, 2013). “Uma determinada forma hegemônica de masculinidade tem outras masculinidades agrupadas em torno dela” (CONNELL, 1995, p. 189).

Assim, encontra-se descrito na literatura quatro tipos de masculinidades, a saber: hegemônica, cúmplice, subordinada e marginalizada. A masculinidade subordinada, refere-se à desigualdade entre os próprios homens, subordinando-os um em relação a outro, como ocorre com a dominação dos heterossexuais sobre os homossexuais; a masculinidade cúmplice relaciona-se aos homens que não se incluem ao modelo hegemônico de masculinidade, porém se beneficiam das vantagens obtidas por este modelo; a masculinidade marginalizada remete-se à subordinação decorrente de condições de raça, classe social e grupos étnicos minoritários e, por fim, a masculinidade hegemônica, que é aquela associada à legitimidade do patriarcado, que valoriza a dominação dos homens sobre as mulheres (BRITO; FREITAS; SANTOS, 2014; GOMES, 2008).

É importante ressaltar que o conceito de masculinidade hegemônica tem influenciado os estudos de gênero em vários espaços acadêmicos, mesmo que também perceba-se um certo criticismo com esta temática. A origem dos conceitos começaram a se convergir nos anos de 1980, mediante estudos sobre homens e masculinidades. A masculinidade hegemônica não corresponde a um modelo de reprodução social, mas ao reconhecimento de lutas sociais, nas quais as masculinidades subordinadas influenciaram formas dominantes. A masculinidade hegemônica diferenciou-se das demais, especialmente das masculinidades subordinadas. Ela é normativa, incorpora a forma mais honrada de ser homem, exige que todos os homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

Nesse sentido, a masculinidade hegemônica conceitua-se a partir da noção de práticas genéricas que expressam padrões aceitos para a posição dominante de homens sobre mulheres. Esta masculinidade é considerada exemplar, por possuir um ideal cultural, exprimir ideias, quimeras e desejos, serve de referência para as relações de gênero, naturalizando suas

diferenças, suas hierarquias, sem representar um padrão fixo, único, que deveria ser validado como uma estrutura de aspecto maior (CONNELL, 2000; 2002).

A masculinidade hegemônica é um conjunto recorrente de elementos articulados, como as crenças, as atitudes e as práticas, que servem de referência para a definição do que é ser homem, em um determinado contexto (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Esses estereótipos são um conjunto de crenças acerca de comportamentos e características particulares do homem e da mulher, os quais funcionam como esquemas cognitivos que controlam o tratamento e a organização da informação recebida, além de interpretarem a informação e os comportamentos a serem adotados (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014).

Pode-se dizer que há dois tipos de estereótipos, o de papéis de gênero e o de traços de gênero, respectivamente. O primeiro, classifica as atividades que seriam adequadas para os homens e as adequadas às mulheres; enquanto que o segundo, o de traços de gênero, remete a características psicológicas atribuídas precisamente a cada gênero. Assim, mediante esses estereótipos, seriam convenientes aos homens tarefas e atividades relacionadas à esfera pública e ao trabalho remunerado, além da tomada de decisões referentes à manutenção socioeconômica da família. Já para as mulheres, a esfera privada, o cotidiano familiar, as tarefas domésticas incluindo o cuidado com a saúde e a educação dos filhos (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014).

Mais recentemente, autores têm estudado a possibilidade de reformulação do conceito de gênero em quatro áreas, são elas: um modelo mais complexo da hierarquia de gênero; o reconhecimento da geografia das masculinidades, ratificando a interseccionalidade entre os níveis local, regional e global; um tratamento mais específico da incorporação em contextos de privilégio e poder; e por fim a dinâmica da masculinidade hegemônica, reconhecendo as contradições internas e as possibilidades da democracia de gênero (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

É sabido que as discussões sociais sobre gênero masculino não são recentes, pois, na década de 1970, elas eram consideradas como referência dos estudos norte-americanos, como é elucidado pelas publicações da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, 2001) e pelo periódico exclusivo da saúde masculina e gênero do *Jornal de Gênero e Saúde dos Homens (Journal of Men's Health and Gender*, 2004). Estas pesquisas manifestavam uma ideia perpassada pela teoria e pela política feminista, que, tradicionalmente, inferia que a masculinidade produzia uma saúde deficiente (FERREIRA, 2011; RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

No final da década de 1980, surgem novos estudos sobre o perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas, demonstrando um crescimento na mortalidade masculina em todas as idades, bem como predomínio de adoecimento feminino. Uma década depois, em 1990, pesquisas sobre homens e saúde vinculam-se às de gêneros, cor, etnia, orientação sexual e religião. Continuamente, em meados do século XX, esse tema começou a ser abordado dentro da perspectiva da singularidade do ser saudável e do ser doente, entre segmentos masculinos (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

A cultura humana determina as identidades de gênero, condiciona os comportamentos em saúde, que, muitas vezes, podem predizer a ocorrência de agravos agudos à saúde ou mesmo o adoecimento crônico, perfazendo as desconstruções e reconstruções quando o homem doente depende de cuidados, que, na maioria das vezes, são ofertados pelas mulheres. As dimensões socioculturais precisam ser aludidas em novos estudos, pois envolvem uma aprendizagem de gênero (ARRUDA; MARCON, 2016).

Os modelos hegemônicos de masculinidade podem impossibilitar a adesão de hábitos e convicções mais saudáveis, quando inspirados por ideologias hegemônicas de gênero, ao colocar em risco a saúde do homem e a da mulher (GOMES; NASCIMENTO, 2006). Uma visão hegemônica da masculinidade condiciona os homens a desempenharem o papel de provedores e dela se investe o mesmo ambiente cultural que santifica e reproduz a primazia masculina; no entanto, prejudica os homens na medida em que eles se descuidam em relação à própria saúde, ao negarem os riscos frente a qualquer falha em suas funções de provedores, e que, quando acometidos pela doença, tendem a se calar e não procurar apoio (MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012).

As dimensões socioculturais precisam ser apreciadas em novos estudos, por envolver um conhecimento de gênero. No entanto, o olhar para o homem apenas sob a concepção de gênero apresenta-se insuficiente quando se passa a considerar a existência de outros aspectos socioculturais, econômicos e demográficos, os quais confluem para determinados padrões de cuidado e adoecimento (ARRUDA; MARCON, 2016).

O aspecto cultural está associado a um homem que tende a reforçar um modelo de masculinidade idealizada, em que a força, a virilidade, a objetividade, o distanciamento emocional e o comportamento de risco são atributos que constituem o ser homem em oposição ao ser frágil e sensível, identificado na mulher. Dessa maneira, os homens adotam práticas curativas de saúde, em relação às práticas preventivas, mais utilizadas pelas mulheres, mesmo a promoção da saúde tendo tido um progresso considerável. Contudo, observa-se que sob uma

perspectiva de gênero, o cuidar de si, no sentido da saúde, e também o cuidado dos outros continuam ausentes no processo de socialização masculina (MACHIN *et al.*, 2011).

Ao se confirmar a percepção do cuidado com a saúde como um conjunto de práticas individuais, os homens afirmam que eles mesmos são os únicos responsáveis por auxiliar no seu cuidado, demonstrando o predomínio da autossuficiência, característica peculiar da masculinidade hegemônica. Este achado pode levar à consideração de que os investimentos atuais na prevenção e na reparação como práticas individuais corroboram com o padrão hegemônico, pois reiteram o vínculo encontrado entre o modelo tradicional de masculinidade e a independência no campo dos cuidados com a própria saúde, legitimando posturas sociais, que, conjuntamente, têm sido danosas ao próprio homem (NASCIMENTO; TRINDADE; GIONORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Vários estudos têm mostrado que o medo proveniente dos homens, pela possibilidade do não reconhecimento da hombridade pelas mulheres, gera reflexos nas práticas de cuidado com a saúde masculina (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Os resultados de um estudo realizado com homens que participavam do “Terço dos Homens”, em Diamantina – Minas Gerais, apontaram que o entendimento social a respeito da saúde e da doença são negativos para a população masculina, sendo necessário estimular a importância da prevenção e o autocuidado (HEMMI; CONCEIÇÃO; SANTOS, 2015).

Outro estudo realizado com 57 homens, moradores de microrregiões adstritos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, do município de Marília, em São Paulo, demonstrou, nos discursos apresentados como resultados, que a maioria dos homens não compreende em sua totalidade o sentido de saúde, doença e prevenção. Além disso, os homens se fundamentaram quase que exclusivamente em dimensões biológicas, referindo como determinantes de sua condição de saúde: o álcool, o estresse em excesso no trabalho, o sedentarismo associado ao trabalho, as dificuldades nos relacionamentos pessoais, o tabagismo, o fato de dormirem pouco e o uso abusivo de remédios (TRILICO *et al.*, 2015).

Encontra-se concebido na sociedade pós-moderna que o modelo de masculinidade hegemônica determina que os homens devam assumir posturas que reforcem a virilidade, a invulnerabilidade e a força. Desta forma, os homens se expõem com maior frequência às situações de risco, tornando-os, antagonicamente, ainda mais vulneráveis aos problemas ditos de saúde (BRAZ, 2005; CONNELL; MESSERSCHIMIDT, 2013; FIGUEIREDO, 2005; GOMES *et al.*, 2012; GOMES; NASCIMENTO, 2006; KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; MEIRELLES; HOHL, 2009; SCHRAIBER;

GOMES; COUTO, 2005; SCHRAIBER *et al.*, 2010; SCHWARZ, 2012; VILLELA; PEREIRA, 2012).

Torna-se claro que os homens só procuram o serviço de saúde na presença de situações que interferem na realização de seu papel de trabalhador, conseqüentemente, o cuidar de si e dos outros, não faz parte do processo de socialização dos homens (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012). Eles possuem uma tendência de se exporem a situações de risco, como uma forma de afirmar a sua virilidade e invulnerabilidade, o que os tornam mais vulneráveis aos problemas de saúde (COUTO *et al.*, 2010). Portanto, admite-se que as características atribuídas ao gênero masculino, dificulta o reconhecimento da necessidade e a procura pelos serviços de saúde.

Algumas destas características de gênero, percebidas nos homens, salientam o machismo, que, coadunado à ideia de que homem não adoce e ainda aos comportamentos tipicamente masculino, que incluem o uso do álcool, do tabagismo e a violência, os colocam em posição de não procura pelos serviços de saúde. É válido ressaltar que os fatores culturais são considerados como responsáveis por estes comportamentos que dificultam um acompanhamento mais integral, incluindo intervenções de prevenção, pois, em geral, os homens, quando chegam aos serviços de saúde, estão com pouca paciência para esperar por atendimento, vão direto à fila da farmácia, com o cartão de saúde em mãos. Ou seja, entram e saem do serviço o mais rápido possível (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

As maiores causas da baixa adesão dos homens às condutas de promoção à saúde são as barreiras socioculturais, que se estruturam como obstáculos entre eles e os serviços de saúde, bem como favorecendo a crença e os valores do que é ser masculino e os estereótipos de gênero ainda presentes na cultura patriarcal (POZZATI *et al.*, 2013). Associado às características culturais relacionadas aos homens, encontram-se algumas justificativas, por parte deles, para a postergação com o cuidado da sua saúde, entre elas, destacam-se: a falta de tempo em função das exigências da rotina do trabalho, a crença de que a admissão da necessidade de assistência médica poderia pôr em risco o seu emprego e a percepção dos serviços de saúde como espaços tipicamente femininos (NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Acrescenta-se a essas justificativas, na visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, que os homens não procuram a atenção primária em decorrência da organização dos serviços, da ausência ou da pouca atratividade no acolhimento, do horário de funcionamento incompatível, da falta de qualificação profissional, da falta de parcerias que vejam o homem além do modelo medicalizante e, assim, por meio de práticas integradas e

avalições conjuntas (GOMES *et al.*, 2011). Neste mesmo sentido, soma-se à falta de hábito em se expor aos profissionais, o medo em descobrir que algo vai mal em relação à própria saúde e a falta de unidades de saúde específicas para o cuidado dos homens (POZZATI *et al.*, 2013).

Ainda sobre os motivos que inibem os homens de acessarem os serviços de saúde, que previna agravos e promova a saúde, está a dificuldade em marcar consultas, a jornada laboral, o fato de ser do sexo masculino, não possuir nenhuma doença, a falta de especialidade para esta população, o número insuficiente de profissionais e as poucas ações educativas (FERREIRA, 2013; LEVORATO *et al.*, 2014; SILVA; SANCHO, 2013).

Acredita-se que a população masculina tem necessidades de saúde a serem atendidas. Contudo, os próprios homens referenciam como obstáculos a vergonha de se expor, a impaciência, a inexistência de tempo, a falta de resolutividade das necessidades de saúde, a inibição, a agressividade, o nervosismo e a pressa quando se trata de cuidar da própria saúde (CAVALCANTI *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2011). Salienta-se o caso daqueles homens que, quando promovem o cuidado de seu corpo, cultivam um intenso fisiculturismo, transformando o cuidado de si em risco de adoecimento (GOMES *et al.*, 2011).

É imperioso destacar que os homens, ao mesmo tempo em que não buscam os serviços de atenção primária à saúde, utilizam os serviços emergenciais, tais como as farmácias e os prontos-socorros, justificado pelo fato de que, nesses espaços, eles se sentem mais à vontade para expor seus problemas de saúde e têm suas necessidades atendidas de maneira ágil e eficaz. A população masculina, adepta aos serviços de atendimento emergencial de saúde, procura esses serviços quando surge algum sintoma que dificulte as atividades diárias ou profissionais, muitas vezes levando ao diagnóstico e tratamento tardio, colaborando para a cronicidade das doenças, para o aumento do número e do tempo de internação hospitalar e elevando o índice de morte entre os homens quando comparado ao das mulheres (POZZATI *et al.*, 2013).

Os homens procuram o sistema de saúde diretamente pela atenção especializada, devido à resistência em se cuidarem, postergando a ida ao serviço, ocasionando o agravamento da sua condição de saúde (BASTOS *et al.*, 2011; SILVA; COELHO; PINTO, 2016). Além do que foi referido quanto ao tipo de acontecimento necessário para que os homens dessem entrada ao sistema de saúde pela atenção especializada, está a situação de que dificilmente encontram-se postos de saúde ou ambulatórios abertos após as dezessete horas, cabendo aos homens apenas os serviços de emergência e urgência que possuem atendimento 24 horas, fazendo com que eles deixem de se beneficiar das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, fazendo-os

se direcionarem aos serviços de pronto atendimento, muitas vezes superlotando-os, por demandas que poderiam ser resolvidas na atenção básica (FERREIRA, 2013).

A fim de exemplificar o que foi afirmado acima, um estudo realizado na região Sul do Brasil constata que os serviços de emergência atendem homens entre 18 e 61 anos, classificados pelo protocolo de Manchester como atendimento imediato, risco alto e risco moderado, mas também como não urgente e risco baixo. Identificou-se nesse estudo que a maioria dos homens entrevistados procurou assistência no serviço de emergência por problemas crônicos, como hipertensão, asma e hipoglicemia; além dos agravos agudos recorrentes e que exigem tratamento prolongado (ACOSTA; LIMA, 2015).

Os participantes desse estudo elencaram como motivos para esta procura nas emergências hospitalares as seguintes situações: organização da atenção à saúde do país; a facilidade de acesso às unidades de emergência, quando comparada aos demais serviços de saúde, principalmente à atenção primária; a valorização da tecnologia reunida em um único lugar; a percepção de resolutividade de problemas de saúde em experiências prévias; o vínculo com os profissionais e com o hospital; e o retorno solicitado pela equipe de saúde (ACOSTA; LIMA, 2015).

Percebe-se, com todas essas publicações acerca de estudos que enfatizam a situação de saúde dos homens, que a problemática está vinculada a questões de gênero, favorecendo condições graves, como a cronicidade das doenças, agravos por vezes fatais e os custos elevados ao sistema de saúde. Estudos comparativos entre homens e mulheres, realizados pelo Ministério da Saúde e pela *World Health Organization* comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morrem mais precocemente quando comparados às mulheres, demonstrando que essa vulnerabilidade e as altas taxas de morbimortalidade estão vinculadas à falta procura dos homens aos serviços de atenção básica (BRASIL, 2008a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Os altos índices de morbimortalidade masculina e os referenciais de gênero podem cooperar para uma melhor compreensão dos processos de adoecimento e morte masculina (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011). Outra estimativa bastante frequente nos estudos sobre homens, masculinidades e saúde são os índices demonstrativos da vulnerabilidade dos homens à violência, seja como autor ou como vítima (TRILICO *et al.*, 2015).

Em relação à vulnerabilidade da população masculina à violência, destaca-se o autoextermínio, pois os homens apresentam alta taxa de mortalidade por este agravo, por utilizar métodos agressivos para evidenciar a sua força e virilidade, e, portanto, com êxito em suas tentativas (SANTANA *et al.*, 2011). Os homens que se autoexterminam são adultos em

fase laboral ativa, moram sozinhos, estão depressivos, são usuários de drogas, praticam esse ato por intoxicação (autoenvenenamento por via oral, com o agente tóxico aldicarbe), com maior concentração de óbitos entre a faixa etária de 20 a 59 anos, cujo o tipo de exposição foi suicida (SILVA *et al.*, 2014; SILVA; COELHO; PINTO, 2016).

No Brasil, em um estudo sobre a mortalidade por intoxicação ocupacional relacionado a agrotóxico, prevaleceram as intoxicações por organofosforados e carbamatos, em que os homens foram os que tiveram o maior índice de óbitos (SANTANA; MOURA; NOGUEIRA, 2013). Dessa forma, compreende-se que o sexo masculino, por uma questão de gênero em relação à própria percepção enquanto provedor, está imerso em ocupações que o predispõe a situações de maior vulnerabilidade ocupacional, facilitando a aquisição de substâncias tóxicas, de fácil ingestão oral, para a utilização em prol do cometimento do autoextermínio.

Relativo à distribuição do autoextermínio por sexo, observa-se que as mulheres têm comportamento suicida com maior constância, contudo são os homens que cometem mais suicídio, pois seu intento, na maioria dos casos, logra sucesso. Alguns comportamentos masculinos estimulam a prática do suicídio, ressalta-se a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais das armas de fogo. Aponta-se ainda: a posição de provedor econômico da família, a situação de estresse para essa população; a cultura patriarcal; e as adversidades da economia mundial que favorecem o desemprego e o empobrecimento, motivos que induzem ao desespero, à depressão e ao suicídio (SANTANA *et al.*, 2011).

Além da violência enquanto agravo da saúde, a população masculina apresenta outras condições que a coloca entre as alarmantes estatísticas do país, como: os acidentes de trânsito, retratado por aproximadamente 4,5 homens para cada mulher; a dependência de álcool, representado pelo percentual de 19,5% quando comparados aos 6,9% das mulheres; o consumo do tabaco, que acarreta maior vulnerabilidade quanto às doenças cardiovasculares, aos cânceres, às doenças pulmonares obstrutivas crônicas e às doenças bucais (BACCHIERIL; BARROS, 2011; TRILICO *et al.*, 2015). Ratificando o exposto, os dados do Vigitel, de 2015, mostraram que, no quesito da nutrição, 57% dos homens têm sobrepeso e 18% estão obesos, 25% deles consomem bebidas alcólicas, 13% fumam e apenas 31% consomem regularmente frutas e verduras (TRIBUNA, 2016).

Sabe-se que as diferenças de morbimortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas, pois, segundo as últimas pesquisas do IBGE, os homens morrem mais cedo e principalmente por causas externas. O padrão da mortalidade entre os homens brasileiros, por si, já caracteriza um padrão de gênero, uma vez que, ao se comparar com as

mulheres, percebe-se a superioridade das taxas de mortalidade, chegando a quatro vezes mais entre os homens de 20 a 29 anos; 2,7 entre 30 e 39 anos; 2,1 entre 40 e 49 anos; e 1,9 entre 50 e 59 anos (BRASIL, 2012b).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) afirma que a taxa de mortalidade geral no Brasil, na faixa etária de 20 a 59 anos de idade é igual a 3,5; entretanto, é 2,3 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres. Nessa taxa de mortalidade, destacam-se as causas externas, principalmente entre os homens mais jovens, enquanto que as demais são mais frequentes nas idades mais avançadas, com exceção das doenças infecciosas e parasitárias, que acometem mais os homens entre 30 e 49 anos de idade. É importante referenciar os problemas relacionados ao aparelho geniturinário nos homens, destacando-se o câncer de próstata que corresponde à segunda causa mais comum de morte por câncer no Brasil, atingindo principalmente os homens com 50 ou mais anos de idade (BRASIL, 2012b).

Diante do exposto e ratificado por Hemmi, Conceição e Santos (2015), acredita-se que existe uma relação entre a masculinidade hegemônica e os índices elevados de morbimortalidade masculina, já que as características desse tipo de masculinidade são contrárias às atitudes de autocuidado. Autores como Romeu Gomes (2011) admitem que os índices de morbimortalidade masculina estão associados não a uma invisibilidade do sujeito enquanto protagonista do seu cuidado, mas à ausência de políticas de saúde que o aceite dessa maneira invisível.

Ao reconhecer essa inexistência de políticas públicas direcionadas ao homem, o Ministério da Saúde lançou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Considerada pelo MS como uma política pública de destaque no cenário mundial, pois ela foi a primeira na América Latina e a segunda no continente americano, após o Canadá (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

A PNAISH tem por objetivo: promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político econômicos; respeitar os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão; e possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008a).

Considera-se como objetivo específico da PNAISH, a promoção da atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco e em situação carcerária, mediante o desenvolvimento de estratégias voltadas para a promoção da equidade

para os distintos grupos sociais. Os princípios norteadores desta Política são a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, no reconhecimento e no respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais (BRASIL, 2008a).

Os princípios e os objetivos da PNAISH devem ser discutidos e aprovados não apenas como uma política voltada para homens, porém como uma política transversal de gênero na conjuntura das ações em saúde (COUTO; GOMES, 2012). Destaca-se que, além do lançamento da PNAISH, o MS criou e divulgou o Plano de Ação Nacional da PNAISH para 2009-2011, sendo evidente que não havia, até então, nenhuma referência à diversidade masculina proposta na política, como ações prioritárias para os três anos (BRASIL, 2009). Assim, concorda-se que as políticas de saúde têm se direcionado em mostrar a vulnerabilidade dos homens, tentando fazê-los conscientes dessa vulnerabilidade, e por fim, normatizá-los (VILLELA; PEREIRA, 2012).

Ainda em relação ao Plano de Ação, se reconhece que a maioria dos municípios reproduziu em seus planos de ação, a matriz de planejamento do Plano Nacional (BRASIL, 2009), mas sem definição de metas, condição *sine qua non* para a implantação de qualquer política pública que seja legitimada pelas necessidades da população com mudanças positivas da realidade (MOURA *et al.*, 2012).

A PNAISH possibilita mudanças profundas na reorganização de práticas e sentidos acerca do que é ser homem, nas relações de desigualdades de gênero e nas suas implicações no processo saúde-doença. Para o aprimoramento desta Política, torna-se necessário que exista uma interlocução com as demais políticas de saúde e programas voltados à equidade de gênero e diversidade cultural, bem como no reconhecimento da pluralidade das masculinidades e, com isso, favorecer ações que reforcem a unicidade e os princípios da equidade e universalidade (SCHWARZ, 2012).

Percebe-se que, apesar do conceito de gênero se encontrar como o eixo da PNAISH, a utilização feita pelos profissionais de saúde se dá apenas no sentido de justificar os padrões socialmente esperados em termos de comportamento dos homens. Sendo assim, as atividades existentes são direcionadas aos homens de maneira pontual e clínico-assistenciais, com pouca articulação com as diretrizes propostas na Política (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Um estudo realizado com profissionais da saúde sobre a PNAISH apontou que esta política é vista como episódica, eventual, com envolvimento temporário e ocasional do profissional, revogada a outras especialidades, desnecessária na medida em que seja contemplada nos princípios e diretrizes da atenção primária à saúde ou compreendida como uma demanda a mais, por encontrar barreiras na execução (GOMES *et al.*, 2012).

A concepção social dos homens como vulneráveis e infantilizados, que não cuidam de si porque não sabem ou mesmo não querem, é um desvio observado na PNAISH. No entanto, espera-se buscar conhecer a população masculina enquanto protagonista de suas demandas, necessidades, desejos e cuidados, embasando esta busca, nas suas pluralidades de contextos e condições biopsicossociais. Diante da realidade encontrada junto à população masculina, frente a PNAISH, legitima-se esta política, por acreditar que ela esteja proporcionando o pensar e repensar dos possíveis caminhos para a consolidação da relação entre gênero, saúde do homem e agenda política (SCHWARZ, 2012).

Apreende-se que com as discussões e práticas decorrentes de uma construção em prol do que é ser homem e suas implicações para a saúde, destacando-se as inferências sobre gênero e a implementação de uma Política específica a esta população, que os homens, mesmo de maneira exígua, têm procurado os serviços de saúde, com fins como a recuperação, a prevenção de agravos e a promoção da saúde.

Reafirmando o exposto, um estudo, realizado com profissionais sobre a demanda dos homens nos serviços de saúde, evidencia que a realidade outrora marcada pela diminuta participação masculina tem se modificado rapidamente, dado que, na atualidade, o número de homens já é superior ao observado há alguns anos. Os homens que procuram pelos serviços são trabalhadores que exercem atividades remuneradas, com idade entre 30 e 50 anos, e os idosos com doenças crônicas e que necessitam buscar receitas ou medicamentos (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Os motivos que frequentemente levam esses homens a procurem os serviços de saúde estão relacionados a sintomas agudos percebidos e que dificultam as atividades de trabalho, as doenças cardiovasculares, a hipertensão, o diabetes e as questões de ordem sexual (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012). Ao identificar a crescente participação dos homens nos serviços e os motivos determinantes para isso, enfatiza-se a necessidade da efetiva consolidação de um modelo de atenção à saúde que questiona a contradição entre os dados epidemiológicos quanto à saúde masculina e a posição dos serviços de saúde em permanecerem no senso comum da invulnerabilidade dos homens ao adoecimento (LEVORATO *et al.*, 2014).

Na saúde coletiva, que teoriza sobre a determinação social no processo saúde-doença, a saúde e a doença são igualmente visualizadas e entendidas, não se negando o alicerce biológico que cada indivíduo traz consigo, mas reconhecendo que cada grupo social tem um potencial de desgaste ou proteção, decorrentes das formas de produção e reprodução social que eles vivenciam (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014). Assim, mesmo que tenha havido um progressivo acúmulo de reflexões sobre a promoção e a prevenção da saúde sob uma

perspectiva de gênero, o cuidar de si, no sentido da saúde, e também o cuidar dos outros ainda são ausentes no processo de socialização masculina, constituindo como pauta importante de como os profissionais devem vislumbrar os usuários masculinos que assistem nos seus serviços (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

A existência de um modelo estereotipado de gênero determina a produção ou a reprodução de desigualdades entre homens e mulheres, na assistência à saúde, comprometendo a visibilidade de outras acepções e expressões de identidades de gênero (MACHIN *et al.*, 2011). Valoriza-se a importância de desconstruir a consolidada imagem do homem negligente e contrário à saúde e às relações de cuidado, pois esse estereótipo continua direcionando a prática do profissional de saúde, impedindo que ocorra um avanço em relação ao cuidado masculino centrado no indivíduo e em sua particularidade, enquanto ser que se cuida (ARRUDA; MARCON, 2016).

Os homens, na maioria das vezes, ainda não compreendem em sua totalidade o sentido de saúde, doença e prevenção, bem como se embasam no dimensionamento biológico (TRILICO *et al.*, 2015). À vista disso, os serviços de saúde precisam ser modificados ao ponto de incluir as necessidades específicas da população masculina, capacitando os seus profissionais para se adequarem a modelos inclusivos ao homem (SILVA *et al.*, 2012).

Entre as estratégias essenciais ao atendimento à saúde do homem está a capacitação dos profissionais dos serviços de saúde com enfoque de gênero, o conhecimento das especificidades dessa população, o desenvolvimento de ações educativas direcionadas às questões prioritárias afetantes da saúde do homem, a melhoria na infraestrutura física e de pessoal para garantir assistência qualificada (POZZATI *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2012). Também é considerada como estratégia de enfrentamento o desenvolvimento de ações integradas entre a saúde e a educação, para que ocorra a conscientização da importância de promoção da saúde e prevenção da doença, além da humanização da saúde por meio do acesso, do acolhimento, da comunicação e do vínculo (CAVALCANTI *et al.*, 2014; FERREIRA, 2013).

Frente a todas essas reflexões e preocupações levantadas, é imprescindível que: ocorra uma mudança na mentalidade dos homens sobre o autocuidado; exista igualdade nas relações de gênero no que tange às condições de saúde; se reconheça uma dinâmica de saúde que estabeleça relações entre diferentes atores e contextos, incluindo os familiares, os serviços de saúde, as normas culturais e sociais do usuário masculino.

2.3 Atenção Domiciliar: avanços e desafios na busca da assistência humanizada e de qualidade

A sociedade oriunda da Revolução Industrial construiu uma estrutura ideológica que validou a concretização do acúmulo de conhecimentos e de tecnologias impactantes como meios para viabilizar um mundo mais igualitário e seguro. Dessa maneira, o processo tecnológico e suas inovações advindas de um mundo pós-moderno para a sociedade como um fator paradoxal. Ele origina expectativas positivas e negativas, incertezas e desafios, como razão para constantes construções e reconstruções sociais.

As transformações da medicina contemporânea rumo à crescente cientificidade e refinamento tecnológico ainda arraigados ao modelo positivista, apresentam efeitos dicotômicos entre a positividade e a negatividade. De um lado, identificam-se como imperiosos avanços na aceleração e ampliação do poder dos diagnósticos, a precocidade nas intervenções terapêuticas, o aumento da eficácia e eficiência, a precisão e segurança de muitas dessas intervenções, além da melhora do prognóstico e da qualidade de vida desses usuários em uma série de agravos. Por outro lado, encontram-se a automatização e o absolutismo dos exames complementares, a excessiva segmentação do usuário em órgãos e funções, o intervencionismo exacerbado, os onerosos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e as iatrogenias¹ (AYRES, 2007; SILVA; PINTO; JORGE, 2011).

A execução acelerada do desenvolvimento tecnológico e científico determina uma mudança permanente da sociedade e esta, por sua vez, delibera algumas demandas tecnológicas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem estar do ser humano. Assim, no contexto da hegemonia do modelo biomédico de base tecnológica, verifica-se um permanente paralelo entre a doença e o ser doente, individualizando cada vez mais o doente, objeto da intervenção tecnológica e consumidor desta tecnologia (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007).

O paradigma biomédico tem se tornado objeto de estudo e de várias críticas, o que faz surgir novas ideias e práticas na tentativa de aperfeiçoar o cuidado, em uma perspectiva amplificada, inclusiva, dialógica, que considere os protagonistas envolvidos no cuidado. Arelado a essa necessidade de aperfeiçoamento no cuidado, as mudanças das sociedades, caracterizadas por uma transição epidemiológica e demográfica, apontam para uma necessária reformulação no modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, garantir o direito à

¹ Doenças com efeitos e complicações causadas como resultado de um tratamento médico. O termo é oriundo do grego e significa *de origem médica*, podendo ser aplicado tanto a efeitos bons como ruins. Em farmacologia, iatrogenia refere-se a doenças ou alterações patológicas criadas por efeitos colaterais dos medicamentos.

saúde e a lidar de forma mais eficaz com as necessidades de saúde resultantes dessas transições (BRASIL, 2012a).

As transições demográficas e epidemiológicas identificadas no século passado determinaram um novo perfil de risco, em que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – por serem extremamente prevalentes, de alto custo social e de grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo – causam um grande fardo de sofrimento, assumem um papel importante e impõem custos elevados e preocupantes para os governantes (GOULART, 2011). O envelhecimento populacional, a partir do qual os indivíduos deparam-se com doenças ou deficiências nos seus domicílios, encontra-se incluso nas transições demográficas, demandando, das políticas públicas de saúde, o desenvolvimento de tecnologias que respondam às necessidades de um atendimento mais personalizado (PALM, 2014).

O envelhecimento populacional acentua-se cada vez mais, o aumento nos custos do sistema hospitalar, o desenvolvimento de equipamentos tecnológicos, que têm possibilitado maior taxa de sobrevivência das pessoas, o aumento da procura por cuidados de saúde, o interesse dos profissionais de saúde por novas áreas de atuação, a exigência por maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde, além da necessidade de maior integração da equipe profissional com o usuário e sua família, fazem com que seja necessário uma nova alternativa ao cuidado (BRASIL, 2006a; FEUERWERKER; MEHRY, 2008).

Assim, os sistemas de atenção à saúde, ao funcionarem como um dispositivo de resposta às necessidades de saúde da população, devem ser harmônicos entre a situação de saúde apresentada pela população e a forma como se estrutura o sistema para que possa responder, socialmente, a essas situações específicas (OPAS, 2010). Como forma de contraposição ao modelo biomédico vigente e para atender a essas demandas personificadas de saúde, surge a atenção domiciliar (AD) e suas interfaces.

A AD apresenta-se como alternativa ao cuidado hospitalar, com a possibilidade de retomar ao domicílio como espaço para produção de cuidado e como um instrumento para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde, trazendo grande potencial de inovação (FEUERWERKE; MERHY, 2008). Os cuidados de saúde, dispensados às pessoas em domicílio, não constituem um novo método, pois na Europa, no final do século XVIII, até mesmo antes do surgimento dos hospitais e ambulatórios, já se praticava a atenção no domicílio como modalidade de cuidado (SILVA *et al.*, 2005).

A atenção domiciliar como extensão do hospital surgiu em 1947, com o objetivo de diminuir o número de usuários internados nessas instituições. Em vista disso, as experiências desse tipo de atenção multiplicaram-se na América do Norte e Europa (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, a AD originou-se com os médicos de família, que atendiam em domicílio, aos doentes providos financeiramente, proporcionando assistência humanizada e de qualidade, cabendo aos pobres a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI; DIAS, 2006).

O primeiro atendimento domiciliar brasileiro organizado como um serviço surgiu em 1949 e era denominado Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Entretanto, a AD só foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funcionava desde 1963 (REHEM; TRAD, 2005).

Os serviços de atenção domiciliar (SAD) iniciaram-se na década de 1960 e tiveram sua expansão no Brasil a partir da década de 1990, promovendo a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas, de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA *et al.*, 2010).

No Brasil, na década de 2000, havia numerosas experiências e projetos orientados para a AD, com variadas características e modelos de atenção, destacando-se sob o aspecto normativo o Programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids (ADT-Aids) e o programa direcionado à atenção dos idosos, que possui portarias específicas (CARVALHO, 2009). Todavia, é imperioso destacar que a maioria das experiências brasileiras em AD, nessa época, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde e de hospitais, nos três níveis de governo, e não contavam com incentivos ou regulamentação de financiamento. Essas iniciativas possuíam lógicas diversas, desde a substituição dos cuidados hospitalares, até a humanização da atenção e formas de racionalização de recursos assistenciais (CARVALHO, 2009).

Os pressupostos do modelo clínico transposto para a AD vêm acompanhando o desenvolvimento da clínica, muito embora venham obtendo novos delineamentos, na medida em que a ciência, a tecnologia, a estrutura organizativa, políticas e dinâmicas de trabalho e saúde ampliam seus espaços e processos de intervenção assistencial. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) normatiza a AD por meio de Leis, Resoluções e Portarias, com caráter diretivo e normatizador, tendo sua concepção com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990). No início dos anos 2000, a AD era direcionada a usuários de patologias específicas, como os que possuíam Distrofia Muscular Progressiva, mediante Portaria GM/MS 1.531, de 04 de setembro de 2001 (BRASIL, 2001).

No ano de 2002, a assistência domiciliar amplia-se quando oferta seus serviços à saúde do idoso, por meio da Portaria SAS/MS 249, de 16 de abril de 2002 (BRASIL, 2002a). Com o propósito de fortalecer ainda mais a AD, o MS regulamenta a Lei 10.424, de 15 de abril de 2002, havendo nela o acréscimo de um capítulo direcionado à AD, dispondo que a assistência domiciliar será ofertada através do atendimento domiciliar e da internação domiciliar, desenvolvida por equipes multidisciplinares atuantes nos níveis de prevenção, do tratamento terapêutico e da reabilitação, sendo realizada logo que houvesse a indicação médica e a concordância do usuário e de sua família (BRASIL, 2002b).

A internação domiciliar teve uma maior evidência no ano de 2006, mediante um conjunto de atividades prestadas no domicílio à pessoa com quadros clínicos estáveis e que apresentavam a necessidade de cuidados acima daqueles ofertados em ambulatórios (BRASIL, 2006b). Após esse marco da AD, observou-se um certo recesso nas regulamentações ministeriais, mas, em meados de 2011, mediante a Portaria 2.029, a AD foi instituída no âmbito do SUS, estabelecendo normas para cadastramento e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu funcionamento, e assim instaurando o Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c).

O Melhor em Casa foi um programa sistematizado pelo governo federal e desenvolvido em parceria com os governos estaduais e municipais, além dos SAD. A AD pretende promover uma assistência multiprofissional, amparada por equipe de apoio aos cuidados no domicílio. Os programas Melhor em Casa e o SAD compõem a Rede de Atenção à Saúde e devem se integrar perante o estabelecimento de fluxos assistenciais, protocolos clínicos, protocolos de acesso e mecanismos de regulação (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2013c).

Ainda no ano de 2011, a Portaria 2.029 é revogada pela Portaria 2.527, de 27 de outubro, a fim de melhor responder às necessidades da população. Esta substituição objetivou incluir, nos serviços de atenção domiciliar, os municípios de menor tamanho populacional, bem como determinar normas de cadastro dos SAD para os usuários que clinicamente pudessem ser atendidos e mantidos em domicílio por equipes específicas a este propósito (BRASIL, 2011b).

A Portaria 2.527 foi revogada pela Portaria 963, de 27 de maio de 2013, em que esta redefine a AD no âmbito do SUS, estabelecendo a universalização, isto é, uma possibilidade de para que todos os municípios pudessem aderirem ao Programa Melhor em Casa, independentemente de seu porte populacional (BRASIL, 2013b). A seguir, no Quadro 1, expõe-se as principais regulamentações referentes à AD no Brasil, até o ano vigente de 2016.

Quadro 1 - Principais regulamentações referentes a atenção domiciliar no Brasil, de 1990 a 2016.

Leis, Portarias e Resoluções	Regulamentações
Lei 8.080/1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Portaria 2.416/1998	Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critério para realização de internação domiciliar no SUS.
Portaria 1.531/2001	Institui o direito aos pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva o uso da ventilação mecânica não invasiva em domicílio, financiado pelo SUS, mediante equipes específicas para essa finalidade.
Lei 10.424/ 2002	Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS.
Portaria 249/2002	Institui a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso pela Portaria SAS/MS nº 249 de 16 de abril de 2002.
Portaria 2.529/2006	Institui internação domiciliar no âmbito do SUS. Dispõe que a internação domiciliar é um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa e por equipe exclusiva para esse fim.
Resolução RDC Nº 11/2006	Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

Leis, Portarias e Resoluções	Regulamentações
Portaria 370/2008	Institui no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares.
Portaria 2.029/2011	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Revoga a Portaria 2.529/2006 e estabelece as normas para cadastro e habilitação dos SAD e os valores de incentivo para o seu funcionamento.
Portaria 2.527/2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Revoga a Portaria 2.029 e acrescenta a modalidade AD1 em atenção domiciliar, remove o foco da internação domiciliar, a organização do SAD a partir de uma base territorial de 100 mil habitantes, amplia o número de município elegíveis a partir de uma população de 40 mil habitantes e integra a AD a Rede de Atenção à Saúde.
Portaria 963/2013	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Revoga as Portarias 2.527/2011 e 1.553/2012 e estabelece a possibilidade dos município aderirem ao Melhor em Casa.
Portaria 1.505/2013	Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar.
Portaria 1.814/2013	Acrescenta o § 4º ao art. 11 da Portaria 204/GM/MS/2007, para dispor sobre a transferência direta de recursos federais referentes ao incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar aos Fundos Estaduais de Saúde.
Portaria 1.208/2013	Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.
Portaria 825/2016	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas.

Fonte: Brasil (1990, 1998, 2001, 2002a, 2002b, 2006a, 2006b, 2008b, 2011a, 2011b, 2013a, 2013b, 2013d, 2013e, 2016).

Essas Leis, Portarias e Resoluções propiciam a organização do setor público e privado em relação ao serviço, ao usuário e à família, que estão inseridos nesta modalidade de assistência. Os serviços oferecidos nos domicílios devem orientar-se nas portarias para caracterizar as práticas de cuidado, de acordo com a complexidade do usuário (PIRES *et al.*, 2013).

A Atenção Domiciliar é uma modalidade alternativa à internação hospitalar que permite uma redução na demanda ou no período de internação no hospital, além de reduzir complicações decorrentes de longas internações, diminuindo os custos com tecnologias direcionadas aos pacientes hospitalizados (PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011). Esta modalidade de atenção à saúde é nova, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestada em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Destacam-se como objetivos da AD: a possibilidade da pessoa dependente/família manter maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado; à consequente diminuição dos custos quando comparados domicílio e hospital; à redução dos riscos de infecção hospitalar; o maior envolvimento da família no planejamento e execução dos cuidados necessários; à redução da mortalidade e maior sobrevida em idosos portadores de danos crônicos; à reorganização do processo de trabalho; a redução da demanda no período de internação hospitalar; e o aumento da rotatividade dos leitos (BRASIL, 2012a; DAY; PASKULIN, 2013; ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009).

A AD é composta pela assistência domiciliar, por meio de um conjunto de atividades programadas e continuadas, desenvolvida no próprio domicílio. Essa assistência vai desde a visita domiciliar, o atendimento educacional e assistencial a pacientes crônicos, os cuidados paliativos a pacientes terminais, até a internação domiciliar, que exige uma intensidade maior de cuidados e aparatos médico-hospitalares e uma atenção em tempo integral em casos clínicos mais complexos. A atenção domiciliar está organizada em três modalidades denominadas de AD1, AD2 e AD3, todas definidas mediante a caracterização do paciente assistido e do tipo de atenção e procedimentos utilizados na realização do cuidado ofertado (BRASIL, 2013c).

A AD1 designa-se a usuários: com problemas de saúde controlados ou compensados; com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; que necessitam de cuidados de menor complexidade, incluindo os de recuperação nutricional; com necessidade de uma visita ao mês pela equipe, após avaliação clínica; em

capacidade de ser atendido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS); e com permanência habitualmente contínua (BRASIL, 2012a).

A AD2 destina-se a usuários: com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro; que necessita de, pelo menos, uma visita da equipe por semana; que são assistidos pela EMAD e EMAP; e com permanência habitualmente temporária, podendo ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1 (BRASIL, 2012a).

A AD3 direciona-se a usuários: com semelhanças aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos e procedimentos especiais; de maior complexidade, exigindo abordagem multiprofissional sistematizada e frequente; com necessidade de, pelo menos, uma visita da equipe por semana; frequentemente de caráter crônico; assistidos pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e as equipes multiprofissionais de apoio (EMAP); e com permanência habitualmente contínua (BRASIL, 2012a).

A AD está pautada nos princípios do SUS, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, onde as práticas dos cuidados clínicos são baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e o biomecanicismo. Esse modelo de atenção está centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, além de estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, dos usuários, das famílias e dos cuidadores (BRASIL, 2013b).

As variáveis sociodemográficas, clínicas, psicossociais e o grau de dependência, associados à classificação do tipo de atenção domiciliar subsidiam a tomada de decisão da equipe sobre as prioridades e a melhor forma de atender às necessidades de saúde daqueles que precisam de cuidados domiciliares no território em saúde, subsidiando a gestão do cuidado ampliado nas Redes de Atenção à Saúde no SUS (PIRES *et al.*, 2013).

Assim, percebe-se que os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) são responsáveis por promover a indicação da AD e a consequente inclusão em um Serviço de Atenção Domiciliar. Os serviços que constituem a RAS são: Unidade de Urgência e Emergência (UPA, SAMU, SPA, entre outros), hospitais (Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades Intermediárias), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Especialidades e Referências (ambulatórios, consultórios) e requerimentos (demandas judiciais, por exemplo), ou por iniciativa ou necessidade do paciente, familiares e vizinhos (BRASIL, 2012a).

Como dito anteriormente, o SAD compõe a RAS, e naquele serviço, encontram-se duas equipes de extrema importância, por conta de suas funções. São elas: a EMAD e a EMAP. Os profissionais que integram essas equipes estão expostos no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Descrição dos profissionais que integram as EMAD e EMAP da Atenção Domiciliar.

Equipes	Profissionais	Carga Horária
EMAD- Tipo 1	Profissionais médicos; Profissionais enfermeiros; Profissional fisioterapeuta e/ou assistente social; Auxiliares ou técnicos de enfermagem.	Somatório da carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, para médicos e enfermeiros por equipe; Somatório da carga horária semanal de 30 (trinta) horas de trabalho, para fisioterapeuta ou assistente social por equipe; Somatório da carga horária semanal de 120 (cento e vinte) horas de trabalho, para auxiliares ou técnicos de enfermagem por equipe.
EMAD- Tipo 2	Profissional médico; Profissional enfermeiro; 1 (um) profissional fisioterapeuta; 1 (um) profissional assistente social; Auxiliares ou técnicos de enfermagem.	Somatório da carga horária semanal de 20 (vinte) horas de trabalho, para médico por equipe; Somatório da carga horária semanal de 30 (trinta) horas de trabalho, para enfermeiro, fisioterapeuta e assistente social por equipe; Somatório da carga horária semanal de 120 (cento e vinte) horas de trabalho, para auxiliares ou técnicos de enfermagem por equipe.
EMAP	No mínimo três profissionais entre os listados:	O somatório da carga horária dos três profissionais, deverá acumular, no mínimo, 90 horas semanais.

Equipes	Profissionais	Carga Horária
	Assistente social; Fisioterapeuta; Nutricionista; Fonoaudiólogo; Odontólogo; Psicólogo; Farmacêutico; Terapeuta Educacional.	

Fonte: Brasil (2011c, 2013b, 2016).

A Enfermagem é uma profissão que tem papel de destaque na AD, possuindo uma prática crítico-reflexiva e humanizada, pautada em normatizações próprias a este tipo de atenção à saúde, destacando a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 267/2001, que dispõe sobre as atividades de Enfermagem em Domicílio - *Home Care*. A resolução do COFEN nº 270/2002 dispõe que toda empresa de prestação de serviços de Enfermagem Domiciliar, e/ou filiais, deve ser dirigida por Profissional Enfermeiro devidamente inscrito e em dia com suas obrigações junto ao Conselho Regional de sua área de atuação. A resolução do COFEN nº 0464/2014 normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar (COFEN, 2001, 2002, 2014).

O profissional farmacêutico acompanha a equipe em domicílio com a função de verificar o armazenamento e o cuidado com os medicamentos prescritos para o usuário, bem como orientar o cuidador em relação ao uso adequado e monitoramento da resposta terapêutica às possíveis interações medicamentosas e às reações adversas. Ele também participa do momento da prescrição médica, a fim de orientar usuário e cuidador, principalmente, no que diz respeito às medicações que requerem uma atenção especial (OLMEDILHA; CAPPELARO, 2013; SOUZA; BRICOLA, 2010).

O papel do fonoaudiólogo na AD abrange usuário, família e outros membros da equipe. Assim, inclui em sua função atividades como: realizar avaliações de fala, linguagem e/ou da região orofaríngea; desenvolver ou indicar tratamentos individuais ou programas educacionais apropriados; realizar tratamentos; consultar outros profissionais da saúde; orientar familiares ou outros membros da equipe da assistência domiciliar; encaminhar para seguimento utilizando recursos da comunidade; indicar dispositivos para comunicação; participar dos planos de admissão e alta, entre outros (NAKAMURA, 2010).

A atuação médica na AD transcorre desde a avaliação inicial (por meio de interrogatório clínico, socioeconômico e cognitivo) do caso no período próximo à alta hospitalar, se usuário estiver hospitalizado, ou quando o usuário é apresentado pela equipe responsável, pela assistente social do setor ou mesmo pelo médico da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), até o planejamento do atendimento deste usuário, o acompanhamento no domicílio e a alta ou o óbito (MANGUEIRA, 2010). Esta profissão possui Resolução própria, sob denominação do Conselho Federal de Medicina (CFM), nº 1.668/2003, que dispõe sobre as normas técnicas necessárias à assistência de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência (CFM, 2003).

O nutricionista, mediante a resolução do Conselho Federal de Nutrição (CFN), nº 380/2005, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências, tendo seu direito resguardado em promover atividade junto a AD (CFN, 2005). Este profissional, a nível de domicílio, empenha-se em melhorar a qualidade de vida do usuário por meio da alimentação saudável e promover melhor resposta aos tratamentos estabelecidos pela adequação do estado nutricional. As etapas do atendimento nutricional domiciliar baseiam-se: na coleta de dados; avaliação antropométrica, hábitos alimentares; diagnóstico nutricional; nível de assistência nutricional; avaliação do ambiente domiciliar; plano alimentar e orientação nutricional; seguimento e reabilitação nutricional; e indicador de qualidade do alimento nutricional (SIMOMURA, 2010).

O odontólogo, no ano de 2002, ganha como especialidade a assistência odontológica às necessidades especiais em que a AD está inclusa. Sua função nessa especialidade consta de observar e analisar possíveis manifestações bucais provenientes de patologias sistêmicas ou de efeitos adversos causados por medicamentos, além de patologias bucais que podem atuar como fator desencadeante ou exacerbador de processo sistêmico. Também compete a este profissional a realização de procedimentos complexos que evitem a locomoção do usuário, atuando como agente facilitador (PRADO, 2010).

A atividade do psicólogo na AD pode acontecer em quatro instâncias: com o usuário, o cuidador, a família e a equipe de saúde da qual é integrante, a partir de um psicodiagnóstico situacional que considere todos esses componentes. O psicólogo utiliza as técnicas de psicoterapia breve ou orientação, bem como interação entre os grupos para troca de experiências (LAHAM, 2010).

O assistente social desenvolve suas atividades no domicílio com os usuários e a equipe. No que concerne aos usuários, encontra-se a decodificação da realidade; o agilizarmos dos recursos internos e externos à família; a mobilização de interesses; a orientação, reflexão e cooperação sobre as necessidades a serem alcançadas, incluindo as previdenciárias e assistências. Já para com a equipe, constata-se a colaboração na tarefa de transpor os obstáculos das diversas linguagens profissionais; interpretar a realidade social; promover a cooperação comprometida no equacionamento das questões apresentadas, principalmente as éticas e legais que envolvem a AD (ANDRADE, 2010).

O terapeuta ocupacional, no domicílio, objetiva manter, restaurar e melhorar a capacidade funcional do usuário, mantendo-o independente pelo máximo de tempo possível. Ele colabora na promoção e manutenção dos laços afetivos entre usuários e seus familiares, por meio de orientações, proporcionando esclarecimentos acerca das maneiras de lidar com as limitações, além de soluções restauradoras ou adaptativas que aumentem seu nível funcional (TAMAI; CARDOSO, 2010).

Por fim, o profissional fisioterapeuta, que é tão importante quanto os demais, elabora suas atividades de acordo com o grau de dependência e a evolução do usuário. Para os usuários totalmente dependentes, são realizadas orientações quanto às mudanças de decúbito, posicionamento, transferências, mobilização passiva e assistida de forma global e também são priorizadas as condições ventilatórias e cardiorrespiratórias do usuário. Para os dependentes com bom prognóstico, estimula-se a motricidade voluntária, mudanças de decúbitos, coordenação e equilíbrio motor e de marcha, orientando ainda sobre calçados e outros dispositivos, além de encaminhar para ambulatórios e centros de reabilitação. Para os usuários que deambulam, são realizadas orientações para melhorar a força muscular, a amplitude de movimento e, quando necessário, suporte cardiorrespiratório (IZZO *et al.*, 2010).

Quando se observa o panorama em que os SAD estão imersos, é possível reconhecer o quanto a AD necessita da integralidade dos serviços de saúde presentes na RAS. Não obstante, afirma-se que a AD é uma modalidade assistencial que tem proporcionado avanços importantes na continuidade do cuidado e na materialização da integralidade, mas que se faz necessário repensar e propor estratégias para a superação de lacunas existentes, a fim de que a AD possa apresentar avanços significativos na construção de serviços e práticas mais próximos da integralidade (BRITO *et al.*, 2013).

A atenção domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar, com a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e como um artefato para a realização de desinstitucionalização do cuidado e a utilização de novos padrões

tecnológicos do trabalho em saúde, trazendo grande potencial de inovação (FEUERWERKE; MERHY, 2013).

Percebe-se que existe um consenso em relação aos avanços das políticas de AD, mas também verifica-se que existe um extenuante caminho para a solidificação desta modalidade de atenção à saúde, no tocante a essa nova perspectiva de cuidado, devido ao seu caráter transformador e desafiador, que se apresenta composto por um implexo de tensões. Entre os desafios, encontra-se a manutenção da prática de cuidado caracterizada pelo trabalho vivo (PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011).

As práticas do saber na AD devem ser constituídas pela presença efetiva dos usuários em ação, como agente e produtos desse mundo histórico-social e subjetivo. Entretanto, a maior parte das práticas de saúde ainda possui uma profunda vivência comportamental composta pelos modelos hegemônicos (FEUERWERKER; MERHY, 2008). A AD manifesta sua importância no cenário da saúde ao oferecer novos modos de produção de cuidado e de intervenção nas RAS, principalmente por fazer do domicílio mais um espaço de cuidado, proporcionando novas modalidades de intervenção que podem cooperar para a superação do modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico (BRITO *et al.*, 2013).

Para a concretização de uma mudança no conceito e no processo de saúde, é preciso envolver a família e um conjunto de ações, de maneira transversal na promoção da saúde, na prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos, com a segurança de que haverá continuidade de cuidados (GOMES *et al.*, 2012; LAGANA *et al.*, 2013; PIRES *et al.*, 2013). No domicílio, a família tem papel primordial no cuidado, pois a sua participação pode determinar a maneira, a eficácia e a evolução do cuidado e a qualidade de vida do usuário assistido no domicílio (VIEIRA *et al.*, 2015). É imperioso destacar que, além da família, os aspectos sociais devem ser incluídos no processo de atendimento domiciliar, uma vez que eles podem impactar o modo de viver, trabalhar e de se alimentar de uma população, interferindo diretamente na saúde e conseqüentemente no SAD oferecido a este usuário (CAMPOLINA *et al.*, 2013).

Diante do contexto da AD, assevera-se que este tipo de atenção estrutura a concepção de processos contra-hegemônicos, direcionando outros sentidos e significações da existência humana, valorizando o cuidado enquanto trabalho vivo oriundo de uma tríade exemplar, que é o usuário, a família e o profissional. Mas, torna-se importante ressaltar que, a mudança do modelo tecnoassistencial só é possível quando se assume a centralidade da produção do cuidado ao usuário, quando este expressa suas necessidades e domina o seu lugar de sujeito na construção de delineamentos terapêuticos (SILVA *et al.*, 2010).

CAPÍTULO 3

DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS



A abordagem metodológica adotada em uma pesquisa, para Minayo (2012), é a articulação da teoria com o cotidiano empírico e com os pensamentos sobre a realidade social. Assim, ao reconhecer os pressupostos descritos por Minayo, considera-se que o método desta pesquisa foi criativo para assegurar a dinamicidade, os processos de subjetivações, as pluralidades e os recursos presentes no contexto da investigação.

Salienta-se que, no decorrer da evolução científica, diversas crenças, visões de mundo e de processos de trabalhos em pesquisa foram reconhecidos e legitimados pela comunidade científica. Contudo, o progresso científico se deu pela discussão das teorias e dos métodos, ocasionando crises paradigmáticas e consequentes revoluções (KUHN, 2007).

Mediante esta compreensão, a construção das definições metodológicas desta pesquisa leva em consideração as questões paradigmáticas e pragmáticas que permeiam a teoria e a prática na conjuntura da atenção à saúde. Não obstante, esta pesquisa acredita na flexibilidade metodológica como possibilidade de edificar e divulgar novos conhecimentos acerca do objetivo definido.

3.1 Referencial teórico-metodológico e abordagem da pesquisa

Para delinear um percurso teórico-metodológico coerente com a proposta desta pesquisa, a opção se dá pela abordagem qualitativa, fundamentada no referencial epistemológico das Necessidades, de Agnes Heller (1986) e as Necessidades de Saúde, de Matsumoto (1999). O método qualitativo, além de permitir desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares, proporciona a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. É por esse método que se aplicam aos estudos as relações, as representações, as crenças, as percepções, as opiniões, os produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, de como sentem e de como pensam (MINAYO, 2012).

A utilização da abordagem qualitativa permite apreender e interpretar aspectos profundos da realidade, descrevendo a complexidade do comportamento e das relações humanas na sociedade, bem como fornecer a análise detalhada sobre as percepções, atitudes e tendências de comportamento das pessoas (MARCONI; LAKATOS, 2010). A pesquisa qualitativa concede uma aproximação com a realidade, sendo capaz de tomar o cotidiano numa perspectiva compreensiva e analítica (MINAYO, 2012).

Para Minayo (2012), as abordagens com postura crítica, presentes nas ciências humanas e em particular na sociologia interpretativa ou crítica, referem-se à ciência como uma

construção analítica e não apenas descritiva da realidade. Enquanto que as compreensivas possuem como principais aspectos: o seu foco na experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; o contato das pessoas realiza-se nos seus próprios contextos sociais; a relação entre o investigador e os participantes investigados enfatiza o encontro intersubjetivo; os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e dos atores estudados; os textos apresentam realidade dinâmica e pontos de vista de vários atores; e suas conclusões não são universalizáveis, embora permitam inferências mais abrangentes.

A opção por esse tipo de estudo efetiva-se nos seguintes quesitos: o envolvimento e a vivência da pesquisadora com o objeto de investigação, a certeza de que o objeto de estudo ainda é pouco explorado e o julgamento de que os processos de subjetivações devem ser analisados a partir do significado que os participantes atribuem às experiências vivenciadas por eles na atenção domiciliar.

Adota-se a Teoria das Necessidades, por Agnes Heller, e Necessidades de Saúde, por Matsumoto, como orientação epistemológica desta pesquisa, pois ambas as teorias se aproximam em suas conceituações e teorizações, permitindo aos pressupostos deste estudo a possibilidade de uma aproximação com a realidade a ser estudada. Para assegurar a análise das necessidades de saúde dos homens em AD, o intuito é procurar conceber um referencial teórico que fosse coeso com a concepção dialética sobre o homem, a sociedade e a relação de cada ator social com o mundo em que vive. Assim, a pesquisa esmera-se em compreender como as masculinidades interferem no processo de produção e de satisfação das necessidades de vida e conseqüentemente de saúde dos homens imersos em uma sociedade tida como capitalista.

As considerações sobre as necessidades existenciais ou naturais, necessárias, sociais e radicais elaboradas por Heller (1966), a partir dos escritos de Marx, foram importantes para a análise do objeto estudado, por relacionarem-se às necessidades de saúde. Heller (1986) descreve necessidade como um desejo consciente, uma aspiração, uma intenção direcionada a todo momento para certo objeto e que estimula a ação, podendo ser uma mercadoria ou uma maneira de viver a vida.

As necessidades em saúde são atendidas por meio das práticas de saúde dos atores e dos atos de cuidar socialmente construídos e compartilhados. Elas surgem em meio às dificuldades vivenciadas pelos atores no cotidiano de sua existência. Permeiam as dores, os medos e os desejos em melhorar, em recobrar o vigor com que viviam a vida. O autor Cecílio (2001) enfatiza uma contribuição de Stotz, autor que legitima o uso de um conceito normativo de necessidades de saúde, para que ele seja descritivo e operacional (STOTZ, 1991 apud CECÍLIO, 2001). Os conceitos de necessidades existentes são muitos; no entanto, perante essas

numerosas perspectivas e acreditando na coerência teórica, Stotz (1991), citado por Matsumoto (1999) e Cecílio (2001), afirma que a taxonomia operacionaliza um conceito de necessidades de saúde, ao ponto de exprimir a dialética individual e coletiva.

Mediante o pressuposto de Stotz e a orientação de Luiz Carlos Cecílio e Norma Fumie Matsumoto, esta pesquisa analisa seus dados empíricos sob a ótica da taxonomia, que descreve as necessidades em quatro grandes grupos: necessidade de boas condições de vida; necessidade de ter acesso garantido a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ter vínculo com uma equipe ou profissional de saúde; e necessidade de ter autonomia “no modo de andar a vida”.

Destaca-se que o aparecimento de uma necessidade de saúde, bem como a satisfação dela, transpõe realidades contrárias, ou seja, para existir e priorizar uma necessidade, faz-se necessário a inexistência de outra(s). Portanto, as realidades e os atores sociais são permeados por conflitos e contradições permanentes e que explicam a transformação. Isto é, uma existência vivida na contradição gera o desenvolvimento e a possibilidade de transformação (MARCONI; LAKATOS, 2010; MINAYO, 2012).

Sendo assim, mergulhado no universo sobre as necessidades de saúde e buscando as contradições na realidade vivida pelos homens assistidos na AD, assume-se a concepção das teorias das necessidades e necessidades de saúde, permitindo reconhecer que as necessidades não são imutáveis, estão, na verdade, em uma realidade que permite a transformação.

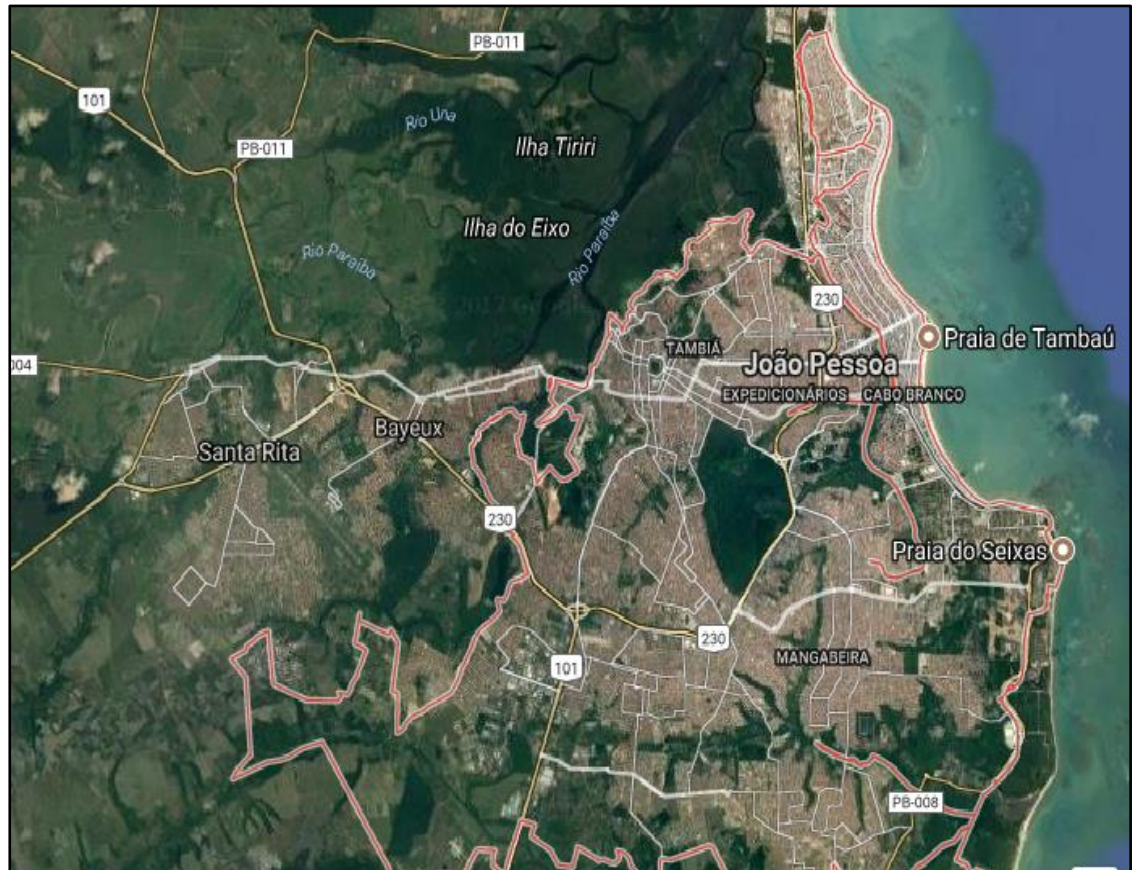
3.2 Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa foi o município de João Pessoa, capital da Paraíba, que compreende uma área geográfica de 211,475 km², com densidade demográfica de 3.421,28 habitantes/ km² e que possui um clima tropical. Sua altitude situa-se entre 37m a 74m acima do nível do mar. A população estimada em 2017 foi de 811.598 habitantes, sendo os jovens a sua grande maioria, mas também com índice elevado de idosos, em comparação a outros municípios semelhantes. A economia é consolidada por indústrias, comércio e serviços, mas o turismo em suas praias e a visitação a monumentos de arquitetura e arte barroca também contribuem. O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,763 e a cidade possui um PIB per capita de R\$ 23.169,14 (IBGE, 2017).

A cidade de João Pessoa foi fundada em 1585, com o nome de Filipéia de Nossa Senhora das Neves, considerada a terceira capital de estado mais antiga do Brasil e a última a ser fundada no país no século XVI. O município é constituído por 64 bairros, registrando-se

que, aproximadamente, 10,57% da população reside no bairro de Mangabeira, o mais populoso, com mais de cem mil habitantes (JOÃO PESSOA, 2013).

Figura 1 - Mapa do município de João Pessoa (via satélite).



Fonte: <https://mapasapp.com/satelite/paraiba/joao-pessoa-pb/>

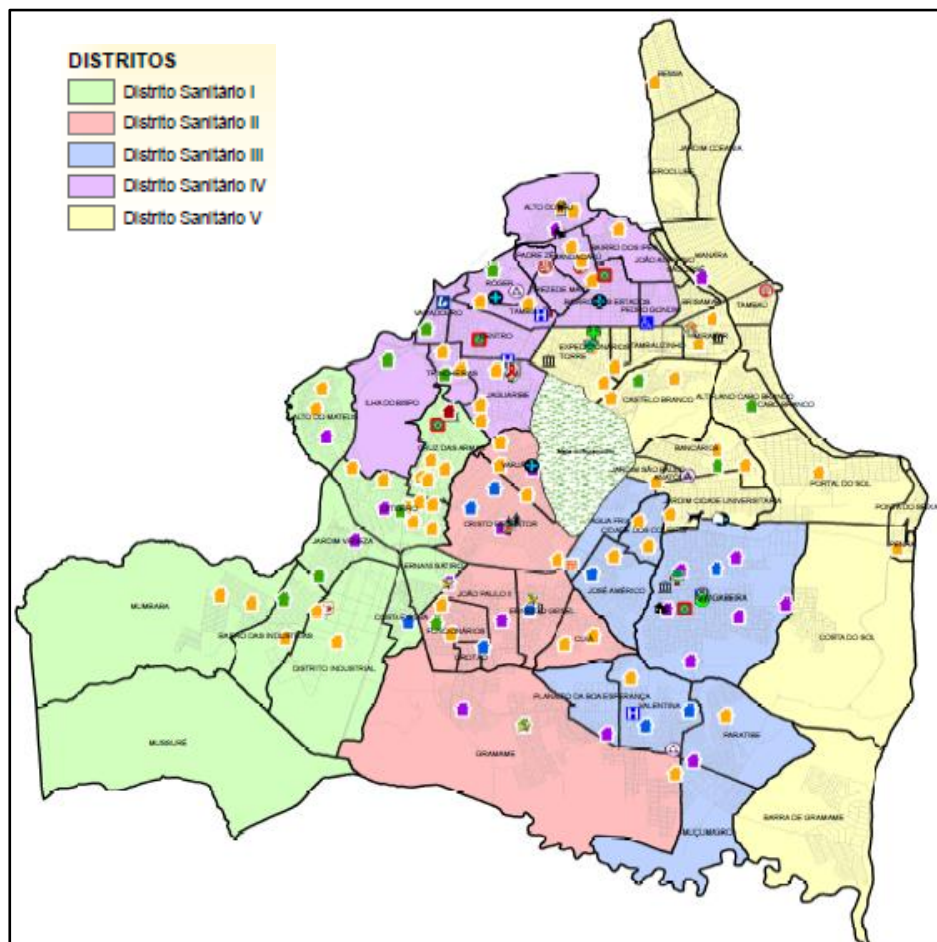
Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, as morbidades hospitalares no município ocasionaram em média 928 óbitos entre os homens e 963 entre as mulheres. A cidade de João Pessoa, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, está organizada em cinco distritos sanitários, a saber: Distrito Sanitário I, localizado no bairro de Cruz das Armas e constituído por um centro de atenção integral à saúde, um centro de testagem e aconselhamento (CTA), um laboratório central (LACEN), um depósito de equipamentos, duas farmácias populares do Brasil, uma maternidade e 30 unidades de saúde da família (USF) (JOÃO PESSOA, 2016).

O Distrito Sanitário II, localizado no bairro do Geisel e constituído por um centro de atenção integral à saúde, um centro de especialidades odontológicas (CEO), um serviço móvel de urgência (SAMU), uma farmácia popular do Brasil, 30 USF. O Distrito Sanitário III, que fica localizado no bairro de Mangabeira, possui um centro de atenção psicossocial (CAPS),

um centro de zoonoses, dois hospitais, um almoxarifado central, um centro de atenção integral à saúde, duas farmácias populares do Brasil, 37 USF, um CEO (JOÃO PESSOA, 2016).

O Distrito Sanitário IV está localizado no bairro da Torre e possui um centro de referência de inclusão para pessoas com deficiência, dois centros de saúde, uma diretoria de regulação, um núcleo de pessoas com necessidade especiais, a secretária de saúde, um CAPS, um hospital, um centro de atenção integral à saúde, duas farmácias populares do Brasil, 16 USF e um CEO. O Distrito Sanitário V localiza-se no bairro Miramar e é formado por um centro de referência de saúde do trabalhador, dois centros de saúde, uma unidade de saúde, um CAPS, um CEO, um PACS e 14 USF (JOÃO PESSOA, 2016).

Figura 2 - Mapa dos distritos sanitários de João Pessoa.



Fonte: Secretária Municipal de Saúde/Geoprocessamento, 2017.

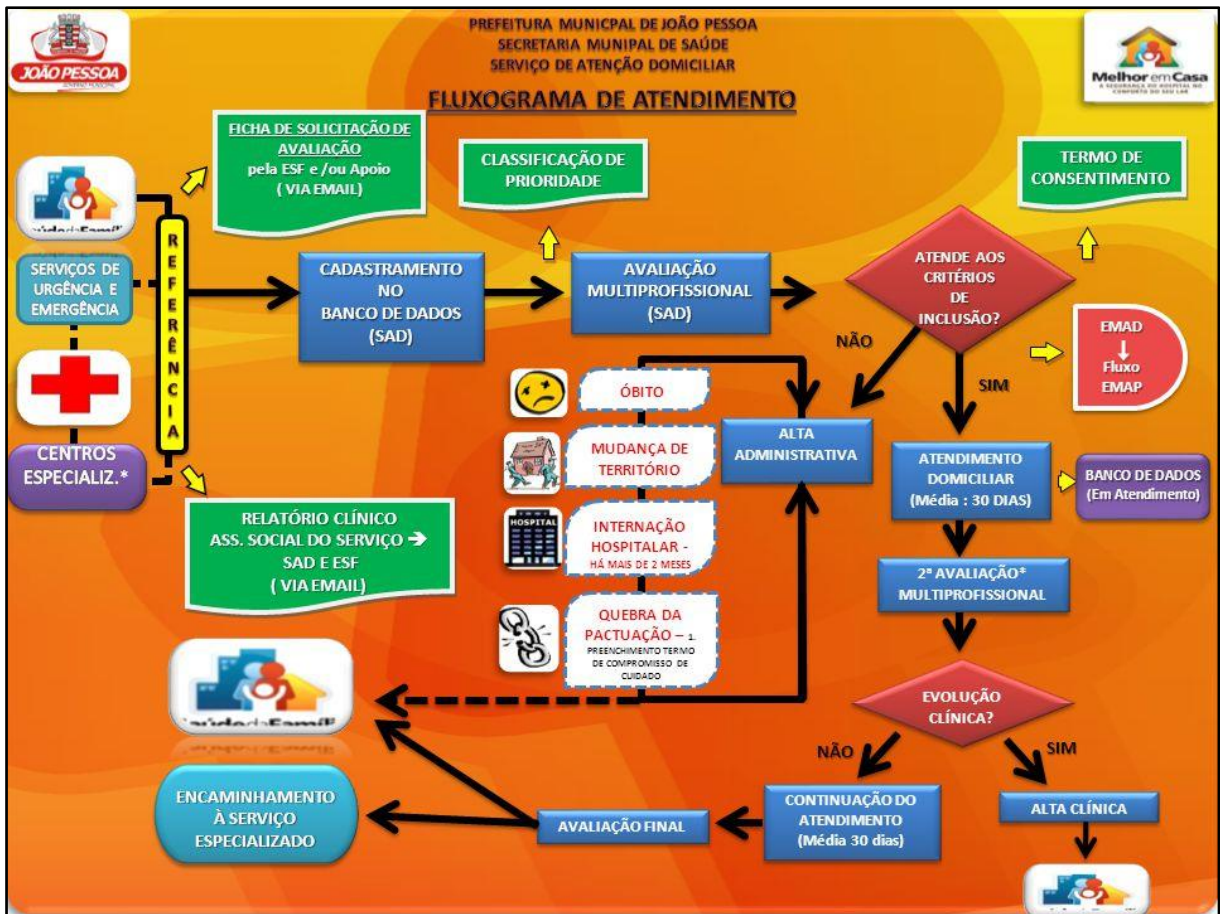
A cidade de João Pessoa articulou-se ao MS e ao Conselho Intergestores Tripartite e Bipartite para garantir suporte na implantação e expansão da PNAISH. A partir deste fato, criou-se, em 8 de março de 2010, a Área Técnica de Saúde do Homem, vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), da Secretária Municipal de Saúde. Essa área técnica apresentou a

PNAISH à população, principalmente aos profissionais das USF, e tem desenvolvido ações com o intuito de estimular o autocuidado, promover a saúde, a prevenção de doenças e com foco na atenção básica. A proposta do município é oferecer cuidado ao homem de maneira ampliada, não reduzindo a população masculina ao sistema gênito-urinário, ao considerar que as principais causas de mortalidade desta população, são as causas externas (agressões, violência, acidentes de trânsito e homicídios) (JOÃO PESSOA, 2010).

Ao reconhecer os altos índices de morbimortalidade que acometem a população masculina na cidade de João Pessoa, bem como a organização dos serviços em Rede de Atenção à Saúde (RAS), o município, por meio da Rede de Urgência e Emergência (RUE), instituiu a Atenção domiciliar (JOÃO PESSOA, 2013). Inicialmente, em 2006, João Pessoa possuía apenas fisioterapeutas no programa, em 2009 foram incluídos técnicos de enfermagem. Em 2010, os enfermeiros, sequencialmente, pleitearam o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pela Portaria Ministerial nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, sendo o projeto aprovado em janeiro de 2012 (JOÃO PESSOA, 2016).

Atualmente, segundo a Secretária de Saúde do município de João Pessoa (2013), o SAD municipal se dá pelos moldes do Melhor em Casa. É descentralizado, no qual cada equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) atende em sua área de abrangência, no seu território. Elas trabalham oito horas diárias e são compostas por: um enfermeiro (com regime de trabalho de 40 horas semanais), um médico (40 horas) ou dois médicos (20 horas cada), três a quatro técnicos de enfermagem (40 horas), um fisioterapeuta (30 horas). Existem, em João Pessoa, sete EMAD, distribuídas da seguinte maneira: uma equipe no Distrito Sanitário I, II e IV e duas equipes no Distrito III e V. Torna-se imperioso destacar que este município possui uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP) formada por: dois psicólogos, dois assistentes sociais, três nutricionistas, dois fonoaudiólogos e um farmacêutico (JOÃO PESSOA, 2016).

Figura 3 - Fluxograma de atendimento do SAD em João Pessoa.



Fonte: Cartilha Informativa do Melhor em Casa, s/d.

A escolha pelo cenário deste estudo deve-se ao fato de João Pessoa ser o município que possui o SAD mais consolidado, quando comparado aos outros da Paraíba, além de ter proporcionado o desenvolvimento de outra pesquisa intitulada *Comunicação dos enfermeiros com usuários do gênero masculino: um estudo representacional*. A inserção nesse cenário também foi permeada pelo desenvolvimento de ações em momentos progressos, quando, na graduação, pude participar do grupo de pesquisa sobre gênero e masculinidade, o que favoreceu a minha atuação em ações com a comunidade pessoense.

3.3 Participantes da Pesquisa

O universo populacional deste estudo ficou delimitado quanto aos cuidadores e também aos homens assistidos pelo SAD do município de João Pessoa-Paraíba (APÊNDICE A). O universo – ou a população – é conceituado como um conjunto de elementos que possuem determinadas características e tem como referência o total de habitantes de determinado lugar (GIL, 2009). Desta população projetou-se uma amostra, que é descrita por um subconjunto do

universo, a partir de um procedimento que visa a extrair uma parte de um todo bem determinado (POUPART, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2010).

Nesta pesquisa adotou-se a amostragem não probabilística, por acessibilidade ou conveniência, que, segundo Gil (2009), é aquela que não apresenta fundamentação matemática ou estatística, dependendo unicamente dos critérios do pesquisador, que seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que esses possam, de alguma forma, representar o universo. Para Poupart (2010), as amostragens qualitativas podem ser por caso único ou por casos múltiplos. Elas adquirem duas formas: as das entrevistas com vários indivíduos ou as dos estudos coletivos de casos. Nesta pesquisa, adotou-se as de casos múltiplos, a partir de entrevistas com vários indivíduos.

Ainda sobre a pesquisa qualitativa, com o intuito de estabelecer rigor metodológico, este estudo preocupou-se em atender critérios apropriados que demonstrem a qualidade científica às pesquisas desta égide, como propõem Guba (1981); e Guba e Lincoln (1988) apud Coutinho (2008). A respeito disso, este estudo atendeu aos seguintes critérios: a confiabilidade; a credibilidade; a transferibilidade; a consistência; e a aplicabilidade ou confirmabilidade.

Ressalta-se que este estudo, por acreditar na importância e por trabalhar com análise crítica do discurso, atentou para analisar os casos negativos que surgiram nos dados empíricos, e que, segundo Coutinho (2008), são os casos, os contextos e os acontecimentos que não se afinam com os resultados ou mesmo contradizem as explicações do pesquisador.

A definição de amostragem significativa na pesquisa qualitativa não pressupõe o critério numérico, contudo a preocupação primordial está no aprofundamento e na abrangência do caso pesquisado. Enfatiza-se que “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo” (MINAYO, 2017, p. 10).

Destaca-se que “não há medida estabelecida *a priori* para o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias a um adequado trabalho de pesquisa”. Além do mais, “não existe um ponto de saturação *a priori* definido e nunca a quantidade de abordagens em campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em números” (MINAYO, 2017, p.10, *grifo do autor*). Sendo assim, esta pesquisa assumiu como parâmetro da amostragem todos os sujeitos elegíveis do universo populacional, a fim de contemplar a singularidade dos homens e responder aos objetivos deste estudo.

Para delimitar os participantes que compuseram esta pesquisa, a título de organização, foram dispostos os critérios de inclusão em dois grupos, a saber: Grupo 1 (homens; com faixa etária entre 18 e 59 anos; residentes em João Pessoa-Paraíba; cadastrados no SAD,

no momento da coleta; com capacidade verbal preservada e sem déficit cognitivo) e Grupo 2 (ser o responsável formal ou informal pelos cuidados ofertados ao homem cadastrado no SAD do município de João Pessoa-Paraíba e possuir faixa etária superior ou igual a 18 anos).

Cabe elucidar que a delimitação da faixa etária de 18 a 59 anos para homens estudados justifica-se pelos princípios da PNAISH, pela certeza de que homens abaixo de 18 e acima de 59 anos possuem políticas como a do idoso e o estatuto da criança e do adolescente, resguardando, sem deixar em segundo plano, o fato de ser nesta faixa etária (entre 18 e 59 anos) que se encontra o maior índice de doenças crônicas e complicações/sequelas por causas externas na população masculina, hoje consideradas um dos maiores problemas de saúde pública. Para os cuidadores, a faixa etária acima dos 18 anos, por ser um critério já estabelecido pelo SAD.

Portanto, os participantes deste estudo foram 24 homens e 34 cuidadores, após exclusão daqueles que não atenderem aos seguintes critérios: EMAD 1 (1 homem sem verbalização e 2 não aceitaram participar; 1 cuidador não aceitou participar); EMAD 2 (1 homem por déficit cognitivo e 2 que não verbalizavam; 2 cuidadores, porque dois homens não dispunham de cuidadores; EMAD 3 (1 homem por déficit cognitivo e 1 que não verbalizava); EMAD 4 (1 homem que não verbalizava); EMAD 5 (1 homem por déficit cognitivo e 1 que não verbalizava; 1 cuidador, porque um homem não dispunha de cuidador; EMAD 6 (1 homem por déficit cognitivo e 1 que não verbalizava; 1 cuidador, porque um homem não dispunha de cuidador; e EMAD 7 (1 homem sem verbalização e 1 não aceitou participar).

Quadro 3 - Distribuição absoluta da população e amostra da pesquisa, conforme as Equipes Multiprofissionais da Atenção Domiciliar. João Pessoa, Jan./Fev. de 2017.

EMAD	POPULAÇÃO HOMENS	AMOSTRA HOMENS	POPULAÇÃO CUIDADORES	AMOSTRA CUIDADORES
EMAD 1	05	02	05	04
EMAD 2	10	07	10	08
EMAD 3	08	06	08	08
EMAD 4	03	02	03	03
EMAD 5	04	02	04	03
EMAD 6	05	03	05	04
EMAD 7	04	02	04	04
	39	24	39	34
Total Amostral	58			

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, João Pessoa (PB), 2017.

3.4 Produção do material empírico: a inserção no domicílio

Para a realização da produção do material empírico, foram seguidas as seguintes etapas: solicitou-se autorização à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (ANEXO B), mediante envio e apreciação do projeto na Gerência de Educação na Saúde, com a finalidade de que a pesquisa fosse realizada utilizando o vínculo e os dados obtidos com o SAD.

Posteriormente, como atividade da disciplina Seminários de Pesquisa, o projeto de pesquisa foi apresentado a uma banca de docentes e ao Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE). Seguidamente, este projeto foi enviado para avaliação do Departamento de Enfermagem Aplicada, para então ser cadastrado na Plataforma Brasil, a fim de que ocorresse a apreciação e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da UFMG.

Após a aprovação do projeto pelo COEP, sob o parecer nº 1.829.326, a pesquisadora agendou um contato com o SAD para apresentar o projeto e firmar parceria, enfatizando os objetivos e a importância do mesmo, para junto à coordenação do SAD formalizar a apresentação da pesquisadora para as EMAD e oficializar o início da coleta dos dados. Após essa aproximação com a coordenação, a pesquisadora foi apresentada às enfermeiras de todas as EMAD. Só a partir disso foram feitas visitas individualmente às EMAD com o objetivo de: estabelecimento de vínculo entre pesquisadora e EMAD, seleção dos participantes, e agendamento das visitas aos domicílios. Esse contato com as EMAD aconteceu por duas semanas consecutivas.

A visita aos domicílios dos participantes ocorreu no momento em que as EMAD foram realizar seus atendimentos; sendo esta a estratégia prioritária de estabelecimento de vínculo com os homens e seus cuidadores, decorrente de que a maioria dos domicílios se encontrava localizada em áreas periféricas, consideradas de risco, por apresentarem tráfico de drogas e violência. Nos domicílios em que essa estratégia não era viável, realizou-se um contato telefônico com o cuidador responsável pelo homem, explicando que uma enfermeira pesquisadora iria junto com um profissional da EMAD, em dia e horário estabelecido, para promover uma visita com o objetivo de realizar uma pesquisa.

Durante a visita ao domicílio e ao estabelecimento de vínculo, a inserção em campo teve seu início no momento em que a pesquisadora explicou aos participantes as informações relevantes da pesquisa, como: os objetivos, os riscos, os benefícios, as técnicas para coleta do material empírico, a garantia do anonimato e o direito de desvinculação a qualquer momento e sem prejuízos pessoais.

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador coleta os dados empíricos que possuam um elo com a questão estudada, para depois analisá-los e escrever a respeito tendo como competência o universo da experiência vivenciada, afinal é nele que a crença individual, a ação e a cultura entrelaçam-se (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016). Assim, com a finalidade de assegurar a compreensão do objeto desta pesquisa, foram escolhidos instrumentos, técnicas e procedimentos relacionados com o pressuposto teórico adotado, com os problemas e os objetivos do estudo, a partir das singularidades, das rotinas, das rupturas e das inquietações vividas mediante o contexto social.

Para a análise em profundidade das necessidades de saúde dos homens assistidos no domicílio, a produção dos dados empíricos nas definições metodológicas do estudo aconteceu em dois momentos: num primeiro instante, a realização de entrevistas abertas guiadas por um roteiro e com gravação de áudio; no segundo momento, a observação não participante dos homens e de seus cuidadores no domicílio.

O primeiro momento da coleta constitui-se da realização de entrevistas abertas ou em profundidade, que, segundo Minayo (2012), se desdobra por meio de uma conversa com finalidade, em que um roteiro serve de orientação e de referência para o pesquisador, mas que não restringe as falas dos entrevistados. A realização da entrevista oportuniza ao pesquisador um esquema de pensamentos que favorece o aprofundamento da conversa.

Na entrevista aberta, a ordem dos assuntos abordados não obedece a uma sequência estática, mas é determinada frequentemente pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfases que o entrevistado dá ao assunto tratado. A quantidade de material produzido nesses encontros tende a ser maior, mais denso e ter um elevado grau de profundidade, pois a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis (MINAYO, 2012).

Existem princípios, conforme Poupart (2010) aponta, que orientam uma entrevista ao sucesso: obter a melhor colaboração do entrevistado, colocá-lo o mais à vontade possível na situação da entrevista, ganhar a sua confiança, fazer com que ele fale espontaneamente e aceite se envolver. Estes princípios permitem a reprodução das condições de uma relação de familiaridade e de cumplicidade entre as pessoas, mesmo elas, habitualmente, não se conhecendo e nem sempre possuindo coisas em comum.

Neste primeiro momento da coleta, após o estabelecimento de vínculo, esclarecimentos sobre a pesquisa e a confirmação da aceitação dos participantes em contribuir com o estudo por meio da entrevista aberta, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias, sendo uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora, que manterá guardado o exemplar por um período de cinco anos. Concluídos

esses procedimentos e formalidades, iniciou-se a entrevista aberta com os homens e seus cuidadores, orientada por roteiros (APÊNDICES B e C), buscando captar a percepção e a perspectiva dos participantes, dando-lhes voz. Ressalta-se que não existiu uma sequência rígida para quem começaria a entrevista, se os homens ou os cuidadores, ficando a cargo deles essa escolha e oportunizando espaço para só iniciar o processo quando estivessem à vontade.

As entrevistas aconteceram em vários ambientes dos domicílios, como a sala, o quarto e até a cozinha, lugares que, para os participantes, se destacavam como áreas de confiança e empatia. Em alguns domicílios, as entrevistas, independentemente de serem realizadas com os homens ou seus respectivos cuidadores, aconteceram juntas. Eles ressaltavam que preferiam falar na frente um do outro, para que não houvesse dúvidas, nem omissões sobre o que eles poderiam falar do homem e do cuidador, reciprocamente. Mediante solicitação dos participantes, foi permitido que as entrevistas acontecessem em testemunha do homem e de seu cuidador.

Realizou-se 58 entrevistas e, ao encerrá-las, caso o participante solicitasse, era reproduzido o áudio para que ele ouvisse. O tempo de duração das entrevistas variou de 7 minutos e 33 segundos a 85 minutos e 51 segundos, por EMAD. Os dados provenientes das falas dos participantes foram registrados por um gravador Digital Sonny DSC-W320 e transcritos na íntegra após o término das entrevistas.

Quadro 4 - Distribuição do tempo de gravação das entrevistas, por participante e EMAD.

EMAD	PARTICIPANTES	TEMPO DE ENTREVISTA
EMAD 1	Homens Cuidadores	12'40" 35'22"
EMAD 2	Homens Cuidadores	71' 53" 65'53"
EMAD 3	Homens Cuidadores	59'7" 85'51"
EMAD 4	Homens Cuidadores	07'33" 37'09"
EMAD 5	Homens Cuidadores	35'45" 42'
EMAD 6	Homens Cuidadores	22'08" 48'31"
EMAD 7	Homens Cuidadores	12'08" 35'28"
TOTAL	Homens e Cuidadores	571'28" (9h 31 min 28 s)

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, João Pessoa (PB), 2017.

De propriedade das entrevistas, foram realizadas as transcrições na íntegra com o auxílio do Programa InqScribe®, produzindo um banco de dados de textos decorrentes dos áudios dos participantes. Após essa transcrição, realizou-se a leitura do material produzido de modo simultâneo aos áudios das mesmas, com o intuito de garantir uma transcrição fidedigna à fala dos entrevistados. As transcrições totalizaram 314 páginas de texto no *Word*, software da Microsoft Office, com formatação padrão A4 e com fonte *Times new roman*, tamanho 12.

Nas entrevistas, as colocações regionais e os erros de linguagem foram preservados, ou seja, não houve correção de vernáculo, além de respeitar todas as justaposições entre os falantes, pausas, silêncios, entonações, ênfases, interrupções, trechos incompreensíveis e de adotar o uso de reticências entre colchetes [...] com o intuito de indicar recortes dentro do mesmo discurso.

Para as transcrições, foram adotadas convenções que trouxeram adaptações ao padrão sugerido por Marcuschi (1986), assim como os modelos de transcrições e orientações descritos por Fairclough (2001) e Magalhães (2000), no que se refere aos recursos para a análise de discurso. Para a análise, respeitou-se o anonimato dos participantes, utilizando os codinomes representados pelas letras H para os homens e C para os cuidadores, enumerando-as pela sequência da coleta.

Quadro 5 - Codificação adotada para transcrição das entrevistas.

CATEGORIA	SINAIS	DESCRIÇÃO
Falas simultâneas	[[Usam-se colchetes para dois falantes iniciam ao mesmo tempo um turno.
Sobreposição de vozes	[Dois falantes iniciam ao mesmo tempo um turno.
Sobreposições localizadas	[]	Ocorre num dado ponto do turno e não forma novo turno. Usa-se um colchete abrindo e outro fechando.
Pausas e silêncios	(+)	Para pausas pequenas sugere-se um sinal + para cada 0.5 segundo. Pausas em mais de 1.5 segundo, cronometradas, indica-se o tempo.
Dúvidas ou sobreposições	()	Quando não se entender parte da fala, marca-se o local com parênteses e usa-se a expressão inaudível ou escreve-se o que se supõe ter ouvido.
Truncamentos bruscos	/	Quando o falante corta a unidade pode-se marcar o fato com uma barra. Esse sinal pode ser utilizado quando alguém é bruscamente cortado pelo interlocutor.

CATEGORIA	SINAIS	DESCRIÇÃO
Ênfase ou acento forte	MAIÚSCULA	Sílaba ou palavras pronunciada com ênfase ou acento mais forte que o habitual.
Alongamento de vogal	::	Dependendo da duração os dois pontos podem ser repetidos.
Comentários do analista	(())	Usa-se essa marcação no local da ocorrência ou imediatamente antes do segmento a que se refere.
Silabação	-----	Quando uma palavra é pronunciada sílaba por sílaba, usam-se hifens indicando a ocorrência.
Sinais de entonação	” ’ ,	Aspas duplas para subida rápida. Aspas simples para subida leve (algo como um vírgula ou ponto e vírgula). Aspas simples abaixo da linha para descida leve ou simples.
Repetições	Própria letra	Reduplicação de letra ou sílaba.
Pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção	eh, ah, oh. ih:::, mhm, ahã	Usam-se reproduções de sons cuja grafia é muito discutida, mas alguns estão mais ou menos claros.
Indicação de transição parcial ou de eliminação	... ou /.../	O uso de reticências no início e no final de uma transcrição indica que se está transcrevendo apenas um trecho. Reticências entre duas barras indicam um corte na produção de alguém.

Fonte: Marcuschi (1986), adaptado pela autora (2017).

O segundo momento da coleta foi concretizado por meio da observação, ficando claro o quão oportuno foi essa estratégia para efetivação da investigação e obtenção de informações, principalmente no que compete às relações interpessoais e às ações do cuidar entre os homens e seus cuidadores, no ambiente domiciliar. Salienta-se a importância da observação após a execução das entrevistas, pois, por intermédio do ato de observar foi permitido a complementação de dados empíricos, exemplificados por sentimentos, experiências, sensações, atitudes corporais e ações/reações no cuidar, os quais nem sempre puderam ser vislumbrados nas falas dos participantes.

Destarte, como segundo instrumento para produção do material empírico deste estudo, utilizou-se a observação assistemática, participante e individual. A observação assistemática também se denomina por não estruturada, espontânea, ordinária e livre; ela consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas. Destaca-se que a observação assistemática não é totalmente espontânea e casual, porque um mínimo de interação, de sistema e de controle

se impõe na técnica, durante a coleta dos dados, com o objetivo de chegar a resultados válidos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A observação não estruturada é vista como aquela sem verdadeira estrutura; não que seja sem guia, pois ela pretende ser científica e baseia-se em uma hipótese (LAVILLE; DIONNE, 2010). Assim sendo, a observação deste estudo seguiu a seguinte sequência: contexto (ambiente/local), pessoas que compõem o ambiente, comportamento/atitude, ações/reações e situações específicas do cuidado direcionado ao atendimento das necessidades do homem em AD, pois, dessa maneira, a observação contemplaria o pressuposto e objetivos desta pesquisa.

Na observação participante, o pesquisador entra em contato com os membros do grupo pesquisado e participa das atividades normais do mesmo. A observação individual é a técnica realizada apenas por um pesquisador, em que a personalidade dele se projeta sobre o observado, intensificando a objetividade de suas informações, indicando, ao anotar os dados, quais são os eventos reais e quais são as interpretações (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Sabe-se dos riscos da observação, devido a influência do observador sobre a situação e as pessoas observadas, pois sua presença modifica a situação e pode afetar o comportamento dos atores observados. Como forma de minimizar esses riscos, o observador lhes dará tempo para se familiarizarem com sua presença antes de iniciar a observação. Também poderá integra-se a um grupo com papel semelhante a desempenhar, ou mesmo ocultar a sua condição de observador (LAVILLE; DIONNE, 2010). Para tanto, a pesquisadora observadora deste estudo estava inserida entre os membros da equipe do EMAD no momento da visita; se preocupou em conversar informalmente com os participantes antes de dar início a qualquer técnica de coleta de dados; e deixou para comunicar a sua observação após entrevista e já no momento de sua saída, quando explicou que observou determinadas atitudes, comportamentos, cuidados ofertados e pediu permissão para utilização do que foi observado.

Durante a observação, a pesquisadora, diante dos homens e seus cuidadores, dentro do ambiente domiciliar, solicitou observar, em determinados momentos, os cuidados específicos ofertados a esses homens. A pesquisadora também precisou retornar a alguns domicílios para uma melhor observação.

Reitera-se que a amostragem na observação deste estudo foi do tipo *ad libitum* (à vontade), aquela que não se pauta por procedimentos sistemáticos, em que o observador anota o que é visível e potencialmente relevante (GIL, 2009). A amostragem da observação permitiu a imersão no micro e macros espaços sociais dos homens e seus cuidadores, possibilitando a análise de situações que envolveram dificuldades, reinvenções, aprendizados, conquistas no

atendimento às necessidades de saúde surgidas no cotidiano da vida dos homens em AD. Evidencia-se a relevância desta técnica de coleta, uma vez que, durante a cena concreta (no domicílio) expressam-se valores, ideologias e relações que, não necessariamente, seriam assimilados em outros meios. Neste momento da coleta dos dados, foram utilizados o diário de campo e a gravação de áudio para transcrição das observações apreendidas.

O diário de campo se traduz na organização e registro do conjunto de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações, que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo e ampliar a qualidade e a profundidade das análises. Nele registram-se reflexões, inquietações, questionamentos e informações que não são contempladas por outras técnicas (MINAYO, 2012). No diário também se registra o contexto físico, econômico e social observado no momento da coleta, permitindo conhecer o objeto de pesquisa em suas diferentes dimensões (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Os registros das observações realizadas durante as visitas pela própria pesquisadora foram catalogados com anotações dos pontos principais ou a gravação em áudio das observações, que foram descritas e transcritas após as visitas, no mesmo dia da observação, possibilitando maior detalhamento da realidade vivenciada nos domicílios, além das cenas experienciadas quando no ato do cuidar e as percepções do observador. O diário de campo se constituiu das observações descritas em 63 páginas de texto *Word*, software da Microsoft Office, com formatação padrão A4 e com fonte *Times new roman*, tamanho 12.

As notas de campo receberam uma codificação com a seguinte ordem de informações: diário de campo, EMAD, data da coleta, turno, horário de início e término, nome do(s) participante(s), descrição dos macroespaços sociais (exemplo: localização, atores sociais que permeiam os espaços sociais, condições econômicas), descrição do microespaço (domicílio), descrição dos atores sociais presentes no domicílio (incluindo o homem e o cuidador), além de impressões e percepções dos atos vivenciados entre os homens e cuidadores no atendimento às necessidades de saúde. As notas de observação da pesquisadora estão expostas na análise dos dados com a sigla NO.

Quadro 6 - Distribuição do tempo de observação dos participantes, por EMAD.

EMAD	PERÍODO	TEMPO DE OBSERVAÇÃO ²
EMAD 1	11/01/2017	4 horas
	18/01/2017	4 horas

² O tempo de observação descrito neste quadro não exato. Ele foi estimado pela permanência diária da pesquisadora durante coleta junto as equipes.

EMAD	PERÍODO	TEMPO DE OBSERVAÇÃO²
EMAD 2	02/01/2017	5 horas
	05/01/2017	4 horas
	09/01/2017	4 horas
	27/01/2017	5 horas
EMAD 3	03/01/2017	4 horas
	04/01/2017	4 horas
EMAD 4	20/01/2017	4 horas
EMAD 5	10/01/2017	4 horas
EMAD 6	17/01/2017	4 horas
	18/01/2017	4 horas
EMAD 7	12/01/2017	4 horas
TOTAL		54 horas

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, João Pessoa (PB), 2017.

3.5 Análise do material empírico

Os dados empíricos provenientes das entrevistas em profundidade e das observações foram analisados a fim de publicar o conteúdo exposto nos discursos dos participantes, correlacionando-o com o referencial teórico, com o intuito de assegurar a análise crítica dos dados nos capítulos construídos. Assim, o presente estudo adotou como técnica para analisar o material empírico a Análise de Discurso, por sua ligação aos propósitos teóricos e metodológicos deste estudo e pelas possibilidades oferecidas de refletir sobre as condições nas quais foram construídos e apreendidos os discursos.

Nesta perspectiva, torna-se relevante que o método de análise permita a compreensão das relações sociais e a crítica ao modo vigente; sendo assim, optou-se pela Análise Crítica do Discurso (ACD), tendo como base conceitual Norman Fairclough, para nortear a análise dos dados e qualificar os resultados do estudo.

A AD, teoricamente, propõe trabalhar a linguagem, tanto o senso comum, como do discurso político ou erudito, articulando três regiões do conhecimento: o Materialismo Histórico, como teoria das formações sociais, de suas transformações e também das ideologias; a Linguística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação; e a Teoria do Discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos. A análise do discurso tem como objetivo básico realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos (MINAYO, 2012).

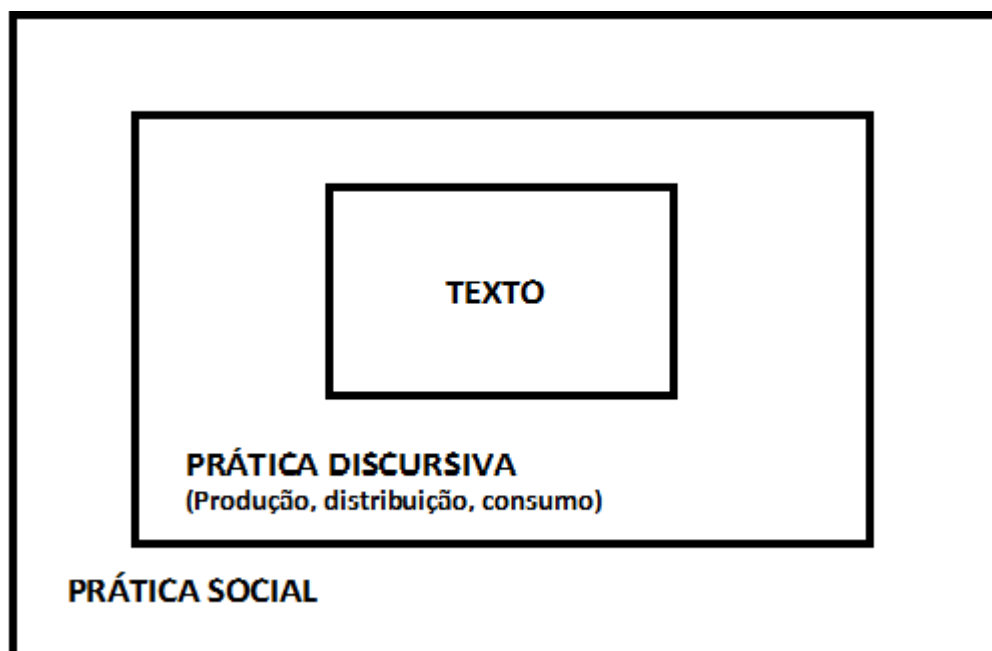
A ACD tem seus primórdios com Harvey³, que defendeu a ideia de prática social como: as relações sociais; o poder; as práticas materiais; as crenças, os valores, os desejos; as instituições, os rituais; e o discurso. Norman Fairclough e Chouliaraki adaptam o modelo de Harvey, defendendo a prática social como: o discurso (elementos abstratos da vida social, o não material), a semiose (elementos concretos da vida social), a atividade material, as relações sociais (relação de poder, luta hegemônica pelo estabelecimento, manutenção e transformação dessas relações), e os fenômenos mentais (crenças, valores e desejos). Essas práticas sociais se internalizam e se articulam, constituindo as redes (RESENDE; RAMALHO, 2004).

Conceitualmente, a ACD é o estudo das relações dialéticas entre o discurso, incluindo a linguagem e outras formas de semiose, como a linguagem do corpo ou imagens visuais e outros elementos da prática social. Desse modo, o discurso pode se apresentar como parte da vida social de uma prática, a partir de três maneiras: quando é utilizado de modo particular entre os integrantes dessa prática; quando figura em representações em que os atores sociais “recontextualizam” outras práticas; e quando pode figurar nos modos de ser, na constituição de identidade (FAIRCLOUGH, 2001, 2016).

O discurso está representado pela conversa diária, pelos encontros em vários tipos de organização, pela entrevista política e por outras formas de entrevista e resenhas de livro. Os discursos são interpretações diversas da vida social e representam a vida social de diferentes maneiras, pelos modos de ser e de relacionar-se (FAIRCLOUGH, 2001, 2016).

A ACD se tornou expressiva neste estudo, porque transformou o discurso em uma análise racional, com possibilidade de análise ampliada, considerando os aspectos que transpassam as necessidades de saúde dos homens em atenção domiciliar. Portanto, foi utilizada a ACD, tendo como base a representação diagramática da concepção tridimensional do discurso, proposto por Fairclough (2016).

³ HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1992.

Figura 4 - Modelo tridimensional do discurso.

Fonte: Fairclough, 2016.

O modelo tridimensional do discurso compreende-se em uma tentativa de compilar três dimensões analíticas indispensáveis na análise de discurso: a análise textual descritiva; a interpretação da prática discursiva como algo elaborado e compartilhado pelas pessoas; e a interpretação da prática social em relação às estruturas sociais (FAIRCLOUGH, 2008).

A análise do texto ocorre por meio da pormenorização das categorias. São elas: vocabulário (palavras individuais), gramática (palavras combinadas em frases), coesão (ligações entre frases) e estrutura textual (o texto em larga escala pelos elementos combinados). A análise das práticas discursivas está nas atividades cognitivas de produção, distribuição e consumo do texto, bem como nas categorias de força (refere-se aos tipos de falas desempenhados), de coerência (são as conexões e inferências necessárias e o seu apoio aos pressupostos ideológicos), de intertextualidade (são as relações ideológicas entre o texto e outros textos) e de interdiscursividade (são as relações entre as ordens do discurso) (RAMALHO; RESENDE, 2011; MAGALHÃES, 2009).

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, a análise da prática social está relacionada aos aspectos ideológicos e hegemônicos na instância discursiva analisada. Na ideologia, encontram-se os sentidos das palavras, as pressuposições, as metáforas e o estilo. Na hegemonia, estão as orientações da prática social que são as orientações econômicas, políticas, ideológicas e culturais. É na prática social que se constata as lutas hegemônicas.

A ACD considera o discurso dos participantes em seu meio social, indicando características que vão além da fala, incluindo elementos externos ao texto, como o contexto

histórico, sociocultural e político. Essa posição que a ACD oferece ao discurso, o torna uma prática social, inserindo-o nas relações de poder e favorecendo as lutas hegemônicas e as transformações sociais.

Baseado nessa contextualização, este estudo deu início a uma análise por meio de uma minuciosa leitura das transcrições das entrevistas e do diário de campo. Após isso, foi promovida uma outra leitura, em que se registrou grifos e comentários a respeito dos discursos que compunham os textos. Nesse momento, instituiu-se uma seleção prévia dos recortes potenciais das falas dos homens e dos seus cuidadores, transcritos das entrevistas e das observações, e codificados por intermédio de codinomes mais populares dentro da década de sua faixa etária. Esse procedimento foi utilizado tanto para os participantes homens, quanto para os cuidadores, a partir de codinomes que foram atribuídos de maneira aleatória. Salienta-se que, nos excertos de discursos de três cuidadoras de homens, foram colocadas as letras G, J e B como forma de garantir o anonimato. Isto se justifica pelo fato destes usuários masculinos não comporem a amostra empírica do estudo.

Quadro 7 - Distribuição dos codinomes, por década, dos participantes homens.

CODINOMES PARA OS PARTICIPANTES HOMENS				
DÉCADA 60	DÉCADA 70	DÉCADA 80	DÉCADA 90	DÉCADA 2000
Antônio	Francisco	José	Lucas	Matheus
João	Fábio	Rafael	Bruno	
Carlos	Ricardo	Paulo	Gabriel	
Luiz		Rodrigo	Felipe	
Raimundo		Marcos	Leonardo	
Manoel		Leandro	Guilherme	
Sebastião			Diego	

Fonte: Elaboração da própria autora a partir de dados da internet, 2017.

Quadro 8 - Distribuição dos codinomes, por década, dos participantes cuidadores.

CODINOMES PARA OS PARTICIPANTES CUIDADORES					
DÉCADA 40	DÉCADA 50	DÉCADA 60	DÉCADA 70	DÉCADA 80	DÉCADA 90
Raimunda	Maria	Francisca	Adriana	Patrícia	Natália
Josefa	Antônia	Rita	Sandra	Ana	Amanda

CODINOMES PARA OS PARTICIPANTES CUIDADORES					
DÉCADA 40	DÉCADA 50	DÉCADA 60	DÉCADA 70	DÉCADA 80	DÉCADA 90
Jorge	Terezinha	Marlene	Susana	Paula	Taís
Bernadete	Raimunda	Fátima	Cristiana	Luciana	
		Tânia	Vânia	Cristiane	
			Vera	Mariana	
			Sônia		
			Ângela		
			Marta		
			Mônica		
			Silvia		
			Carlos		

Fonte: Elaboração da própria autora a partir de dados da internet, 2017.

Com uma terceira leitura, foram realizados os recortes dos discursos que respondiam fortemente aos objetivos deste estudo. Os excertos discursivos de cada participante foram separados em forma de texto e compilados mediante o seu impacto analítico. Após essa etapa, foi realizada uma análise transversal dos textos, buscando identificar os elementos convergentes, sem deixar de analisar aqueles considerados como os casos negativos. Essa tarefa foi árdua e demorada, porém buscou apresentar os dados empíricos relacionados à questão do estudo.

Como unidades da análise em ACD, foram encontradas as três dimensões, isto é, o texto, as práticas discursivas e as práticas sociais. Os excertos que compuseram as análises dessas três dimensões foram organizados em capítulos, de modo que não se constituíssem em enunciados isolados, mas com significados em seu conjunto. Ressalta-se que as dimensões utilizadas na análise dos discursos não foram anteriormente definidas, mas emergiram de acordo com o aporte analítico dos dados empíricos. As autoras Ramalho e Resende (2011) reiteram que a análise do discurso é sempre uma consequência do próprio texto e da questão de pesquisa.

A análise dos dados empíricos foi reavaliada junto às transcrições e ao diário de campo pela pesquisadora que orientou esta tese. E, após essa segunda avaliação, foram discutidas as discordâncias da análise. A descrição da análise dos dados apresentou-se em quatro capítulos, a saber: o primeiro composto pela caracterização das particularidades sociodemográficas e de saúde dos homens e seus cuidadores; o segundo abordou as ideologias

e contradições na construção da identidade do *ethos* masculino; o terceiro, as necessidades de saúde dos homens em atenção domiciliar; e o quarto, os diferentes contextos na concepção do cuidar. Reitera-se que, em todos os capítulos, a análise apresentou as três dimensões analíticas: o texto, as práticas discursiva e social; além de evidenciar que, na dimensão textual, os sentidos encontrados nos discursos foram o representacional e o identificacional, mediante os efeitos textuais de coesão e vocabulário. É preciso destacar ainda que os elementos textuais, discursivos e sociais convergiram na maioria dos capítulos e estão dispostos no Quadro 9.

Quadro 9 - Elementos textuais, discursivos e sociais que emergiram durante a análise dos dados empíricos.

DIMENSÃO	ELEMENTOS
Textual	Ethos Processo de transitividade Coesão por conjunção Afirmações de modalidade deôntica Metáfora Avaliações afirmativas Avaliações afetivas
Discursiva	Intertextualidade Interdiscursividade Temporalidade Diferenciação
Social	Ideologia Hegemonia Lutas hegemônicas Alienação Micro e Macroespaços Micro e Macroestruturas sociais

Fonte: Elaboração da própria autora, segundo Fairclough (2016); Resende e Ramalho (2006); Vieira, Resende (2016).

É primordial destacar que, para melhor analisar os dados empíricos e correlacioná-los com a teoria proposta neste estudo, utilizou-se as seguintes definições como base conceitual:

- Atenção Domiciliar: modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).
- Cuidado: o que se opõe ao descuido e ao descaso, o cuidado como algo mais que um ato, como uma atitude; o cuidado que abrange mais que um momento de

atenção, de zelo e de desvelo, representando uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro; o cuidado que valoriza as atitudes e que faz da vida um “bem-viver” e das ações, um “reto agir” (BOFF, 2017).

- Ideologia: é uma concepção de mundo. Ela normatiza a vida e leva o sujeito a executar ações práticas (GRAMSCI, 1971).
- Hegemonia: é a liderança, o controle dos domínios econômicos, políticos, culturais e ideológicos de uma sociedade (GRAMSCI, 1971).
- Masculinidades: “Uma determinada forma hegemônica de masculinidade tem outras masculinidades agrupadas em torno dela” (CONNELL, 1995, p. 189). As masculinidades são produzidas em diferentes contextos sociais, incluindo as relações entre homens, as relações de dominação, marginalização e cumplicidade (CONNELL; MESSERSCHMID, 2013).
- Necessidades de saúde: são aquelas compreendidas como um produto das práticas sociais de sujeitos e grupos que ocupam uma classe social, em um momento histórico. Dividem-se em: necessidades naturais ou existenciais, necessárias, sociais e radicais (HELLER, 1986). Ainda se adotou a taxonomia para conceituar as necessidades de saúde encontradas nos dados empíricos. A taxonomia foi construída em torno de quatro conceitos: a necessidade de boas condições de vida; a necessidade de ter acesso garantido a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; a necessidade de ter vínculo com uma equipe ou profissional de saúde; e a necessidade de ter autonomia “no modo de andar a vida” (MATSUMOTO, 1999).

3.6 Aspectos Éticos

Devido à pesquisa ter sido realizada com seres humanos, foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do, Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual orienta que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando entre seus princípios éticos, a necessidade do TCLE (APÊNDICES D, E) dos indivíduos-alvo (BRASIL, 2012c).

Durante a coleta de dados, na medida em que esta pesquisa acatou as exigências da Resolução 466/2012, foi adotado que, caso se percebesse alguma ação ou negligência por parte do cuidador que oferecesse risco à integridade da saúde do homem, seriam feitas orientações

e/ou encaminhamentos necessários, respeitando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Resolução nº 311/2007, que prevê, em seu Art. 90, que o profissional deve interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa (COFEN, 2007). Salienta-se que em nenhum momento foi necessária a adoção desta Resolução do COFEN.

Para atender a Resolução 466/2012, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e a coleta de dados se cumpriu mediante aprovação do COEP/UFMG, sob o parecer nº 1.829.326 (ANEXO C). Durante a realização desta pesquisa, os referenciais básicos da bioética de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça foram respeitados em todas as suas fases, com o propósito de assegurar os direitos e deveres dos participantes.

Os participantes do estudo foram informados previamente sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, dos objetivos, das contribuições e procedimentos que foram utilizados no estudo, dos possíveis riscos, benefícios e ausência de ônus, da participação voluntária, da liberdade de recusa ou retirada do consentimento, em qualquer fase e momento da pesquisa, e do sigilo e privacidade de todas as informações obtidas durante a coleta do material empírico. Também foi informado que os resultados alcançados no estudo serão divulgados em meios científicos e acadêmicos.

Tendo em vista que toda pesquisa com seres humanos pode prover riscos em tipos e gradações variados, considerou-se, como risco deste estudo, o possível desconforto e constrangimento por conta de algumas questões que podem desencadear emoções nos entrevistados. Nesse sentido, foi determinado que o bem-estar do participante tinha prioridade em relação à coleta de depoimentos para a pesquisa. Para isso, prezou-se pelo conforto e privacidade dos entrevistados, respeitando seus sentimentos e emoções no momento da entrevista, bem como a disponibilização do tempo necessário para que cada participante pudesse continuar ou retomar o depoimento.

Os benefícios individuais e coletivos desta pesquisa foram encontrados na possibilidade de poder construir novos conhecimentos para melhor assistir os homens no domicílio, em relação às necessidades de saúde deles, além de subsidiar os cuidadores informais e os profissionais de saúde, sobretudo, os enfermeiros, no atendimento a essa população.

CAPÍTULO 4

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES



Na esfera da produção do conhecimento científico, existem diversas possibilidades na maneira de produzir e exteriorizar o conhecimento, a depender do objetivo a que se propõe e dos saberes implicados para o alcance desses objetivos. A respeito deste estudo – que objetivou investigar as necessidades masculinas vivenciadas no domicílio em regime de atenção domiciliar – foi delineada uma proposta de análise mediante quatro capítulos subdivididos para melhorar a leitura e compreensão do leitor. Destaca-se que esses capítulos compõem uma realidade apreendida pelos discursos e observações dos atores sociais, representados pelos homens com assistência à saúde em seu domicílio, bem como de seus cuidadores, que, por vezes, são os que identificam as necessidades e as atendem.

Este primeiro capítulo dos resultados deste estudo constitui-se na caracterização dos homens em atenção domiciliar e seus cuidadores. Retrata-se a importância em definir esses atores sociais por considerar que os homens e os cuidadores entrevistados são os protagonistas dos discursos que explicitarão os resultados para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa. Como falar das necessidades de saúde dos homens e as implicações de suas masculinidades, sem conhecer quem são esses homens? Como falar dessas necessidades sem reconhecer quem contribui para o atendimento e como atendem essas necessidades?

Para tanto, a seguir, apresenta-se um quadro com as características sociodemográficas e de saúde dos homens participantes da pesquisa, construído por meio dos excertos obtidos no *corpus* discursivo das entrevistas analisadas.

Quadro 10 - Distribuição absoluta das características sociodemográficas e de saúde dos homens participantes da pesquisa. João Pessoa, Jan./Fev. de 2017.

NATURALIDADE	João Pessoa	18
	Outros	06
Total		24
FAIXA ETÁRIA	18-25	03
	26-35	12
	36-45	02
	46-55	06
	56-59	01
Total		24
ESTADO CIVIL	Solteiro	14
	Casado	05
	Estável	04
	Outros	01
Total		24

ESCOLARIDADE	Nenhuma	03
	Fundamental Incompleto	11
	Fundamental Completo	02
	Médio Completo	04
	Médio Incompleto	02
	Superior	02
Total		24
COR	Pardo	11
	Branco	06
	Negro	01
	Outros	06
Total		24
RELIGIÃO	Evangélico	10
	Católico	05
	Espírita	01
	Testemunha de Jeová	01
	Outros	07
Total		24
PROFISSÃO	Aposentado	08
	Sem profissão	06
	Mecânico	02
	Pintor	01
	Técnico de iluminação	01
	Economista	01
	Desempregado	01
	Corretor	01
	Segurança	01
	Embalador	01
	Educador físico	01
	Total	
RESIDENTES NO DOMICÍLIO ⁴	Pais	13
	Irmãos	10
	Conjuge	07
	Filhos	05
	Sobrinhos	04
	Homem sozinho	02
	Outros	04
Total		45
RENDA FAMILIAR ⁵	≤ 1 salário	15
	2-5 salários	05
	6-10 salários	01
	>10 salários	01
	Não sabe	02
Total		24

⁴ O somatório desta característica sociodemográfica ultrapassou os 24 participantes amostrais, porque os homens referiram mais de um morador além dele, residindo no seu domicílio.

⁵ A renda familiar não foi per capita, correspondeu ao somatório de todos os valores que geriam o domicílio.

PROBLEMA DE SAÚDE ⁶	Arma de fogo (paraplegias)	12
	Acidente (paraplegia)	08
	Síndromes Congênitas	03
	Acidente Vascular Encefálico	03
	Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)	02
	Neoplasia	02
	Cisticercose	02
	Paralisia Cerebral	01
	Hidrocefalia	01
	Parkinson	01
	Esquizofrenia	01
	Alzheimer	01
Obesidade Mórbida	01	
Diabetes Mellitus	01	
Total		39

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, João Pessoa (PB), 2017.

Os homens entrevistados foram denominados neste estudo por: Antônio, João, Carlos, Luiz, Raimundo, Manoel, Sebastião, Francisco, Fábio, Ricardo, José, Rafael, Paulo, Rodrigo, Marcos, Leandro, Lucas, Bruno, Gabriel, Felipe, Leonardo, Rodrigo, Diego e Matheus. Na maioria dos casos, são naturais de João Pessoa, cidade que residem. Alguns deles, apesar de manterem domicílio na capital paraibana, destacaram o fato de terem nascido em outras cidades, contudo consideradas vizinhas à capital, a exemplo de Felipe, nascido em Bayeux; e João, nascido em Santa Rita – municípios que compõem a região metropolitana de João Pessoa. Salienta-se ainda que dois deles, Antônio e Sebastião, frisaram serem naturais de cidades de Pernambuco, que é um estado propínquo.

Os homens participantes deste estudo compreenderam a faixa etária caracterizada como adulto jovem, alvo de bastantes discussões quando os assuntos são saúde e os indicadores da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Essas discussões são oriundas da condição atual que os homens, por uma questão de masculinidades, se colocam mediante as estatísticas brasileiras de morbimortalidade. Considera-se que a faixa etária de destaque no estudo encontra-se entre 26 e 35 anos, representando, no contexto social, idades em que os homens geralmente se caracterizariam enquanto socialmente produtivos e terem constituído ou estarem formando vínculos familiares por intermédio da união matrimonial. Contudo, este estudo traz uma realidade destoante, ao evidenciar um predomínio de homens solteiros e separados (Quadro 10, em *Outros*).

⁶ O somatório desta característica de saúde correspondeu aos 39 (população dos participantes homens), porque pressupôs que todo cuidador entrevistado, cuidava de um homem que possuía diagnóstico médico principal e complicações de saúde para ser atendido pela AD, independente dele está incluso na amostra desse estudo.

Esse achado pode ter associação com a condição atual de saúde que eles se encontram, ou seja, necessitando de cuidados diferenciados, em que a pessoa que se dispõe a cuidar precisa dedicar-se com afinco. Esses cuidadores, muitas vezes colocam em primeiro plano as prioridades do ser cuidado em detrimento das suas. Como exemplo desse caso, cita-se o da cuidadora Paula que é mãe de um usuário em AD, classificação AD3, de 18 anos, que possui tetraplegia após TCE em decorrência de um acidente de moto, oriundo de uma discussão com a namorada e colisão em uma mureta. O acidente deixou o usuário em coma vigio, dependente de sonda nasointestinal (SNE), para alimentação; sonda vesical de demora (SVD), para diurese; além de lesões por pressão (LPP) de terceiro grau, entre outras necessidades.

Em relação à escolaridade dos participantes do estudo, salienta-se o baixo nível que os homens estão alocados, declarando em seus discursos a não escolarização em alguns casos e, em outros, o nível fundamental incompleto. Essa característica tem relação direta com a profissão mencionada por eles, ao identificar que eles possuíam essas profissões por não terem escolaridade, ou mesmo o fato de não terem escolaridade os levaram a exercer profissões que não exigiam, para seu exercício, elevado nível de escolaridade, à exceção de Antônio, economista, e Ricardo, educador físico, participantes com ensino superior completo. Destaca-se que a maior parte dos homens, ao se referirem às suas escolaridades, sentiam-se um pouco envergonhados e sempre relatavam que gostariam de ter estudado mais, mas que não tiveram oportunidade por precisarem trabalhar e sustentar a família muito cedo e devido aos problemas de saúde que possuíam (NO)⁷.

As entrevistas de Antônio e Ricardo foram mais longas e bem expressivas. Eles discutiam bem sobre as necessidades de saúde que possuíam, reconheciam-nas para além daquelas biológicas, a exemplo de seu Antônio, que usava sonda vesical de alívio para urinar e de fisioterapia para ajudá-lo a diminuir e evitar atrofias em seus membros, mas que mencionou, com expressão de tristeza, a vontade de voltar a viajar e visitar novos lugares como Cuba, país que tinha apreço e muita vontade de conhecer.

Não obstante a essas reflexões e compondo o eixo das mesmas, encontra-se a baixa renda mensal familiar, relatada por proventos que não superam um salário mínimo vigente no ano, o que pode trazer impactantes repercussões à recuperação ou manutenção da saúde e qualidade de vida a esses homens em atenção domiciliar. Considerando que as necessidades de saúde desses usuários são muitas e devido a amplos problemas com verbas destinadas à saúde pública do país, esses homens precisam ter dinheiro para possuir serviços e insumos adquiridos de maneira privada. Durante a visita nos domicílios para as entrevistas e observações, se

⁷ Em todo o texto, a sigla NO refere-se à nota de observação do diário de campo da pesquisadora.

percebeu que muitos homens necessitavam de insumos como camas hospitalares, dietas enterais, cadeiras de roda, cadeiras de banho, portavam um corpo emagrecido com risco para lesões tegumentares, o que destinava a esses homens a necessidade de curativos, hidratantes e alimentações balanceadas. Tudo isso requer poder de compra.

O usuário Ricardo, paraplégico, vítima de lesão por arma de fogo enquanto estava fechando a porta de sua oficina, possuía LPP de terceiro grau, atrofia nos membros inferiores que se sobrepõem ao abdômen, causando falta de ar. Caquético, com febre e diarreia, semblante abatido e choroso, referiu-se à dificuldade que estava tendo para manter a família e prover os alimentos da casa tanto para os familiares quanto para ele. Com a voz trêmula, mencionou o quanto sofria por necessitar de fisioterapia e tantos outros cuidados que, apenas com o auxílio saúde, não conseguia ter. Enfatizava a crise dos serviços públicos e como tinha vontade de voltar a andar, para trabalhar e acrescentar ao auxílio uma outra renda. A cuidadora Marta também se referiu à dificuldade financeira, dizendo que, devido às atividades domésticas com os cinco filhos, com a sogra e com a mãe, além dos cuidados com o esposo Ricardo, não conseguia sair para trabalhar.

Houve participantes que disseram não saber o valor da renda financeira, o que pode levar a inferências pautadas na incapacidade atual deles para gerir seus próprios proventos, deixando essa questão sob a responsabilidade dos familiares, que por vezes eram os seus cuidadores, como no caso de Lucas, Raimundo e Francisco. Quanto aos familiares residindo com os homens, estão, em notoriedade, os pais e os irmãos, demonstrando um tipo de situação permeada pela condição atual de dependência desses participantes em relação ao cuidado e também por se encontrarem em estado civil de solteiros, o que acompanha a necessidade de se manterem junto aos pais. Durante as entrevistas e observações realizadas no estudo, percebeu-se, nos discursos e nas imagens apreendidas, que os homens residiam com no mínimo três e no máximo treze membros familiares em seu domicílio. Cita-se como exemplo José, que morava com a irmã e cuidadora e dois sobrinhos; e Diego, com a mãe, que era a cuidadora, e dois irmãos.

Os domicílios é o cenário principal da atenção domiciliar e local de apreço dos homens e seus cuidadores, pois lá – para alguns deles que não saíam para socializar em outros espaços, a não ser para ir a serviços de saúde – era o local onde passavam a maior parte do tempo de sua vida. Ao visualizar os macroespaços e microespaços sociais desses homens, pode-se perceber que, em algumas EMAD, a realidade era melhor, com ambientes mais arejados e organizados, contudo, em outros ambientes, vislumbrava-se pobreza e déficit de higiene. Os

domicílios eram apartamentos e casas, todos de alvenaria, mas nem todos possuíam rede de água e esgoto com saneamento básico.

Os apartamentos domiciliares, no caso o de Raimundo, era localizado em bairro universitário, com rua asfaltada, saneamento, prédio pequeno, sem elevador e sem portaria; entretanto, localizava-se no térreo, o que favorecia Raimundo, quando da necessidade de deslocamento. Possuía sala, cozinha e quartos. O quarto não era adaptado para Raimundo, mas a cama era hospitalar, havia cadeiras de rodas e de banho, bem como uma poltrona do papai na sala, onde seu Raimundo ia pelas manhãs para socializar-se com os demais familiares (mãe, pai, irmã e sobrinhas).

As casas, essas eram diferentes, havendo aquelas maiores, um pouco mais adaptadas aos homens e outras pequenas, que limitavam muito o cuidado no domicílio. Seu Antônio residia em uma casa ampla, arejada, com salas, banheiros, cozinha, área externa, garagem, rua asfaltada, com saneamento, teto forrado, iluminada e em bairro de classe média. Ele possuía um quarto amplo, com cama de casal só para ele, televisão com rede de canais privados, internet, som, suíte adaptada com cadeira de banho e papagaio. Na sala, havia uma cadeira de rodas e uma poltrona adaptada para seu Antônio. Da cozinha, vinha um cheiro gostoso de comida, feita por sua irmã e ao gosto de seu Antônio, pois era ele que escolhia o cardápio do dia.

Diferente do domicílio de seu Antônio, apresenta-se o de seu Haroldo, localizado em Mandacaru, bairro de grande periculosidade, acostumado a sair na imprensa por notícias de tráfico de drogas, homicídios, furtos, roubos e assaltos. A residência de Haroldo era pequena e havia sido reformada há poucos dias. Para chegar até ela, era necessário que a equipe do EMAD ligasse para Haroldo, a fim de se certificar que a região estava livre e que era melhor horário para isso, o que normalmente ocorria pela manhã, pois, à tarde, os traficantes não liberavam passagem. O domicílio estava localizado no final de um corredor, em um pequeno vilarejo, com casas dispostas uma de frente para a outra, onde corria esgoto a céu aberto e, ao final do vilarejo, encontrava-se a casa de seu Haroldo, com apenas um banheiro minúsculo – onde cabia apenas o vaso sanitário e uma cadeira de banho – e a sala, que comportava a cadeira de rodas, uma cama de solteiro, uma cadeira para visita e um móvel com a televisão e as medicações.

Dois outras características importantes aos homens, e que são autodeclaradas, foram analisadas neste estudo. Elas, a cor e a religião, são peculiares às reflexões culturais de um povo. Neste estudo, os homens se autodeclararam como pardos, na grande maioria, cor oriunda de miscigenação racial e de natureza comum à população brasileira. Torna-se imperioso ressaltar que, alguns deles, apesar de possuírem a cor negra, autodeclararam-se morenos, como

Rodrigo, que apresentou conformações faciais de desconfiança e vergonha durante o seu relato (NO). As religiões citadas foram as cristãs; entretanto, a preponderante foi a evangélica, sendo quase que na totalidade das vezes referida como aceita após a condição atual de saúde dos homens. Reitera-se que alguns homens como Leonardo, João e Gabriel falaram serem teístas, ou seja, não possuem religião, mas acreditam em Deus; e seu Antônio, enfatizou ser teísta agnóstico, por acreditar na existência de um Deus ou um ser divino, mas não afirmar sobre ele. Os resultados empíricos associados a essa característica compõem um padrão de masculinidade hegemônica, ancorado pela não valorização da doutrina religiosa.

Ao retratar as causas, ou morbidades e até mesmo as comorbidades que acometeram os homens e os colocaram na atual situação de saúde, condição determinante para a necessidade de assistência domiciliar, remete-se a diagnósticos comuns aos identificados na literatura científica, quando a temática é saúde masculina. Sendo assim, foram identificadas nos discursos as causas externas como o maior motivo que levou os homens a precisarem de assistência domiciliar. As causas externas declaradas neste estudo relacionaram-se a: queda de uma árvore quando seu Francisco, envolvido pelos efeitos de bebidas alcoólicas, subiu na frutífera para pegar uma manga e servir de tira-gosto para a bebida; João e Joaquim, ainda jovens, após ingestão de álcool e emanados pela prazerosa sensação que o cavalgar os suscitava, subiram em um cavalo e se acidentaram, levando-os a uma lesão raquimedular; os acidentes no trânsito, principalmente os com motociclismo, como no caso do jovem homem cuidado por sua mãe Paula e no caso de Gabriel, quando acidentou-se pilotando uma moto vindo embriagado de uma vaquejada.

Ainda no contexto das causas externas, havia o caso de homens que ficaram necessitando de cuidados pela atenção domiciliar devido à violência, representada pelas lesões provocadas por armas de fogo e branca. Nesse âmbito, destacam-se os seguintes homens: Ricardo, atingido por arma de fogo durante assalto em seu ambiente de trabalho; Rafael, usuário de drogas envolvido em crimes, custodiado, vítima de uma lesão na coluna por arma de fogo; Felipe, que teve lesão medular decorrente de arma de fogo em assalto na parada de ônibus; Matheus, que teve lesão por arma branca durante discussão após festa; Rodrigo, usuário de drogas, teve lesão por arma de fogo após saída com os amigos em direção à própria casa; Leandro, que teve lesão medular por arma de fogo quando voltava para casa à noite; e Diego e Leonardo, envolvidos com drogas, tiveram lesão na coluna por arma de fogo.

Os homens acometidos por esses acidentes e lesões experienciam a limitação por paraplegia e tetraplegia quando, durante o ocorrido, eles tornaram-se vítimas de trauma crânio encefálico (TCE) e trauma raquimedular (TRM). Nessa mesma conformação, Paulo, após

queda de uma escada durante atividade laboral, e Rodrigo, após ter tido sua coluna comprimida por uma máquina de suspensão de automóvel durante atividade laboral, também sofrem por conta do TRM. Outros homens também são tetraplégicos ou paraplégicos em decorrência de hidrocefalia, como no caso do jovem de 24 anos cuidado por sua mãe Susana; há também o caso de paralisia cerebral com o usuário masculino de 40 anos, olhos azuis, que é sorridente e é cuidado por seu pai Jorge; e ainda as neoplasias medular, como ocorre com Carlos, e cerebral, como é o caso do jovem homem cuidado por Mônica, sua genitora.

Essas condições, tidas socialmente como limitadoras, condicionam os homens à assistência profissional no domicílio, representada no Brasil pela Atenção Domiciliar (AD) 1, 2 ou 3. Neste estudo, a AD que predominou foi a AD2 (Quadro 11), destinada a usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, que carecem de cuidados contínuos em frequência e intensidade, tendo como exemplo os homens acima referenciados.

Quadro 11 - Distribuição absoluta da classificação da Atenção Domiciliar dos homens participantes da pesquisa, conforme as EMAD. João Pessoa, Jan./Fev. de 2017.

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO DOMICILIAR	AD1	AD2	AD3
EMAD 1	00	04	01
EMAD 2	02	07	01
EMAD 3	04	04	00
EMAD 4	01	02	00
EMAD 5	01	03	00
EMAD 6	01	03	01
EMAD 7	00	04	00
Total	09	27	03
	39		

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, João Pessoa (PB), 2017.

A AD é promulgada como uma modalidade de atenção à saúde, de carácter substitutivo ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, a fim de ofertar uma continuidade de cuidados integrados às redes (BRASIL, 2012). Nesse tipo de atenção, existem alguns pré-requisitos para a sua implementação, entre eles ressalta-se a presença de um cuidador, entidade formal ou informal, com ou sem vínculo familiar, que presta cuidados no domicílio ao usuário necessitado.

Apesar da presença de um cuidador ser pré-requisito importante à implementação da AD, em alguns domicílios de algumas EMAD (2, 5 e 6), o homem declarou não possuir cuidador. Entretanto, percebeu-se durante as entrevistas e observações que, apesar de eles não considerarem os familiares como cuidadores, talvez porque durante os discursos queriam demonstrar que se cuidavam sozinhos e que não precisavam de ninguém, há, nesse tipo de postura, uma típica característica da masculinidade hegemônica. Seu Manoel – portador de paraplegia por cisticercose, diabético e hipertenso, ex-jogador de futebol e cantor de pagode, cadeirante que circula pela cidade – foi um desses homens que declarou não ter cuidador; contudo, a ex-namorada dele, moradora da casa vizinha, é quem o levava ao hospital quando Manoel passava mal, se preocupava e ligava para ele quando o mesmo demorava a chegar em casa, além disso preparava e servia as refeições dele.

O irmão de Rodrigo é quem o auxilia no banho, deixa comida pronta antes de ir trabalhar e o socorreu quando a infecção da LPP sacral repercutiu em graves complicações de saúde, trazendo-o para sua casa com a intenção de que eles morassem juntos e facilitasse o cuidado ofertado. Mas Rodrigo declarou em sua entrevista que não tinha cuidador. Outro fato semelhante é o de Sebastião, em pós-operatório de neoplasia de próstata e hipertenso, declara não ter cuidador, mas, durante a observação, identificou-se que a esposa dele é quem resolve as pendências nos serviços de saúde (consegue vaga para consulta médica, medicações, receitas), faz a limpeza da casa, incluindo o quarto onde ele dorme, além de preparar e servir as refeições de seu Sebastião.

O cuidador representa o elo entre o conhecer e o executar das necessidades de saúde dos homens. Ele transita entre o saber ser, o saber fazer e o saber agir. É ele quem identifica e atende às necessidades de muitos homens em AD que perderam a capacidade cognitiva, de verbalização, ou física. Por isso que, este estudo, ao propor analisar as necessidades de saúde dos homens em AD, reconheceu como primordial a escuta em profundidade dos discursos dos cuidadores. Explicitam-se abaixo as características sociodemográficas e do cuidar dos cuidadores participantes da pesquisa, elaborado por meio dos excertos obtidos no *corpus* discursivo das entrevistas analisadas (Quadro 12).

Quadro 12 - Distribuição absoluta das características sociodemográficas e do cuidar dos cuidadores participantes da pesquisa. João Pessoa, Jan./Fev. de 2017.

SEXO	Feminino	32
	Masculino	02
Total		34

NATURALIDADE	João Pessoa	18
	Outros	16
Total		34
FAIXA ETÁRIA	18-30	02
	31-40	06
	41-50	12
	51-60	08
	>60	06
Total		34
ESTADO CIVIL	Casado	17
	Solteiro	07
	Estável	04
	Outros	06
Total		34
ESCOLARIDADE	Nenhuma	04
	Fundamental Incompleto	08
	Fundamental Completo	05
	Médio Completo	11
	Médio Incompleto	04
	Superior	02
Total		34
COR	Pardo	15
	Branco	08
	Negro	02
	Outros	09
Total		34
RELIGIÃO	Católico	14
	Evangélico	14
	Espírita	01
	Testemunha de Jeová	01
	Outros	04
Total		34
PROFISSÃO	Do lar	12
	Sem profissão	07
	Autônomo	03
	Servidor Público	04
	Cuidador	04
	Aposentado	01
	Cabelereiro	01
	Motorista	01
	Pedagogo	01
Total		34
RESIDENTES NO DOMICÍLIO ⁸	Filhos	27
	Conjuge	19
	Pais	06
	Irmãos	05
	Outros	09

⁸ O somatório desta característica sociodemográfica ultrapassou os 34, porque os cuidadores referiram mais de um morador além dele, residindo no seu domicílio.

Total		66
RENDA FAMILIAR ⁹	≤ 1 salário	15
	2-5 salários	19
Total		34
GRAU DE PARENTESCO	Mãe	16
	Conjuge	08
	Irmã	05
	Pai	01
	Sobrinho	01
	Avó	01
	Filha	01
Cuidadora Formal	01	
Total		34
TEMPO DESTINADO AO CUIDAR	Integral	22
	24 horas	07
	12 horas	01
	8 horas	02
	≤ 6 horas	02
Total		34

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, João Pessoa (PB), 2017.

Os cuidadores deste estudo são quase em sua totalidade do sexo feminino, representadas por mães, irmãs e esposas. Patrícia é irmã e cuidadora de José, homem portador de Síndrome de *Arnold Chiari*. Silvia também é irmã e cuidadora de Raimundo, sequelado de AVE, hipertenso e diabético. Tânia é mãe e cuidadora de Lucas, que tem lesão medular congênita. Josefa é mãe e cuidadora de Carlos, que tem neoplasia medular e LPP. Sandra é esposa e cuidadora de Luiz, que tem diabetes descompensada e amputação não cicatrizada do pé esquerdo. Mariana é esposa e cuidadora de um jovem portador de Síndrome de Wilson. Evidencia-se que, no universo de cuidadores, foram encontradas apenas duas pessoas do sexo masculino, seu Carlos, que é sobrinho de Antônio, e Jorge, que é pai de um usuário masculino da AD2. O cuidar, de maneira histórica, sempre foi representado como uma atitude nata das mulheres. Esse conceito é repassado entre gerações, perdurando até os dias atuais, como ideologia a ser seguida socialmente.

A faixa etária, em destaque, dos cuidadores permeou o final da fase adulta à idosa, ou seja, dos 41 aos maiores de 60 anos. Esse limiar é crucial quando o conteúdo é o cuidar, pois a vitalidade, a força e o julgamento são atributos primordiais para assistir de maneira eficaz; e, quando se trata de pessoas com a idade mais avançada, esses atributos nem sempre estão presentes, como no caso da cuidadora Benedita, que possui 72 anos, tem cabelos grisalhos,

⁹ A renda familiar não foi per capita, correspondeu ao somatório de todos os valores que geriam o domicílio.

baixa estatura, peso elevado e se considera idosa e cansada para prestar os cuidados como auxiliar no banho, na mudança de decúbito e na troca de curativos de seu filho.

Percebe-se que o estado civil mais citado foi o casado e o em união estável, característicos para os cuidadores na faixa etária encontrada. Ainda se enfatiza o estado civil divorciado (Quadro 12, em *Outros*) para as cuidadoras Mônica, Fátima e Cristiane. Também se identificou nos dados empíricos, o estado civil viúva (Quadro 12, em *Outros*), como nos casos de: Vânia, que declarou que, no início da viuvez, vivia em função dos filhos, depois resolveu seguir a vida e namorar, mas logo o seu filho acidentou-se pilotando uma moto e ela voltou a se dedicar inteiramente a ele; e da cuidadora Natália, uma mulher de baixa estatura, sorridente e bastante feliz no momento da entrevista, que falou sobre a melhora considerável do filho, que no dia anterior, havia voltado a falar. Natália ficou viúva seis meses após o acidente do filho, quando seu esposo veio a falecer em decorrência de um Enfarte Agudo do Miocárdio. Natália reforçou que, depois de aceitar a perda do esposo, reconheceu que estava disposta de mais tempo para cuidar do filho, inclusive levando-o para tratamento em serviços de saúde de referência localizados em outros estados, como o Hospital de reabilitação SARAH.

Quando se trata da naturalidade, parte dos cuidadores declararam que nasceram na cidade de João Pessoa, capital do estado paraibano. Outras cuidadoras, como Tânia e Cristina, afirmaram que nasceram em cidades do estado de Pernambuco; e Vânia declarou ser do Rio Grande do Norte. Esses dois estados são próximos um do outro e estão situados na região Nordeste, assim como a Paraíba, o que pode apontar para semelhanças quanto a questões culturais indispensáveis para as construções ideológicas no modo de ver e de seguir a vida; posto que isso possa trazer definições comuns aos cuidadores, no tocante à identificação e à maneira de atender às necessidades de saúde apresentadas pelos homens.

Os cuidadores moram em residência comum aos homens que cuidam, salvo dois deles: Cristiane, que é cuidadora formal de João; e Carlos, que é sobrinho de Antônio. Ambos os cuidadores possuem família e residem em outra casa. Os cuidadores moram com outros familiares, a exemplo de cônjuges e filhos, além dos netos, sobrinhos, noras e cunhados (Quadro 12, em *Outros*). O domicílio de Cristiane fica próximo ao de João, ela consegue ir caminhando todos os dias, chega às sete horas da manhã e sai depois das cinco, quando deixa tudo limpo, João higienizado e alimentado, quando troca os curativos e passa a sonda de alívio para remoção da diurese, não se esquecendo de dar as medicações e de deixar as da noite próximas a ele.

O domicílio de Carlos fica um pouco distante do de Antônio, contudo possui um automóvel que facilita o deslocamento dele. Carlos chega cedo na casa de Antônio para dar banho e trocá-lo, enfatizando que isso só é possível porque seu tio Antônio o ajuda

financeiramente e assim Carlos pode pagar um táxi nos momentos em que precisa prestar cuidados. Nos discursos dos cuidadores entrevistados, ficava claro que nas casas moravam mais de três familiares, podendo chegar até treze, incluindo a residência de Carlos e Cristiane. Dentre esses membros, estavam os cuidadores que assumiam a função do cuidar e se caracterizavam, em alguns casos, por serem mães dos homens em AD, estes, em outros casos, também poderiam estar aos cuidados de filhos e esposas, o que compõe uma variedade de indivíduos dividindo a mesma casa a partir de formas bastante diversas.

Em um país com mistura de raças, não poderia ser diferente a supremacia de pardos entre os cuidadores participantes deste estudo. Como visto em muitos discursos noticiados e vivenciados, o Brasil se coloca entre os países que, apesar de sua grande miscigenação, ainda se encontra muita discriminação racial. Durante as entrevistas e observações, ficou notório esse padrão discriminatório, quando a cuidadora Benedita se autodeclarou branca utilizando o vocábulo “pele clara”; Tânia e Vera, que eram negras, usaram os vocábulos eufêmicos de “preta” e “pele escura”; e as cuidadoras Maria e Cristina, que eram morenas, utilizaram as expressões “morena cor de canela” e “morena clara” (Quadro 12, em *Outros*). Esses mesmos cuidadores afirmaram serem cristãos das religiões católica e evangélica, base de sua fé e da sustentação com as lutas diárias no cuidar.

Na última década, houve um aumento no investimento em educação no país, considerando o estímulo à alfabetização de adultos e mesmo a formação de cursos superiores, técnicos e profissionalizantes, como o de cuidadores. Esse incentivo favoreceu a melhoria na escolaridade dos cidadãos, assim como os dos cuidadores deste estudo, que afirmaram ter ensino médio completo. Também não é possível deixar de contextualizar os discursos que discorreram acerca da baixa escolaridade ou até mesmo de escolaridade alguma (Quadro 12), pois isso traz grandes dificuldades para o cuidador exercer sua função, precisando do auxílio de outros membros da família para o cuidado.

Para exemplificar a dificuldade ao prestar cuidado, causada pela falta de escolaridade, conta-se a história de Marta, que é cuidadora e esposa de Ricardo. Ela se declarou analfabeta e disse que, por não possuir escolaridade, estava sempre pedindo a alguém para ler as bulas dos remédios, as prescrições, as cartas que chegavam do INSS sobre o auxílio saúde do esposo, entre outros. Durante a observação ficou explícita essa dificuldade de Marta, bem como explicitou-se o risco do cuidado dela quando necessitava ler algo e não havia ninguém por perto que a auxiliasse, pois Ricardo estava manifestando dores intensas no abdômen, devido um quadro diarreico. Logo, Marta pegou uma colher sem contar as gotas e ofertou ibuprofeno, quando, na verdade, estava querendo oferecer a dipirona (NO).

Apesar dos cuidadores terem uma melhor escolarização quando comparados aos homens cuidados por eles, muitos relataram não possuir profissão ou serem do lar, como Sônia, Antônia, Maria, Paula e Josefa. Essa situação torna-se imposta pela incompatibilidade em exercer o papel de cuidador e trabalhar como profissional externo ao domicílio. A consequência disso é a baixa renda familiar para prover o sustento dos que residem no domicílio, bem como das necessidades dos homens.

A renda financeira dos participantes do estudo variou entre um a cinco salários mínimos, sendo uma média de um a três. Quando acontecia da renda superar um salário mínimo vigente, era proveniente do somatório da renda do participante, com a de algum filho e com o auxílio saúde ou aposentadoria por invalidez do homem em AD. No domicílio da cuidadora Ana, que é esposa de um usuário da AD2 devido a uma fratura de fêmur, a renda familiar é mais de um salário mínimo, em média de R\$ 1.500,00, proveniente do auxílio saúde do esposo e da ajuda que o pai dela doa mensalmente. Na casa de João, cuidado por Cristiane, a renda é o equivalente a dois salários mínimos, decorrentes das duas aposentarias, uma pela idade da sua mãe e outra pela do próprio João, por invalidez. Desse valor, eles ainda retiram o salário de Cristiane, que declarou receber todos os direitos trabalhistas.

No domicílio de Sônia, filha da ex-esposa do usuário da AD – acamado, agitado e sequelado de Acidente vascular encefálico (AVE) –, a única renda familiar é proveniente da aposentadoria por invalidez do usuário. Sônia, no momento da coleta dos dados, encontrava-se bastante envergonhada (NO) devido a casa ser pequena e estar suja e desarrumada, contar com poucas paredes de alvenaria para separar os cômodos, além de o banheiro não se encontrar dentro da residência e de o quarto do usuário ficar nos fundos da casa. A cuidadora, com o semblante de preocupação, declarou que essa renda sustentava todos os moradores da casa: ela, o esposo, quatro filhos, a esposa de um dos filhos, além dos netos.

Todos os entrevistados quando falaram sobre sua profissão utilizavam-na como sinônimo de ocupação, e alguns deles ficavam em dúvida sobre o que falar (NO), pois deixaram suas profissões para assumir a ocupação de cuidador. Todas as participantes, quando mulheres, eram mães, cônjuges ou irmãs, e, ao se colocarem como do lar, também se posicionaram como cuidadoras. Por assumirem essa posição na vida, o tempo relatado durante a entrevista foi o integral, para cuidar dos homens e assim atender as necessidades deles, mesmo sendo a AD1 e a AD2, a classificação de maior posição no estudo.

Se o discurso apontasse para um tempo inferior ao integral como 12, 24 e 6 horas, a exemplo de Maria, Silvia e Raimunda, respectivamente, era justificado pelo fato da cuidadora compartilhar o cuidado com outros familiares, seja porque existia essa responsabilização pelos

membros ou pelo motivo da cuidadora trabalhar fora do domicílio. Também existiu a condição de que o usuário necessitava menos da cuidadora em decorrência dele já conseguir se cuidar sozinho em determinados momentos. Ressalta-se que a participante Cristiane declarou 8 horas para o cuidado, pois trata-se, nesse caso, de uma cuidadora formal.

Ao conhecer as características dos participantes deste estudo, sejam eles homens ou cuidadores, amplia-se o horizonte para uma reflexão mais acurada a respeito das relações interpessoais entre esses atores, protagonistas de uma sociedade com diferenças de classes e todas as repercussões político, econômicas, culturais e ideológicas, acarretadas por essa divisão de grupos. A respeito dessas questões sociais e ideológicas, o próximo capítulo dissertará por meio dos discursos dos participantes, sobre a participação das masculinidades nesse contexto contraditório e ideológico.

CAPÍTULO 5

**IDEOLOGIAS E CONTRADIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO
ETHOS MASCULINO**



No capítulo anterior, foi possível conhecer as características dos atores sociais deste estudo, a partir do desnudamento e da conversa em profundidade com a pesquisadora sobre as necessidades dos homens em AD. Neste capítulo, por aceitar que “o que é específico acerca de uma prática discursiva particular depende da prática social da qual é uma faceta” (FAIRCLOUGH, 2008, p.276), foi necessário, mediante a definição deste estudo, analisar, sob uma perspectiva de gênero, o significado ideológico das múltiplas masculinidades existentes e, em seguida, fazer a articulação com os discursos e as imagens da realidade desses homens que vivem em AD. Isso se deu com o intuito de compreender o porquê de algumas veemências ideológicas na construção da identidade masculina e para, posteriormente, relacioná-la com as necessidades de saúde e o cuidado no atendimento às necessidades dos homens.

Para que este capítulo fosse construído, realizou-se a análise crítica dos discursos em suas três dimensões, dos homens e dos seus cuidadores, que revelaram práticas sociais e ideológicas enraizadas em masculinidades hegemônicas e contra hegemônicas. Também foi de extrema importância a observação do espaço domiciliar e social, em que esses atores estavam inseridos, para melhor entender o significado dado ao eu masculino e a disso influência na saúde dos usuários. Assim, discorre-se abaixo sobre os efeitos do modelo tridimensional encontrados nos discursos relatados nesse capítulo.

Na *dimensão do texto*, para a análise textual descritiva foram explorados o *vocabulário* e a *coesão textual*, destacando os efeitos do *Ethos*, do *processo de transitividade* e da *coesão por conjunção*. Respectivamente, os significados foram o *identificacional* e os *representacionais* dos discursos, a fim de analisar a construção do eu masculino e sua influência nas necessidades de saúde.

O *Ethos* caracteriza-se por um processo de modelagem dos comportamentos verbais e não verbais e direções intertextuais (MAGALHÃES, 2009). Para a análise das seleções particulares de processos de transitividade em textos, deve-se investigar as maneiras como o locutor a representa aos aspectos do mundo, em que as escolhas no sistema de transitividade permitem analisar quem faz o quê, a quem e em que circunstância (VIEIRA; RESENDE, 2016).

A coesão relaciona-se às relações significativas entre frases ou orações. Ela distingue-se por três tipos de relações lógico-semânticas entre as orações: elaboração, extensão e realce. Neste capítulo, as coesões são do tipo realce (maior potencial para o desvelamento de vínculo do texto a uma lógica de aparências ou a uma lógica explanatória) e extensão (quando introduz algo novo à oração) (FAIRCLOUGH, 2003; VIEIRA; RESENDE, 2016).

Na *dimensão da prática discursiva*, para a análise interpretativa foram utilizadas a *intertextualidade*, a *diferenciação* e a *temporalidade*. A intertextualidade, propriedade que os

textos têm de serem cheios de outros textos, que podem ser delimitados explicitamente ou mesclados, podendo assimilar, contradizer e ecoar ironicamente. A *dimensão da prática discursiva* pode se subdividir em: intertextualidade manifesta (constituição heterogênea de textos, por meio de outros textos específicos. Salienta-se que esses textos são fragmentos ou um conjunto de discursos de outros interlocutores que não o do discurso principal, mas que está explícito de quem se trata) e a interdiscursividade (quando a constituição heterogênea do discurso está manifesta por meio de elementos das ordens dos discursos) (FAIRCLOUGH, 2016). Neste capítulo, vislumbra-se a intertextualidade manifesta.

A diferenciação é quando nos discursos há uma distinção explícita entre um grupo de atores sociais de outros, criando uma diferença entre eles (RESENDE; RAMALHO, 2006). Essa construção simbólica presente nas relações entre os discursos auxilia o modo de operação da ideologia denominada “fragmentação”. Neste estudo, identificou-se a diferenciação ao reconhecer que os homens, enquanto atores sociais, assumiam dois grupos distintos de atores, quando não possuíam uma condição de saúde que manifestava a necessidade de AD e agora que quando possuem essa condição. Assim, fica desenvolvida a ideia de duas possibilidades opostas no cotidiano dos homens.

A temporalidade também foi assinalada neste estudo, ao identificar nos processos discursivos o comportamento dos homens assemelhando-se ao de seus antepassados, ou seja, simulado desde o passado e reinterpretado para o presente. Percebe-se uma abrangência nos discursos dos participantes homens e cuidadores em relação à temporalidade. Eles deixam claro uma reprodução de comportamentos arraigados a ideologias de origens paternalistas, repercutindo nas relações sociais nos espaços em que convivem.

São nesses espaços e por meio dessas relações que as lutas ideológicas se estabelecem para instrumentalizarem os conceitos e as práticas das masculinidades. Assim, admite-se que toda forma hegemônica de masculinidade tem outras masculinidades agrupadas em torno dela (CONNELL, 1995).

Na *dimensão da prática social*, para a análise desta dimensão foram considerados os efeitos *ideológicos* e *hegemônicos* dos discursos dos participantes, destacando os efeitos das *lutas hegemônicas* e da *alienação* na reprodução ou transformação de uma realidade identificacional masculina. Destaca-se que a prática discursiva é quem medeia a relação entre as dimensões da prática social e do texto, sendo que é a natureza da prática social que determina os macroprocessos da prática discursiva e são os microprocessos que moldam os textos (FAIRCLOUGH, 2016).

Fica evidente nesse estudo que foi na dimensão da prática social que se encontrou uma nova, ou a reinterpretção como nova da construção do *ethos* masculino. Foi nessa dimensão que se percebeu como os signos atribuídos ao masculino interferem nas relações de poder e como essas relações determinam as posições adotadas nos macroprocessos sociais. São nessas relações que se encontram as lutas hegemônicas, localizadas em uma frente ampla que inclui as instituições da sociedade civil – a educação, os sindicatos ou famílias – com possíveis desigualdades entre diferentes níveis e domínios (FAIRCLOUGH, 2016).

Dentre as instituições civis citadas por Fairclough, está a família, extremamente citada nos discursos dos participantes, exercendo a posição de facilitadores, ou mesmo de praticantes do cuidar de homens em AD. A família faz parte da pluralidade dos sujeitos que compõem a sociedade civil, ora atuando como estimuladores, ora como opressores de mudanças ideológicas com repercussões na prática cotidiana. A opressão ideológica leva à alienação, concebida por Marx como sinônimo de dominação, em que o homem, enquanto animal multifacetado, com inúmeras potencialidades e capacidades, não as exerce.

A alienação pode ser oriunda de uma repressão ideológica; dessa forma, as proposições marxistas sobre ideologia nem sempre são sistemáticas e, por isso, levam invulneravelmente a interpretações contrárias. A ideologia é mais do que uma forma de conhecer, ela é tomada como concepção de mundo, inscreve-se na dimensão ideológica, normatiza a vida e leva o sujeito a executar ações práticas (GRAMSCI, 1971). O grupo social alienado torna-se subordinado àquele que possui a dominação hegemônica, tendo por conceito de hegemonia, a liderança tanto quanto a dominação dos domínios econômicos, políticos, culturais e ideológicos de uma sociedade (GRAMSCI, 1971).

Considerando toda essa contextualização e cientes da possibilidade dos discursos decifram a realidade vivenciada, explicitando o eu masculino, por meio das relações de poder, das ideologias, das vinculações interpessoais entre o homem e seu cuidador, os dados empíricos apontam para um conjunto de costumes e hábitos fundamentais, no âmbito do comportamento masculino, que, quando hegemônico, torna-se característico de uma determinada coletividade, para a época de uma sociedade.

Nesse trecho discursivo, identificam-se características de um padrão ideológico de masculinidade hegemônica, alicerçado no poder dos homens em relação às mulheres. Percebe-se que João, em sua fala, se coloca na posição de ordenar como deseja se vestir e para onde deseja ir, deixando claro para a sua cuidadora formal que deve ser prontamente atendido; além da relação de poder associado ao sexo e à virilidade. Nesse momento, a atual condição de saúde do homem nada o diferencia dos padrões adotados como coerentes à figura masculina.

[...] ai eu peço pra Cristiane me arrumar e vou pra um bar tomar uma bem massa, tome cachaça [...] ah! Era cachaceiro geral, mulherengo que só a bixiga, raparigueiro. A coisa mais linda do mundo, eu já disse a você, se Deus fez melhor quero [...] eu dano cerveja e cana, eu misturo foi tudo, eu saio bebo rodando, tem hora que eu me vejo doidinho aqui [...] até na internet eu vejo casais né. Mas o cara deve ter a ereção de tudo. Eu não tem, se a menina pega, balança a bicha faz assim, mas não segura [...] não segura a ereção. Aí é complicado, aí você pensa só isso, não sexo [...] tem, eu fico doidim, aperrado. O cara se sente mal demais, o cara se sente menos homem. Vixe! Gosto desse negócio não. Gostei disso não [...] ¹⁰ (João, 51 anos, tetraplégico).

O participante João assume características de uma masculinidade hegemônica, que traz repercussões consideráveis na sua relação com a cuidadora, que é uma profissional do sexo feminino. Isso traz em seu contexto a ampla relação de poder do homem macho, mesmo ele estando em uma condição de dependência em relação a uma mulher frágil que deve atendê-lo. Connell (1995) configura o surgimento das masculinidades sob perspectiva de gênero com um caráter dinâmico e entremeado em três esferas: As relações de poder em que a subordinação feminina e a dominação masculina constituem a principal divisão de poder na configuração dos gêneros (como no caso de João); as relações de produção em que a ordenação do gênero ocorre no trabalho e na divisão sexual das tarefas; e o investimento emocional nas relações estabelecidas entre o objeto desejante e o objeto desejado.

A esfera da relação de poder remete à discussão de gênero, ao considerar que o termo gênero abrange uma visão biológica, sociológica e cultural que revela informações importantes em relação às experiências masculinas e femininas, incluindo a explicação em volta das desigualdades persistentes entre mulheres e homens na sociedade. O gênero torna-se uma maneira de indicar as construções sociais de ideias sobre os adequados papéis dos homens e das mulheres (SCOTT, 1990 apud DANTAS FILHO, 2016).

Para João, o adequado papel do homem ainda se firma no padrão assumido pela masculinidade hegemônica, em que esse modelo é herdado da cultura patriarcal, garantindo a dominação masculina e a submissão das mulheres, ocupando uma posição de domínio em um dado padrão de relações de gênero (CONNELL, 1995). Os homens, a exemplo de João, quando negam a sua situação frágil de saúde, sustentam-se em aspectos históricos e culturais que se alicerçam no modelo de masculinidade hegemônica, protetor de um estereótipo de homem corajoso, viril, destemido, forte fisicamente e emocionalmente. Esse modelo de masculinidade permite ao homem uma condição tida como não vulnerável às fragilidades sociais, por entender

¹⁰ O sublinhado nos excertos dos discursos é para destacar os trechos de maior impacto para exemplificação da análise. O itálico nos excertos dos discursos é para evidenciar trechos que exemplificam o efeito da dimensão textual.

que essas fragilidades assumem uma espécie de “arranhadura” à sua masculinidade (CASTRO, 2015).

O conceito de masculinidade hegemônica, para Connell, surge da concepção gramsciana de hegemonia, definida pelas seguintes características: baseia-se na configuração relacional das práticas de gênero aceitas socialmente que assegura as posições de dominantes e dominados, a exemplo da subordinação entre os sexos; refere-se a um tipo de masculinidade tida por exemplar; possui aspectos ideológicos machistas ao naturalizar as diferenças entre os sexos, encobrendo a construção sociocultural das hierarquias de gênero; e não é um modelo fixo (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

A masculinidade hegemônica ainda se apresenta na sociedade com um modelo predominante, ideal e valorizado, o que enaltece as personificações de subordinação e dominação vinculados aos homens e às mulheres. Culturalmente aceita, a masculinidade hegemônica determina comportamentos masculinos que ditam ações, atitudes, vontades, desejos, medos e anseios, assim como o protótipo de homem viril, sexualmente capaz. A cultura se objetiva no inconsciente masculino, e as significações sociais sobre as relações de poder nos gêneros, entre dominar e ser dominado, tornam-se supostamente naturais dentro do psíquico masculino.

O participante João assume essa posição, e, por não conseguir manter a ereção peniana diante de uma mulher, tem a sua masculinidade fragilizada. Os homens costumam ter preocupações relacionadas à própria sexualidade, eles têm medo de não ter ereção no ato sexual, tomando a ereção como um indicador de virilidade e da potência masculina, podendo ser uma preparação para que a sexualidade do homem seja atestada com a mulher, além de reduzir a sexualidade masculina à área genital (GOMES, 2010, 2011). Os significados direcionados às práticas sexuais masculinas pela sociedade são influenciados pela cultura em que estão vivendo. Os homens precisam viver uma sexualidade sem limites em oposição à sexualidade contida nas mulheres (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Existe uma urgência em refletir, discutir e tornar uma *práxis* as mudanças na ideologia que permeiam a masculinidade hegemônica, seja qual for a característica masculina que ela determina, a exemplo da sexualidade. Esse pensamento comunga com o de Dantas Filho (2016) quando ele afirma que é preciso desconstruir as expectativas sobre o desempenho sexual masculino, bem como a valorização da conquista, além da ideia de uma sexualidade como forma prazerosa de viver para além da necessidade de dominação e de controle sobre o outro.

A masculinidade, bem como a feminilidade e a sexualidade, não representa a organização cultural de um dado natural, pois entende-se que existem vários modelos de

masculinidades concebidos de acordo com a inclusão dos homens na estrutura social, política, econômica e cultural (BRILHANTE *et al.*, 2018). As masculinidades encontram-se entrelaçadas no contexto da sexualidade masculina, o que atravessa todo um conjunto personificado da rede que compõe a sociedade. Para se pensar sobre produção do cuidado ao homem, torna-se necessário se pensar em uma saúde da diferença (LIMA *et al.*, 2018).

Nada obstante, as multiplicidades dos discursos abaixo se relacionam a um padrão de masculinidade diferente do que João assumiu, pois os personagens sociais dessas falas esclarecem uma diferença na posição adotada enquanto homem antes da condição atual de saúde e agora, na iminência de uma cronicidade e assistidos pela atenção domiciliar. O homem, Leonardo, se compara entre o antes e o depois, destacando um padrão masculino dotado por características de um ser livre, com liberdade para ir e vir, podendo exercer sua masculinidade da maneira que ideologicamente acredita como certa. O homem, quando nessa condição crônica de dependência, em seu discurso triste e cabisbaixo, deixa claro que, na atual conjuntura, sente-se aprisionado.

[...] ((suspiro)) é! muda muita coisa né, muita coisa. Mas acredito que num é tudo isso também não. Considero um, sei nem como te falar isso ((suspiro)). É muito difícil falar sobre essa parada pra mim às vezes, assim nesse termo que, é você já não tem mais a liberdade como você tinha antes. Você tem que precisar de alguma pessoa né? pra lhe auxiliar em muitas coisas. Às vezes é, você fazer cocô, às vezes você urinar. Precisava de uma sonda, graças a Deus agora tá melhorando tal, faço uns exercícios e tal. Acredito que isso teja fazendo melhorar meu sistema né, do meu corpo. Então é isso aí. É um pouco difícil essas partes aí [...] da liberdade por que a gente sempre precisa de alguém pra fazer alguma coisa e eu era independente. O que eu queria fazer eu fazia e pronto, né? [...] (Leonardo, 22 anos, paraplégico).

O que seria então ser homem? Ser homem e ser mulher tem diferença para além do sexo? O que poderia determinar uma mudança na masculinidade de um homem nordestino, que vivenciava dogmas estabelecidos dentro de uma sociedade culturalmente construída no preceito de um homem macho? Vários são os autores que discutem sobre ser homem e ser mulher, suas discussões centralizam-se nas conceituações de gênero, de definição biológica do corpo e das relações de poder e dominação construídas.

Leonardo não enfatiza se ele é diferente de uma mulher, ou se tem mais direito do que uma mulher, ele deixa explícito em seu discurso que se considerava um homem que podia ser livre e exercer sua masculinidade da maneira que jugasse correta, dentro de um contexto nordestino de ser homem. O masculino herda na sociedade uma tradição que tange questões do patriarcalismo e do machismo, o que confere a ele posições privilegiadas (BRILHANTE *et al.*, 2018). Todavia, Leonardo ao se tornar usuário da AD, devido a uma lesão na coluna decorrente de arma de fogo, vê ameaçada a sua masculinidade outrora imponente e determinante de uma

liberdade. E o que compete a ele? O que mudou na sua masculinidade? Então, é possível falar no surgimento de masculinidades que diferem daquela hegemônica assumida anteriormente por Leonardo.

As masculinidades são referidas como sendo práticas sociais desempenhadas pelos homens e condicionadas pelas relações de gênero. Como nas relações de gênero há interação de outros fatores, como a raça, a classe social e a religião, se torna adequado falar em masculinidades, no plural, uma vez que não existe um único tipo de prática social (SILVA, 2015a; CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013). Qualquer forma particular de masculinidade é, ela própria, internamente complexa e pode ser até contraditória (CONNELL, 1995).

A masculinidade que agora Leonardo detinha era contrária àquela que ele assumia e que lhe proporcionava liberdade. Um homem livre é aquele que pensa e age por si próprio, não é constrangido a fazer o que não deseja, nem é prisioneiro ou escravo (ARRUDA; MARTINS, 2015). Assim era Leonardo, livre para pensar e agir do modo que quisesse e quando desejasse, mas a sua condição atual trouxe restrições à liberdade dele, dentro e fora do domicílio, relacionando-se aos modos da impotência.

Leonardo revelava carência da sua potencialidade de ser, da sua liberdade de ser, o que torna a vida mais forte e sublime ao ser vivida. A restrição de sua liberdade de escolhas e orientações no cotidiano, torna-o necessitado de ajuda. Essa “diferenciação” entre o Leonardo antes e depois das limitações ocasionava privações da sua própria essência, por vezes revelando um fardo doloroso a ser carregado, demonstrado por sua tristeza durante a entrevista. O que faria um homem como Leonardo sentir-se livre, mesmo em condição de ‘diferenciação’, preso fisicamente em seu domicílio? Isso traria mudanças profundas, vinculadas às ideologias paradigmáticas seguidas por homens como Leonardo, enquanto conceitos norteadores de sua masculinidade.

Ainda em relação a essa ‘diferenciação’¹¹ ratificada pelos homens e pelos cuidadores, os discursos abaixo clarificam a posição de segregação que o homem, na condição de cronicidade, em atenção domiciliar se coloca, ao considerar dentro de suas práticas ideológicas a incapacidade para executá-las, destacando o sentimento de baixa autoestima e inutilidade.

[...] e não pra melhor, mas às vezes você sente quando você tá, vou dizer a palavra, é aleijado assim, então a gente se sente até inibido de levantar a cabeça, de se erguer e além do mais, fica assim aquele, aquela limitações de eu poder fazer aquilo e hoje não posso fazer mais, num sabe. De eu poder pra o canto que for tem ser ou com a bengala ou na cadeira de roda. Isso nos meus 49 anos, nunca existiu barreira né e agora existe

¹¹ Os efeitos das dimensões (textual, discursiva e social) estão destacados no texto, por meio de aspa única.

essa barreira. Então, não é que eu entrei em depressão, mais eu sinto que a perca dos dedos do anti pé me fizeram ficar mais, como é que se dá a palavra, fraco no termo popular [...] e que não tiver que usar nenhuma cadeira de roda, ou muleta eu acho que minha autoestima volta [...] (Luíz, 50 anos, casado).

[...] a vontade de trabalhar eu tenho. Queria ter de novo, mas (som de lamentação), quando eu era bom trabalhava, vinha pra casa também ligeiro, curtia (palavras espaçadas). Hoje é difícil demais, a pessoa fica mais trancado, deitado. Num pode sair muito. É chato demais, homi. Antes era melhor. Eu podia sair, podia se divertir, chegar a hora que quiser, mas agora tem como não [...] (Guilherme, 21 anos, albergado).

[...] ele trabalhava, cortano cana, fazeno tudo trabalha mai o pai, sameano adubo de cana, essas coisas toda, até os seus 17 anos. Quando ele, ele adoeceu com idade de 17 anos, já tá com 53. Só que ele ficou paraplégico, poque pra baixo ele não sente nada. Ele não tem movimento de nada. Pode cortar e jogar fora que e não sente nada [...] (Joseja, 72 anos, mãe, analfabeta).

Esse novo homem, essa nova masculinidade assumida por Luiz, não o satisfaz, não o deixa feliz, pois ele reconhece essa masculinidade como subordinada à outra, porque o coloca em condição de privação, de limitação. Ele sinalizou isso utilizando um termo excludente que foi “aleijado”. As diferentes masculinidades são concebidas no mesmo contexto social, as relações de gênero incluem relações entre homens, relações de dominação, marginalização e cumplicidade, em que toda forma hegemônica de masculinidade tem outras masculinidades associadas em torno dela (CONNELL, 1995).

Descreve-se, atualmente, quatro tipos de masculinidades: masculinidade hegemônica (assumida por Luiz antes de sua limitação), masculinidade subordinada (assumida por Luiz após sua limitação), masculinidade cúmplice e a marginalizada. A masculinidade hegemônica é aquela que confere ao homem uma posição de dominância; enquanto que a subordinada se refere à desigualdade entre os próprios homens (BRITO *et al.*, 2014), por exemplo os que têm deficiência são subordinados e excluídos em relação aos que não têm.

Essa nova masculinidade de Luiz retira dele a característica que talvez mais envaideça os homens que é o poder, como ele mesmo disse em seu discurso ao utilizar o termo “fraco”. O modelo masculino estimulado é o de homem forte, viril, poderoso, que necessita da mulher-objeto para exercer fidedignamente o seu papel (BRILHANTE *et al.*, 2018). O poder permeia as relações de gênero e é atribuído ao sexo masculino pelo imaginário social que propaga o privilégio de que aquele que detém a força física, também detém o poder e a autoridade (SILVA, 2015b).

Outra conotação importante que a ‘diferenciação’ trouxe a Rodrigo e a Carlos, portador de neoplasia medular e filho de Josefa, foi a ausência de liberdade, assim como Leonardo, mas, desta vez, vinculado ao trabalho. Ser livre para trabalhar, ser livre para produzir, ser livre para ter lugar em um país capitalista. O trabalho é tratado no masculino e o trabalho

produtivo ao trabalhador, sendo o homem que se associa à imagem de trabalhador e provedor da família e do lar (SILVA, 2015b). A referência do trabalho envolve a razão da ordem de gênero que congrega o homem ao trabalho, desvalorizando aquele que se ausenta do ambiente laboral por questões de saúde ou adoecimento (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Nesse mesmo sentido de ‘diferenciação’, a cuidadora, aqui representada pelo sexo feminino, distingue de maneira explícita uma diferença entre o ser que ela cuida, quando não possuía essa condição crônica de saúde, para a atual conjuntura que vive. A cuidadora Mariana, em sua fala, atribuiu um sentido de ‘normalidade’ para o homem (seu esposo) antes da doença, e de ‘anormalidade’ para depois da doença. Apreende-se por meio do discurso não verbal do homem que o mesmo também se enquadra nesse signo de normalidade e anormalidade a ele atribuído. No momento da entrevista, quando a cuidadora fez essa mesma analogia, o participante homem, mesmo no seu quadro de tetraplegia, preso a uma espasticidade acentuada, derrama discretas lágrimas dos seus olhos (NO).

[...] ah era perfeito, era uma pessoa perfeita, aí cum 28 anos descobriu, ele começou assim perder peso, entrar em depressão, aí a gente foi HU aí descobriu que ele tinha essa Doença de Wilson, era perfeito. Ah! G perfeito, andava, falava, trabalhava, fazia tudo como uma pessoa normal [...] assim, quando a gente as vez fala né das coisas assim, ele as vez fica quereno chorar. Quando às vez eu digo, é meu filho se lembra da gente quando a gente casou logo, quando E nasceu. Às vezes eu gosto de conversar muito com ele né. Aí ele bota pra ficar com o olho cheio d'água, bota pra chorar. [...] ele sente muito, ele sente tristeza por tá nessa situação, por ver filha dele, por não poder participar da vida dela, porque assim, ele vê ela, mas não é mesma coisa de uma pessoa tá com saúde né, participar da vida do seu filho ou da sua filha. Num é a mesma coisa [...] (Mariana, parda, evangélica, esposa).

O discurso da jovem esposa no papel de cuidadora deixa claro que os padrões ideológicos realmente aceitos na macroestrutura social ainda se concentram na masculinidade hegemônica, ou seja, naquele homem que se apresenta hígido, sadio, viril, dominador e livre. Ao perceber tal colocação de Mariana, aceita-se que os perfis das masculinidades são construídos pela sociedade em que estão imersos atores do sexo masculino e feminino. As relações de gênero estabelecidas confluem para essa determinação social do que venha a ser o homem, influenciado pelo ser mulher.

A respeito disso, Connell e Messerschmidt (2013) afirmam que as meninas e as mulheres constroem masculinidades, pois elas são centrais ao assumirem as funções de mães, colegas de classe, namoradas, parceiras sexuais e esposas (como Mariana), como trabalhadoras na divisão sexual do trabalho, entre outras. Eles ainda afirmam que as hierarquias de gênero também podem ser afetadas pelas novas configurações das identidades e práticas das mulheres,

principalmente as mais jovens, por assumirem funções diferentes daquelas determinadas no patriarcado e, dessa forma, estarem sendo mais reconhecidas pelos homens jovens.

Não só Mariana, mas o homem que é seu esposo, por meio de um discurso não falado, mas demonstrado pelo choro, também externou que, ideologicamente, não aceitava o novo perfil de masculinidade assumido por ele, diante de sua doença crônica e degenerativa. As conceituações sociais permitem que a essencialização dos corpos, dos gêneros e das masculinidades, onde há algo de viril nos homens contrário nas mulheres, a quem seriam permitidas a exposição das emoções como: a fragilidade, a docilidade nos gestos e condutas, e o choro como forma de negociação com a realidade social. Diante disso, o choro discordante apresenta-se como distanciamento do ideal normativo das masculinidades hegemônicas viris e representa para os homens uma perigosa aproximação à associação com os significados culturalmente regulamentados como sendo expressões de feminilidade (SOARES *et al.*, 2016).

A mudança na forma de ver o homem no contexto da AD permitiu que a cuidadora Francisca reconhecesse essa ‘diferenciação’, tratando o seu esposo depois da doença como um filho, ao infantilizá-lo. Essa forma de ver e dar sentido ao homem traz em seu contexto uma mudança na masculinidade dele, que antes era esposo, provedor e defensor do lar, para agora o ser cuidado, minimizado, infantilizado, levando a uma mudança nos papéis sociais assumidos.

[...] agora eu trato mais assim, que antes né. Com certeza eu trato, bem melhor do que antes porque eu, acho que tudo que eu fizer por ele, ainda é pouco [...]Trato ele as vezes até, como um filho meu assim, um bebê [...]eu chamo ele de menininho, essas coisas [...] (Francisca, 54 anos, esposa, católica).

É sabido que os homens são pressionados a agir e a sentir de um modo a se distanciar do comportamento das mulheres, das garotas, da feminilidade e da infantilidade, compreendidas como opostos. A pressão em favor dessa conformidade vem das famílias, das escolas, dos grupos de colegas, da mídia, dos empregadores, ou seja, da sociedade (CONNELL, 1995). Francisca aproxima seu esposo dessa conformação não aceita pela sociedade patriarcal, em que seu esposo vive. Este homem sequelado por um AVE, acamado, com o corpo apresentando atrofias e uma LPP que ocasionava dores, ao ser infantilizado se aproxima de uma masculinidade que diverge da que ele e a sociedade aceitam.

Ao figurar uma anormalidade ao homem em AD, a cuidadora Terezinha também conferiu uma nova figuração ao homem de quem cuida (o irmão), atribuindo-lhe a exclusão devido à condição de saúde que o mantém limitado a uma cama hospitalar em um quarto amplo e arejado. Ressalta-se a presença da ‘intertextualidade’ (dueto exemplificado pelo discurso do interlocutor principal, Terezinha, e do homem em AD) nas orações destacadas por itálico.

[...] mudou, quando ele andava de cadeira de roda, ele mesmo ia pro orelhão, fazia ligação, chamava taxi, eu quero ir na casa de fulano, de meu primo, de num sei de quem, da família e aí a gente ver um orelhão bem assim, tu tá chamano quem J? o taxi pra ir lá pra casa de meu primo. Pronto ele ia, mais a pessoa era conhecido, o taxi. Já tinha esse telefone de conhecido. Aí, isso antes assim uns 10 anos atrás sabe, uns 10 anos atrás que ainda andava de cadeira de rodas. Que agora nem sentado ele fica, quando ele queria vir de novo, a merma pessoa que levou, vinha buscar, ia buscar, deixava e a gente dava apoio a ele. Eu consigo ver nele tristeza porque, ele num pega nem numa colher pra se alimentar [...] (Terezinha, 60 anos, irmã, costureira).

Apesar das amplas críticas ao modelo hegemônico de masculinidade, desencadeadas em função do avanço do movimento feminista e da modernização das relações entre os gêneros, ainda prepondera a sua associação com virilidade, competição e liberdade (BRILHANTE *et al.*, 2018). Essas características que estão compreendidas na masculinidade dominante, não se fazem presentes no irmão de Terezinha, senhor branco, alto, higienizado, que não fala e nem se movimenta, que depende dela para execução de suas atividades de vida diárias (AVD), em decorrência de uma HAS que se agravou pelo estilo de vida que ele levava, ocasionando um AVE que o deixou sequelado. Este homem demonstra a sua não aceitação com a nova masculinidade por meio de tristeza, percebida por sua irmã.

O texto composto pelos discursos de Mariana, Terezinha e Francisca leva à inferência de que novas concepções epistemológicas estão presentes no cotidiano dos homens que vivem com problemas de saúde em assistência domiciliar. Essas mudanças estão amparadas em ideologias que provocam transformações na ideia de masculinidade classicamente aceita e conseqüentemente dominante. A ideologia pode ser ressaltada como um processo em transformação e fluidez. As ideologias estão nos textos. Os processos ideológicos estão nos discursos e são eventos complexos (FAIRCLOUGH, 2001, 2016).

De onde surgem as ideologias? “Surgem das sociedades caracterizadas por relações de dominação com base na classe, no gênero social, no grupo cultural e assim por diante. E, à medida que os seres humanos são capazes de transcender tais sociedades, são capazes de transcender a ideologia” (FAIRCLOUGH, 2016, p. 156).

Ao reconhecer essa ‘diferenciação’ no ‘*ethos*’ masculino hegemônico, admite-se a existência de novas e ideológicas masculinidades, atribuindo novos signos e significados ao ‘*ethos*’ masculino. A ideologia é o entendimento imaginário que interpela os sujeitos a assumirem um determinado lugar na sociedade, criando a quimera de liberdade (MOTTA; SERRA, 2014).

Por acreditar que o discurso é um dos elementos da materialidade ideológica, em razão disso, ele só tem aceção para um ator social quando este aceita como pertencente a uma

determinada produção discursiva. Sendo assim, elencam-se abaixo os discursos dos participantes deste estudo, que exemplificam essa mudança no ‘*ethos*’ masculino. O homem é visto ideologicamente como um ser dominador, poderoso, independente e provedor de sua família, conforme os discursos de Sebastião e Ricardo. Ainda se percebe nesses mesmos discursos a presença de um novo ‘*ethos*’ masculino, quando na impossibilidade de assumir esses predicados aceitos pela sociedade.

[...] antes eu era acostumado a sair todos os dias de casa, na casa da minha avó, e no centro da cidade. Resolvia meus negócios. Hoje em dia tenho que depender de pessoas, num tem coisa pior que você depender. Você uma pessoa acostumada a resolver suas coisas. Todos os dias pegar o ônibus e batalhar e resolver seus negócios. Hoje eu não posso subir numa escada, goteira eu mesmo tirava. Hoje eu num posso subir mais numa casa pra tirar goteira. Tô ligando a televisão através disso aí e o ventilador. Dependendo de um colega meu que é eletricista pra vir fazer esse favor. Que você ganhando um salário mínimo, eu trabalhava nos Correios né, mas infelizmente me aposentaram só com um salário. O Correio diz que tá errado. O INSS disse que tá errado e ninguém resolve nada. Antes eu tava correndo atrás, agora nem isso eu tô podendo [...] (Sebastião, 58 anos, casado, pós operatório de neoplasia de próstata).

[...] a vida era só de brincadeira (risos). A vida era, andar, trabalhar, mas andava muito. Vivia muito farrista, muito farrista. Ahh! Hoje tô tranquilo demais. De manhã eu acordava, liga a TV, depois tomava café, som, meio dia, tv, de tarde som, sair, beber. Era assim e agora é diferente [...] (Ricardo, 46 anos, solteiro, paraplégico).

Compondo o ‘*ethos*’ do padrão ideológico de masculinidade hegemônica, nas falas de Sebastião e Ricardo encontram-se características como: trabalhador, sexualmente ativo e destemido. Eles deixam evidente como eles eram antes da condição que os colocaram em AD, mas também falaram a respeito da maneira como vivem hoje, mesmo que insatisfeitos. Reconhecer essas características não dominantes e às vezes firmadas na limitação, por si só, já sinaliza um novo pensar para um novo ‘*ethos*’, pois o homem nordestino dominante não assumiria tais características.

A estrutura patriarcal não é exclusividade do Nordeste brasileiro; contudo, existe a peculiaridade no contexto nordestino que se fortalece. A abolição da escravidão, ascensão da República, industrialização e transformações políticas do final do século XIX e início do XX foram eventos que se contrapuseram ao poder decadente da oligarquia nordestina. Esta, por sua vez, os trata como feminização social, minimizando os impactos da emergente crise da masculinidade baseada em uma hierarquia de raças, classes e gêneros (BRILHANTE *et al.*, 2018). Por meio dessa afirmativa, se declara que a masculinidade hegemônica se encontra em crise, talvez explicada dentre outros motivos, pelo novo perfil de homens associado às condições crônicas e limitantes de saúde, como nos casos de Sebastião e Ricardo.

Diz-se entre os discursos dominantes e criativos que a masculinidade está no domínio universalizado. Perante isso, os processos decorrentes desses discursos não se agrupam no caráter de semelhança entre as masculinidades, como a presença genérica de um pênis (característica biológica masculina), mas se enunciam as diferenças entre estas. A diferença traz em sua competência a produção de nomes e de singularizações ao masculino, mesmo diante das relações de poder (LIMA *et al.*, 2018).

Reitera-se a presença de ideologias ainda não dominantes, constituindo um novo signo ao *'ethos'* na masculinidade dos homens que estão em AD. Seguem os discursos que esclarecem a afirmativa.

[...] é trabalhava era, é não vivia em casa, era mais na rua, trabalhando e tal, trazia o que era meu dever, cumpria todos os meus deveres, mas é, vamos dizer, hoje em dia, da situação que eu estou [...] é muito diferente, eu tinha uma vida até dinâmica, hoje a vida é parada [...] interfere! Depressão, ansiedade, várias coisas acontecem, tentativa de suicídio várias vezes, inúmeras coisas [...] em termos de sexualidade, eu me cobro muito disso aí. Não pela esposa, e sim por mim, ela num me cobra não, mas eu me cobro [...] (Fábio, 43 anos, casado, obeso).

O participante Fábio, adulto, obeso, em cima de uma cama, com algumas limitações, outrora viril e dominador, se depara com uma nova imagem de ser homem. Isso porque ele necessita de sua esposa para urinar, evacuar, comer, entre outras necessidades. Agora, suas limitações físicas o impedem de sair, trabalhar e de exercer sua sexualidade, tida no discurso como sinônimo de sexo. Ele se referiu à sexualidade como sexo, pois não estava tendo ereção, que, segundo o participante, era em decorrência de algumas medicações (NO). Esse novo *'ethos'* é antagônico ao *'ethos'* dominante e se aproxima da ideia de que o sexo e o poder não são as qualidades primordiais e essenciais ao homem. Pelo contrário, para esse novo *'ethos'*, a masculinidade é firmada na dependência, na ausência do trabalho enquanto produção material e na inviabilidade do sexo prático e na hora desejada.

[...] minha vida era de andar no mei do mundo. Parar em casa só pra comer e dormir mesmo eu num vou mentir pra você não, que eu era usuário de droga aí, por causa de meu irmão, era andano, mas graças a Deus eu nunca devia droga a ninguém não [...] mudou completamente. Mudou tudo. Porque a pessoa num sente vontade, aquele negócio como antigamente sentia e hoje a pessoa, os povo fala ah mais tu tem mulher, eu digo taí, eu que sou [...] deixa eu viver minha vida oh, cada um que cuida de sua vida, deixa eu ser feliz. Né porque a pessoa tá em cima de uma cama, né porque não vou ficar só, a pessoa num só depende de relação não. Veve porque gosta [...] (Marcos, 29 anos, ex usuário de drogas, paraplégico).

Marcos era o típico homem jovem, morador de uma área periférica da capital, malandro, cheio de gírias e tatuagens, mulherengo e usuário de drogas. Após paraplegia

decorrente de uma lesão por arma de fogo, se vê caquético, em abstinência das drogas, com duas LPP de terceiro grau, dependente de sua namorada – começaram a se relacionar e morar juntos há pouco mais de 3 meses, ela era de estatura baixa, magra, branca, com deficiência auditiva (NO) – para comer, vestir-se, higienizar-se, ir aos serviços de saúde, entre outras necessidades. Diante dessa nova realidade vivida pelo jovem homem, ele passa a assumir um novo ‘*ethos*’ masculino, alicerçado na falta de liberdade, na dependência e na união com amor e carinho acima do sexo.

Estudos etnográficos de autoria de Willis (1977), Cockburn (1983), Herd (1981) e Hunt (1980) acrescentaram à literatura a noção de que existe uma pluralidade de masculinidades e as complexidades da construção de gênero para os homens, trazendo evidências de uma luta ativa pela dominância entre elas. Outros autores, como Friedman (1986), Lerner (1986) e Zaretsk (1975), influenciados pela psicanálise e dedicados ao tema do poder dos homens, do desenvolvimento desse gênero, reconheceram a tensão e a contradição consolidada nas masculinidades (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

Nos processos discursivos é que se localiza a fonte da produção dos sentidos atribuídos a uma masculinidade ainda subordinada, quando comparada àquela dominante que permeia as práticas dos homens, mesmo eles estando em AD. Mas fica notório que um novo ‘*ethos*’ masculino começa a surgir nesses homens que necessitam de cuidado devido à condição de saúde em que se encontram, exigindo deles que reconheçam as suas limitações, carecendo de auxílio para viverem.

[...] olhe, ele é uma boa pessoa certo, mas é homem. Então como chefe de casa, não quer ser é tirado a ordem dele, entendeu. Quer as coisas do jeito dele, ele resolve. Ele é doente, tá assim num é, tão acamado que hoje em dia ele já se levanta [...] não anda lá no meio da rua né, mas já anda por dentro de casa, Mas, mesmo assim ele é o cabeça daqui da casa. Ele resolve tudo. É ele quem é, a gente sempre costuma dizer assim, ele é o cabeça e eu sou o corpo né, ele resolve tudo e manda eu fazer. Eu vou, faço, entendeu. Mas tudo passa por ele [...] agora que ele tá tomando uma medicação que ele tá questionando essa medicação, vamo dizer aquele ditado, broxa né ((voz sussurrada)). Então, interrompe um pouco, mas tranquilo. Já tentou deixar de tomar, mas eu vou e quando ele percebe ele já tomou [...] (Ângela, 43 anos, casada, esposa).

[...] ele gosta de dormir cedo. Nove horas já vai dormir pra também cedinho tá acordando. O ventilador você vê, ele num gosta, num quer que o vento sopra nele. Tem que ser aquela posição ali. Aí tem os gosto dele. A gente sempre procura fazer o que ele quer. A prioridade é dele. É o gosto dele [...] tudo ele num gosta de nada desorganizado, aí mantém o padrão dele [...] é ele que diz que a casa quem manda é ele, entendeu [...] aí pergunta o que ele quer comer [...] qual o horário, o que ele quer [...] ele que escolhe o cardápio [...] (Carlos, 47 anos, cuidador, sobrinho).

A cuidadora Ângela é esposa de Fábio, participante que apresenta características de um novo ‘*ethos*’ como exemplificado em um excerto do discurso anterior a esse. Aqui, percebe-

se que, mesmo detendo características diferenciadas a que ele possuía antes de ser usuário da AD, ainda é envolvido pela ideologia do ‘*ethos*’ masculino dominante, pois no discurso de Ângela fica evidente que ele é o chefe, a cabeça da casa, e ela o corpo que obedece; inclusive na vida sexual do casal (NO). Essa reflexão é congruente às relações de poder, associada às relações de gênero em que o homem é o dominador, o militante; e a mulher, o ser dominado, subordinado.

As relações de gênero e as de poder exprimem uma aproximação, pois essas relações estão em constante movimento e transformação e ocorrem de forma a modificar padrões cultural e socialmente definidos. Esta definição permite uma construção de identidade limitada à idealização social, resultando na divergência entre o papel representado pelo corpo biológico e as relações estabelecidas pela identidade idealizada (SILVA, 2015b). Os homens e as mulheres são socializados em uma cultura marcada pelas desigualdades de gênero, que extrapolam as relações familiares e de parentesco, onde se é delimitado os papéis sociais de cada um em razão das diferenças sexuais que se mostram atravessadas pelas relações de poder (MARTINS; MODENA, 2016).

O discurso de Carlos chama atenção para dois achados importantes: o primeiro diz respeito à manutenção do ‘*ethos*’ dominante pelo seu tio, usuário da AD; e o segundo é a masculinidade subordinada assumida por Carlos, que, enquanto homem, assume o papel de cuidador, tarefa marcada pela feminilidade.

É primordial a compreensão sobre gênero enquanto uma categoria que legitima as relações hierárquicas entre as masculinidades e feminilidades, entre homens e mulheres, mulheres e mulheres, e entre os homens, bem como entre as masculinidades hegemônicas e não hegemônicas, a exemplo da subordinada, seja na classe dominante ou em outras classes sociais (SILVA, 2015b; MADRID, 2016). Nas masculinidades subordinadas, o indivíduo masculino, não necessariamente, se comporta de maneira a assumir características femininas, implicando num discurso que atribui aos homens privilégio potencial de dominação e ascendência social (DANTAS FILHO, 2016).

O ‘*ethos*’ dominante e determinante de condutas e comportamentos nos microespaços sociais também interfere nos macroespaços, não admitindo homens limitados, com dependência de outrem (discurso de Rafael). Eles são orgulhosos, soberanos, não reconhecem suas fraquezas e possuem liberdade para tudo que desejarem (discurso de Cristiane). Nos textos discursivos de Rafael e Cristiane, localiza-se a propriedade textual de ‘coesão’ pelas conjunções ‘mas’ e ‘porque’, respectivamente, com as funções de: produzir um deslocamento na oração e a outra para conferir uma lógica explanatória.

[...] não, tudo é, tudo eu faço só. Tudo eu faço sozinho. Curativo, tomar banho, tudo é eu sozinho [...] não. Tudo eu faço sozinho, ela vai me dá só o que eu preciso mesmo, mas tudo eu faço sozinho [...] (Rafael, 30 anos, separado, teísta).

[...] em relação ao dia a dia aqui eu acho que fica muito a desejar? Fica. *Porque?* Ele é assim, ele gosta de se sentir, não é que goste *é porque* ele é um pouquinho orgulhoso. Se ele tiver com muita dor, ele só vai falar se ele tiver nas últimas mesmo [...] *É! porque* antes ele não parava em casa. Antes ele vivia no mundo só vinha pra casa pra dormir e agora ele teve que aprender de novo a ficar trancado em casa [...] mas ele por ser homem, quando ele bota um negócio na cabeça é aquilo pronto e acabou-se e assim vai [...] (Cristiane, 37 anos, divorciada, cuidadora formal).

O padrão dominante de masculinidade, essencialmente, está arraigado a outros padrões historicamente herdados como certos para serem seguidos. Quando se reproduz o que é herdado, adiciona-se certo domínio de subjetividade aos padrões reproduzidos e aceitos como novos, como atuais. Os padrões atuais podem ser vistos como acontecimentos ideológicos novos que ascendem nas práticas cotidianas, em um contínuo presente dentro de uma temporalidade histórica. Na análise dos discursos, a ‘temporalidade’ precisa ser entendida para além da concepção de que discursos sempre são ditos em um determinado tempo e num determinado lugar.

Assim, é no acontecimento discursivo que se define a ‘temporalidade’, não no sujeito. Não se trata de pensar em um acontecimento no tempo, ordenado de forma sequencial, mas em determinar o que é retomado do passado, o que é presente e o que define o futuro. É assentir que o presente e o futuro só significam porque há um passado que os faz significar (MACHADO, 2015). Então, são as antigas ideologias de masculinidades, que solidificadas entre os homens e aceitas como convenções de uma sociedade, que norteiam as ações na vida.

As ações da vida de Rafael são marcadas pela masculinidade hegemônica que ainda se faz presente. Ela vem de um passado em que Rafael não necessitava de alguém que o auxiliasse ou executasse cuidados nele, afinal ele não possuía limitações. Era um jovem alto, pardo, forte, namorador e envolvido com drogas. Vítima de uma lesão por arma de fogo, ficou paraplégico. Por ser envolvido com drogas, foi preso e, no momento da coleta dos dados, estava como custodiado para se tratar na AD. Possui LPP de terceiro grau e infectada, mora em uma casa localizada em área de vulnerabilidade por tráfico de drogas e violência. Nessa casa existem dois cômodos, sendo um quarto e um banheiro. Ele necessita da ajuda de sua irmã para o banho, a troca de curativo e para preparar o alimento.

Rafael locomove-se com cadeira de rodas e declara ter vida sexual com a namorada. Se fosse categorizá-lo sob o grau de dependência, pela Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha (BRASIL, 2013c), seria o grau 2. Essa condição o permite ter uma

dependência moderada de cuidados, o que intensifica no seu *'ethos'* as características de um homem com masculinidades hegemônicas e não reconhecimento de que precisa de cuidados, de auxílio e de que já não domina tudo e todos. Como dito, os comportamentos desenvolvidos nos microespaços contribuem e determinam os do macroespaços e vice-versa, pois Rafael, mesmo custodiado, sai com os “parceiros” nas noites e novamente se envolveu em brigas com armas de fogo (NO).

A cuidadora Cristiane trabalha há alguns anos na casa de João, desde o acidente de cavalo que o levou à tetraplegia. A casa de João é relativamente adaptada às necessidades dele, possui desde um maquinário de musculação para as fisioterapias até um quarto amplo com uma cama hospitalar e outra de solteiro, onde fica a mãe dele, que é idosa e também precisa de cuidados. João sempre foi um garanhão convicto, bebia, farrava e tinha na sua liberdade o maior dom da vida (NO). Era orgulhoso e gostava de dar ordens, até hoje continua assim (NO).

As suas ações na vida estão repletas de ideologias que determinam uma masculinidade hegemônica, mesmo ele sendo completamente dependente (Grau 5) (BRASIL, 2013c). Ele admite que precisa da cuidadora, que tem grandes limitações, mas não deixa de lado as características de que ela faz o que ele manda e precisa, que, mesmo tetraplégico, sai para beber e “raparigar”, deixando claro e falando em tom de riso, para descontrair, que não tem sexo por falta de ereção (NO). O reconhecimento de ter limitações, de precisar de ajuda e não ter sexo são atributos não comuns à masculinidade hegemônica.

Os dois participantes, principalmente João, iniciam sua passagem por uma nova ideologia em relação ao seu *'ethos'* de masculinidade, mas claro que enraizado pelo *'ethos'* passado e hegemônico. Nesse sentido, as masculinidades hegemônicas existem em circunstâncias específicas e são abertas às mudanças históricas, sociais e culturais. Ao permitirem essa abertura, por meio de lutas hegemônicas, formas anteriores de masculinidades dominantes podem ser substituídas por novas formas.

As ideologias construídas nas convenções podem ser mais ou menos naturalizadas e automatizadas, de tal maneira que as pessoas podem achar difícil entender que suas práticas normais estão repletas de ideologias específicas. Mesmo as práticas sendo interpretadas como resistentes e com isso favorecendo as mudanças ideológicas, não necessariamente serão conscientes dos detalhes de sua significação ideológica (FAIRCLOUGH, 2016). Nesse mesmo sentido, este estudo reconhece que o novo *'ethos'* de masculinidade, sendo uma prática ideológica resistente, possui em sua retaguarda antigas ideologias hegemônicas, que se comportam como convenções e que, no texto, podem ser vistas na *'temporalidade'* dos

discursos de Adriana e Fátima. Acrescenta-se que, na análise textual do discurso de Adriana, há presença da ‘intertextualidade’, com o interdiscurso da mãe dela.

[...] é porque no momento tá só assim né. Saída é só pra médico né. Aí depois a gente vai ver essa parte. A gente ia em Natal com ele. A gente ir pra almoçar, pra casa de uma amiga da gente, Santa Rita, mas como ele tava com essa continência urinária, nem tinha condições. Ficar na casa dos otos né. Aí depois minha mãe falou: eu acho melhor você não ir porque ficar assim, melhor não ir. Ai falei: então tá bom, a gente não foi [...] (Adriana, 47 anos, casada, mãe).

[...] participava dos cuidados da casa não porque a criação do meu pai era que serviço de casa não era serviço pra homem, certo? [...] serviço de casa era só pras mulheres da casa, pra ele não, pra eles não. Então era isso, era uma criação machista né. Hoje em dia não se ve mais isso, mas naquela época era assim [...] (Fátima, 58 anos, irmã, divorciada).

No discurso de Adriana e Vânia, fica explícito a presença da ‘temporalidade’, em que ideologias passadas, a exemplo da mãe de Vânia e do pai de Fátima, determinam ações, comportamentos e atitudes dos usuários oriundos de um ‘*ethos*’ de masculinidade hegemônico. Adriana é mãe de Matheus, paraplégico após lesão por arma de fogo. Ela assume, em suas atitudes, ideologias repassadas historicamente, que influenciam, quase que inconscientemente, a vida e o cuidado, e, conseqüentemente, o ‘*ethos*’ de Matheus. Dessa maneira, acredita-se que o homem é visto como um sujeito universal e excelente, resultado de um processo histórico de naturalização que envolve o esquecimento das origens de sua construção (GASPODINI *et al.*, 2017).

Fátima é irmã e cuida de um jovem esquizofrênico, compartilhando a responsabilidade com outros membros da família. Ela, assim como Vânia, herda ideologicamente conceitos doutrinadores de ações, a exemplo de que as atividades domésticas não são para homens, mas para as mulheres, influenciando o seu cuidado e o ‘*ethos*’ de masculinidade desse jovem rapaz. Ressalta-se que essa ideologia remete às relações de gênero e de poder, também influenciadores do ‘*ethos*’ masculino hegemônico. A divisão desigual e hierárquica de poder é baseada no gênero, em que o homem é superior à mulher, aos filhos e aos empregados, existindo a delegação fixa de papéis em que o homem é responsável pela manutenção e proteção total do lar e a mulher, doméstica e sexual (SILVA, 2015b).

Conceber a existência de um ‘*ethos*’ masculino diferente, e às vezes contrário ao hegemônico que é socialmente fecundado e aceito, leva a reflexões que remetem a efeitos de ‘hegemonia’ e ‘lutas ideológicas’. A ‘hegemonia’ atribui-se a um domínio exercido pelo poder de um grupo sobre os demais, baseado mais no consenso, no homogêneo, no comum, do que no uso da força (GRAMSCI, 1971). A ‘hegemonia’ é vista como aliança e não apenas como dominação, ela parece ser a forma organizacional de poder predominante na sociedade

contemporânea, não como a única, pois existem os vestígios na forma anteriormente mais relevante, em que se atinge a dominação pela imposição inflexível de regras, normas e convenções (FAIRCLOUGH, 2001, 2016).

Se existe aliança, se existe dominação, então existe algo ou um ser dominado. Para se dominar, é preciso se fazer convincente, liderar as ideias contrárias às suas, e, para isso, é preciso lutar. Luta entre ideologias, luta entre a forma de ver a vida e de como segui-la. Assim, segundo Fairclough (2016), acredita-se que as ‘lutas ideológicas’ são as lutas de dominação e elas estão presentes nas práticas discursiva.

As ‘lutas ideológicas’ precipitam a ideia de dominador e dominado. Entre os grupos dominados, as consequências podem ser diversas. Entre elas destaca-se a ‘alienação’, que se caracteriza pela passividade em aceitar orientações de uma prática social (econômica, política e cultural) imposta ideologicamente pelo grupo dominante.

Verifica-se nos excertos dos discursos de Carlos e Rodrigo, permeados por contradições na reprodução de valores hegemônicos, as mudanças das práticas discursivas e das ideologias construídas em um processo de ‘alienação’.

[...] porque antes eu andava, eu antes eu andava, eu saia no final, ia pra praia que eu gostava muito de pescar, jogar um dominó, a vez tentar até jogar uma parada de sinuca, assim que a vez no final de semana. Agora eu num saio mai também tô cadeirante e com esse mundo muito violento aí agora. Até pra pessoa que anda hoje tá a dificuldade, imagina o cadeirante [...] tem muita gente que as vez tenta, na cabeça vem muita besteira. Imagina o caba com 17 anos de repente não andar mais. Agora eu vou raparigar pelo meio do mundo. Aí fui pra São Paulo, visitei a família, tomei cachaça. Trocadinho pronto, morava com a minha mãe, solteiro, ajudava ela com um pedacinho de dinheirinho em casa, o resto eu botava no bolso, saia, as vez eu ia pra mangabeira na sexta-feira, só chegava na segunda quando acabava com o dinheiro [...] eu num tenho preconceito com nada não. Pra mim tá bom demais. Tem tanta gente pior do que eu aí, tanta gente aí. Eu não, eu sou tranquilo. É aceitei que tem que nem diz o ditado, tem que aceitar que doi menos. Tô aí! [...] (Carlos, 52 anos, solteiro, paraplégico).

[...] logo no começo Dra, meu psicológico ficou bastante, bastante mal, mas agora Graças a Deus, tô entendendo mais as coisas e botando as coisas no lugar devagazinho. Mas, logo no começo meu psicológico e eu não queria aceitar a situação que eu tava, na maneira que eu ia passar. Eu trabalhava de manhã, saia de manhã, chegava três, quatro horas da tarde. A senhora sabe né, agora esse tempo todinho dentro de uma casa, aí fica com aquele psicológico na cabeça, mas aí cai o dia a dia eu vou entendendo [...] ah! acho que eu sentia uma tristeza profunda. Um rapaz que nem eu, trabalhei pra mais de 15 ano e quando pensar que não, me encontrar numa situação dessa. Ai chega um tempo que eu caí em depressão, uma depressão profunda, tô entendendo aos poucos, mas de primeiro eu não queria aceitar não [...] tem muita diferença, por exemplo, eu num era forte, era gordo, hoje eu num posso, pra tomar uma água, pra comer alguma coisa, tem que esperar pelos outros e quando eu era melhor, não né. Eu fazia minha comida, sai, trabalhava, voltava, tinha meu lazer. Hoje eu não me encontro nessa situação [...] hoje a minha situação, como é, que tá né, desse jeito numa cadeira. Só Deus mesmo [...] (Rodrigo, 34 anos, paraplégico, teísta).

A vida é interposta por contradições, são elas que aceleram o pensamento e que fazem o ser humano reconhecer o que tem de bom e o que tem de ruim, o que precisa manter ou o que precisa mudar, se precisa parar ou prosseguir, se precisa existir ou deixar de existir, se deve lutar ou aceitar. São as contradições que originam as transformações na vida. É evidente que algumas reflexões para o reconhecimento das contradições vêm repletas de sentimentos e situações desagradáveis ou mesmo dolorosas e sofridas, a exemplo da vida de Carlos e Rodrigo. Ambos ficaram paraplégicos. Carlos devido uma Neoplasia medular e Rodrigo por um acidente de trabalho.

Os discursos de Carlos e Rodrigo estão cheios de contradições, no tocante à forma como era e como é a vida deles, ou seja, de como era e de como está ‘*ethos*’ masculino deles. Ambos chamam atenção para uma masculinidade exercida anteriormente com liberdade para: o lazer, a farra, o comer e o trabalhar. Hoje, eles falam a respeito das limitações que os impedem de ter liberdade para executar o que antes faziam com muita propriedade. Assim, eles se colocam como um Carlos e um Rodrigo antes e depois, exercendo suas masculinidades de maneira diferenciada e contrária ao que antes exerciam.

Os homens concebidos na sociedade têm suas masculinidades contraditórias, mesmo que convencionais. As contradições estão inseridas internamente em todas as práticas que constroem as masculinidades. As práticas masculinas não podem ser interpretadas apenas como unitárias, pois elas podem representar formações comprometidas por desejos contraditórios ou emoções, ou por resultados contraditórios às estratégias de gênero (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013).

Essas contradições podem levar a conflitos que deflagram lutas ou mesmo anulação. Percebe-se no discurso de Carlos a alienação, à medida que ele se anula em sua masculinidade, nesse contexto vista como subordinada, por estar vivendo com limitações. Carlos usa em seu discurso as orações “gente pior do que eu” e “tem que aceitar que dói menos”, remetendo ao não querer lutar para mudar e à anulação da sua personalidade, do seu eu individual enquanto homem.

Os estereótipos de masculinidades se firmam nas práticas discursivas. Algumas masculinidades subordinadas ideologicamente expressam características provenientes do efeito de ‘diferenciação’ que culminou em uma condição de ‘alienação’. Os trechos das falas de Lucas e João evidenciam esse achado. Na análise textual dessas falas, observa-se o efeito da ‘coesão por conjunção’ ao utilizar o conectivo ‘mas’, permitindo um efeito de deslocamento para expressar a contradição e a alienação nos discursos.

[...] cai do cavalo verdadeiramente. Eu andava lá, andava até bem. *Mas* fui brincar aqui, coisa boba [...] acabou com tudo. Acabou não, tá tranquilo ainda. *Mas tá complicado (risos)* [...] por mais alto estima que se tenha, *mas* hoje já dá umas depressãozinha meia doida [...] (João, 51 anos, solteiro, ex educador físico).

[...] eu tenho *mas* eu vejo que o negócio num tá andando direito aí eu, meio que me desanimo, entendeu [...] é como se fosse um conformismo [...] porque quando eu vou lá pra frente, aí meu irmão encosta o carro pra me colocar, a parada de ônibus parece mais que matou um e tá passando ali na frente. Todo mundo vira pra olhar [...] Eu não ligo mais, *mas* ainda me incomoda, *mas* eu deixo passar. Antes, antes eu não saía de casa por causa disso. Eu não ia nem lá na frente, que as pessoas quando eu chegava na frente, virava todo mundo pra ver. Aí isso me irritava e eu não saía de casa, *mas* agora me irrita, *mas* ainda eu saio [...] (Lucas, 28 anos, sem profissão, tetraplégico).

Assim como Rodrigo e Carlos, os jovens homens João e Lucas, ambos tetraplégicos – um por acidente de cavalo e outro por uma síndrome congênita –, vivenciam a contradição em suas vidas, destacadas nos discursos pela ‘diferenciação’ que eles fazem em relação ao antes e ao depois de ficarem com essa limitação física. A psicanálise ensina que as vidas das pessoas são como totalidades contraditórias, tendo muitas vezes a possibilidade de identificar as contradições e os limites da prática do que são as masculinidades (CONNELL, 2013).

João enfatiza as mudanças contraditórias que aconteceram na vida dele por meio de sentimentos, quando expressa em seu discurso que, mesmo se tendo autoestima, a depressão (como sinônimo de tristeza – NO) se faz presente. Lucas, apesar de mais escolarizado, de possuir melhores condições financeiras que João, de possuir um plano de saúde privado além da AD ofertada pelo SUS, de ter todos os aparelhos necessários à sua manutenção respiratória, mas, ao diferenciar a sua vida e perceber o universo contrário em que vive no momento, deixa de lutar e aliena-se (vocábulo utilizado no discurso “conformismo”) à atual condição no seu microespaço, não se permitindo socializar no macrosaço, resultante da discriminação social.

Cada ser humano, seja ele homem ou mulher, se relaciona de maneira única com as normas sociais que percebem como excludentes. A conformidade em relação às normas masculinas está relacionada a um baixo bem-estar psicológico e à inflexibilidade com que se medeiam as relações. Assim, existem duas soluções para o homem: subordinar-se às ordens do que foi institucionalizado ou produzir alternativas singulares (GASPODIM, 2017).

A ideologia é conhecida como representações dominantes em um grupo dentro da sociedade. A sociedade é matizada por vários grupos e, conseqüentemente, por várias ideologias que se comportam em confronto, por meio de lutas ideológicas. É perceptível neste estudo que as lutas ideológicas estão permeadas por sentimentos e sensações impactantes para os atores sociais que as vivem. De fato, é impossível não apreender pelos discursos, os impactos dessas lutas, afinal os discursos estão embutidos em uma prática social que organiza os dizeres e as ações dos sujeitos sociais.

Nos trechos dos discursos de José e Antônio, evidenciam-se os vocábulos ‘deficiência’, ‘dependência’, ‘rejeitar’, ‘impedimento’ e ‘dificuldade’, e, com isso, a transformação do padrão de masculinidade adotado anteriormente pelo homem. Toda essa transformação é decorrente de uma luta ideológica em consequência de sua nova condição de saúde que se contrapõe a aquelas ditadas pelos padrões sociais hegemônicos, levando à condição de segregação, limitação, exclusão social e a esse novo paradigma de masculinidade.

[...] mudou bastante coisa né [...] a dependência [...] eh, a senhora fala assim, porque num prende só eu, também prende muitas pessoas né. Impede de sair, de se divertir também. É difícil [...] entristece bastante [...] antes trabalhava, namorava, hoje não, com certeza é importante pra saúde [...] (José, 30 anos, paraplégico, solteiro).

[...] pra ser sincero, ninguém nem chega muito perto, nem tem muito afago com ele, pelo fato de ser um deficiente tem gente que fica sempre rejeitado pelos parentes, sabe como é que é? [...] eu sei! convivo com eles, são parentes meu, eu conheço, cada um como os dedos da minha mão [...] (Jorge, 70 anos, cuidador, pai).

Os homens que vivem a ‘diferenciação’ estão em constante luta para aceitar as condições que as limitações decorrentes de seu problema de saúde os impõem. Lutam contra ideologias que carregavam por anos em sua vida, na maioria das vezes repassadas por gerações através de seus familiares, e que conferem a eles o perfil de homens que querem ser. Essas lutas são para acreditar de maneira resiliente que novas ideologias irão compor e solidificar a sua masculinidade, não o diminuindo em nada aquela que já vivera.

Entretanto, a sociedade patriarcal não aceita com facilidade os padrões que fogem à regra estabelecida por ela. José é homem que foge à regra devido à ‘diferenciação’ que vive, delimitando sua masculinidade subordinada, muitas vezes pela limitação, segregação e exclusão social. Os espaços sociais exigem uma constante explicação do diferente, eles são preconceituosos e excludentes, e a mudança necessita ocorrer começando pelo espaço social da casa das pessoas, impedindo a reprodução de valores com os quais não se concorda (GASPODIM, 2017).

No mesmo sentido atribuído aos discursos anteriores, constatam-se a seguir, nos excertos de Francisco, Aparecida e Marta, os vocábulos ‘morrer’, ‘acabar’, ‘lascar’ e ‘despedaçar’, trazendo uma conotação de dor, desespero e revolta ao homem em AD quando colocado frente a frente aos conceitos ideológicos da masculinidade hegemônica e atribuindo assim ao homem uma masculinidade alicerçada na vulnerabilidade e incapacidade. No discurso da cuidadora Aparecida, na dimensão da prática discursiva, identifica-se a ‘diferenciação’ e a ‘intertextualidade’ no interdiscurso do homem, em meio ao discurso de sua cuidadora e esposa.

Também se percebe a aceitabilidade com a situação vivenciada por ele, como forma de opressão e não de estímulo para buscar a melhoria sem que se sinta segregado.

Na dimensão discursiva da cuidadora Marta, constata-se a ‘diferenciação’ que está expressa na dimensão social do homem como forma de segregação e exclusão, acarretando no desespero e na ‘alienação’ com a atual masculinidade que possui na imersão da vida que o restou. Durante toda a entrevista, Ricardo, cuidado por Marta, estava de cabeça baixa, não levantava os olhos, falando sempre em tom sussurrado, como se, para ele, estar naquela condição não seria viver, mas apenas sobreviver, em meio a uma situação que o coloca fora de tudo que ele idealizou como certo para um homem novo, forte e viril (NO).

[...] já mandei me abandonar vocês não quer [...] Pá eu morrer logo [...] que acaba tudo [...] vai fazer dez anos dia vinte seis de abril que eu tô aqui, lascado, coração despedaçado [...] só a alma que tá desintegrada [...] se eu pudesse andar eu não era assim [...] (Francisco, 40 anos, solteiro, paraplégico).

[...] fica, revoltado, desejando a morte, mas que nunca tentou não, sabe. Às vezes ele: é melhor a pessoa morrer do que tá nessa situação, aí eu dou conselho a ele, eu digo: pior do que você tem, começo a mostrar os exemplos. Disse, já pensou num leito de hospital sem ter nem visita? Quantos num tem ali pior do que você, aí ele fica tranquilo. Começa a pensar, aí aceita [...] Tem dias que assim, que ele fica meio revoltado do que fazia que não faz mais. Que podia trabalhar, que podia passear que assim ele jogava, ele viajava, trabalhava tudim e ele agora não pode mais fazer nada assim, do que fazia. Eu digo é, mas ninguém tem culpa, a vida é assim mesmo. Pior do que você tem [...] (Aparecida, 55 anos, parda, esposa).

[...] de sair, de sair mais um pouquinho. Ele tá muito (pausa), ele só fala em se matar, de morrer. Acostumado né de trabalhar a semana todinha e final de semana ia no shopping, ia almoçar num restaurante e agora tá sendo mais difícil. Eu dou conseli a ele né, eu digo a ele que ele tem que entregar a vida pá Jesus, que isso né coisa de Deus não. Isso é coisa do demônio. Ele fica atentando, porque Deus num quer que ninguém se mate né, quer que a pessoa viva ou em cima da cama, em uma cadeira até Deus terminar a missão dele. Porque todos nós temos um propósito de Deus. Às vez Deus coloca a gente em cima de um leito pra ver se a pessoa pensa mais um pouco na vida né. Talvez a pessoa tá muito rebelde a ele, não obedece a ele. Fai uma proposta com Deus e num cumpri, aí tudo na vida da gente tem um porque né. O que a gente tá passando não deixa de passar [...] Diz que vai se jogar daí. Querendo se jogar. Ultimamente é muito difícil mermo viu. Você ter seu trabalho. Ele se acordava de seis hora da manhã, pegava de seis as sete, as vez ia até sete da noite trabaiano e ficar vinte e quatro hora só olhano pá teia e querendo sair sem poder [...] (Marta, 44 anos, esposa, analfabeta).

O poder não deve ser entendido apenas como um domínio de uma classe, passa, então, a ser pensado como exercício nas relações entre os seres humanos, nas relações de poder cotidianas, na condução de condutas transcorridas pelos gestos, respostas, efeitos e invenções possíveis (ANDRADE; GIVIGI; ABRAHÃO, 2018). Essa cêntrica habilidade que é o poder, torna-se a principal característica da masculinidade hegemônica, que a distingue das outras masculinidades, principalmente as subordinadas, como a que é apresentada por Francisco e pelos homens cuidados por Aparecida e Marta.

A masculinidade hegemônica não se assumiu normal devido à quantidade de homens que a adota, mas pelo fato de ser normativa, a mais honrada, a que exige que todos os outros homens se posicionem em relação a ela, e que legitima ideologicamente a subordinação das mulheres aos homens (CONNEL, 2013). Os homens que não assumem a masculinidade hegemônica para sua vida sentem-se excluídos e discriminados perante a sociedade. Francisco, após a queda do pé de mangueira, sofre por adotar uma masculinidade subordinada, pautada na limitação e na falta de liberdade. Aparecida cuida de seu esposo que ficou paraplégico por cisticercose e deixa claro em seu discurso o sofrimento dele pela nova vida e nova masculinidade que teve que assumir. Marta cuida de seu esposo Ricardo, jovem paraplégico por arma de fogo, que demonstra sua grande insatisfação em se conceber esse novo homem.

De acordo com as análises executadas nos discursos referidos anteriormente, inferiu-se a existência de um “novo” ideológico para a masculinidade de homens que vivem com problemas crônicos de saúde (Quadro 10, em *Problemas de saúde*) decorrentes, na maioria dos casos, de determinantes oriundos de um padrão de masculinidade hegemônico, razão das condutas assumidas por esses homens na sociedade. Essas condições os colocam diante da necessidade de uma assistência que vai desde o cuidado pelo familiar à atuação de uma equipe especializada em seu domicílio, a fim de atender suas necessidades de saúde. Esse “novo” ‘ethos’ masculino permeia muitas contradições e lutas ideológicas que, nos excertos destacados, limita, segrega e exclui, mas também denota um efeito de possíveis mudanças nos micro e macroespaços.

[...] um homem inteligente, sempre foi, muito inteligente ele. Assim pra resolver as coisas, ele sempre foi uma pessoa muito inteligente. Uma pessoa boa. Um bom pai. um bom esposo né [...] (Mariana, 33 anos, casada, cuidadora).

[...] como ele era antes, aquilo ele fazia uma terapia, me ajudava a fazer as coisa dento de casa. Varria uma casa, passava um pano. Se eu tivesse doente ele cuidava no cumê. Quando ele tinha saúde nera assim não, ele ajudava bastante, continua sendo[...] (Antônia, 59 anos, mãe de criação, casada).

Pode-se refinar a análise e perceber que os discursos dos homens e cuidadoras, participantes deste estudo, possuem novos paradigmas norteados por ideologias ainda hegemônicas, destacando que elas são necessárias para que se identifiquem as ideologias tidas como subordinadas, não hegemônicas ou mesmo contra hegemônicas. Mas, sabe-se que são as forças contrárias que possuem a propriedade e o poder de transformar uma realidade, e que não existe transformação sem luta, sem perdas e sem minoria. Então, é na articulação, desarticulação e rearticulação dos elementos de uma prática social envolvidos de ideologias que as mudanças aparecem, particularmente nos homens que estão em assistência domiciliar,

convivendo e vivendo diariamente com necessidades comuns às suas existências materiais, outrora diferentes daquelas que eles nunca imaginariam necessitar. O capítulo a seguir discorrerá a respeito das necessidades de saúde dos homens em AD.

CAPÍTULO 6

NECESSIDADES DE SAÚDE DOS HOMENS EM ATENÇÃO DOMICILIAR



Apreenderam-se no capítulo anterior as hegemonias e as influências ideológicas na construção do *ethos* masculino de homens com problemas de saúde que vivem em atenção domiciliar. Diante da análise crítica realizada nos discursos desses homens e de seus cuidadores, dimensões sobre as masculinidades foram inferidas e, com elas, as repercussões nos micros e macroespaços. Este capítulo se dedicará a conhecer as necessidades dos homens em AD, e, ao analisar os discursos desses participantes, inexoravelmente, estará diante da questão de como eles se relacionam com a situação que as criou.

O alcance do objetivo do estudo de analisar as necessidades de saúde de homens usuários dos serviços de atenção domiciliar requereu a visualização dos homens na busca constante pela identificação e satisfação de suas necessidades, por meio de um movimento dialético de criação e recriação de si e da realidade em que vivem, utilizando conhecimentos e recursos disponíveis de acordo com a classe social que ocupam, bem como a escolaridade e a cultura que assumem em um dado momento de sua vida.

A fim de contribuir para o entendimento do leitor, este capítulo se dispõe a se estruturar em dois subcapítulos: *Necessidades de saúde masculina: a persistência do modelo biologista hegemônico* e *Necessidades de saúde masculina: o advento da contra hegemonia*. Torna-se necessário definir que este estudo adotou alguns conceitos teóricos que possibilitaram a interpretação das discursividades sobre as necessidades de saúde.

As necessidades, para Marx, são compreendidas como um produto das práticas sociais de sujeitos e grupos que ocupam uma classe social em um momento histórico. Elas podem ser necessidades naturais ou existenciais (necessidades imprescindíveis ao sujeito como natural, ou seja, alimentar-se, vestir-se e viver. Mesmo elas sendo naturais, no capitalismo, são tidas como produzidas historicamente e determinadas pela classe social privilegiada), necessidades necessárias (estas estão sempre aumentando por estarem sendo geradas pela produção material), necessidades sociais (são aquelas que representam a necessidade da sociedade, entendida como a totalidade, ou seja, é a mediana das necessidades individuais de cada pessoa. Considera-se que essas necessidades são apresentadas pela classe privilegiada, estereotipando a divisão de classes) e as necessidades radicais (são aquelas que incorporam o seu papel de radicalizar e por sua vez transcendem o capitalismo) (HELLER, 1986).

Dentro do contexto das necessidades, encontram-se as de saúde, que podem conceituar-se por: necessidades de boas condições de vida (aborda o discurso clássico de saúde, como os modelos técnicos e assistenciais); necessidades de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida (identificação das demandas e como lidar com essas demandas a nível individual e coletivo); necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou

equipe de saúde – Sujeitos em relação (restabelecimento da fala e da escuta, construção de vínculo afetivo entre usuários e trabalhadores da saúde, vínculo profissional entre equipe de saúde e usuários e estabelecimento de projeto terapêutico incluindo direitos e deveres dos pacientes/familiares); e necessidade de autonomia e autocuidado na construção do “modo de andar a vida” – Construção do sujeito (ampliar a capacidade de autonomia do usuário para melhorar seu entendimento em relação ao seu corpo, à sua doença, às suas relações com o meio social, além de demonstrar que a passividade do usuário ou da comunidade pode ser uma barreira à cura, à prevenção e à promoção da saúde) (MATSUMOTO, 1999; MERHY, 2002).

6.1 Necessidades de saúde masculina: a persistência do modelo biologista hegemônico

Os modos como os homens se socializam e lutam pela satisfação de suas necessidades, incluindo as de saúde, mesmo que eles não a percebam como tal, estruturam a maneira como são inseridos aos meios de produção, para garantir a sua sobrevivência e da sua família, principalmente se esse dado remeter à masculinidade socialmente aceita como dominante. Connell (1995) enfatiza que é preciso considerar a ligação histórica dos homens com o trabalho produtivo, isto é, aquele que produz lucro; além de se observar a influência do modo de produção capitalista nos últimos duzentos anos na construção das masculinidades. Os participantes desse estudo, a exemplo de Ricardo, Carlos, Rodrigo e José, expressam em suas falas muita preocupação com essa incapacidade produtiva que passaram a enfrentar pelas suas condições atuais, bem como as dificuldades em atenderem as próprias necessidades e as de suas famílias, devido às limitações em que se encontram, impedindo que produzam capital.

Os discursos empíricos foram analisados por intervenção da ACD e proporcionaram o delineamento deste subcapítulo segundo os efeitos encontrados para cada dimensão. Sendo assim, descreve-se a seguir, como forma de apresentação ao leitor, os efeitos constatados no material empírico desse estudo. Na *dimensão textual*, com o intuito de obter a análise, foram examinados o *vocabulário* e a *coesão textual*, sendo possível verificar os efeitos de: *afirmações com modalidade deôntica*, *metáfora* e *coesão por conjunção*. Os significados atribuídos à análise textual dos discursos, nessa ordem, foram: *identificacional* (denota a ação de identificação) e os *representacionais* (denota a ação de representação).

As afirmações com modalidade deôntica trazem um princípio identificacional, moldando estilos relativos às apreciações ou perspectivas do locutor, sendo explícitas ou não, sobre aspectos do mundo, do que considerar como ruim ou bom, o que desejar ou não, entre outros. São esses significados identificacionais que podem ser materializados em textos. As

afirmações deônticas podem avaliar os processos discursivos em termos de obrigatoriedade ou necessidade (VIEIRA; RESENDE, 2016).

As metáforas penetram em todos os tipos de linguagem e em todos os tipos de discurso. Elas são figuras de linguagem que se utilizam de uma palavra ou expressão análoga à outra, revelando uma relação de semelhança, oferecendo significado e ressignificado às palavras (FAIRCLOUGH, 2016). A coesão por conjunção, nos discursos apresentados neste subcapítulo, tem o efeito de realce para vincular um texto a outro.

Na dimensão da *prática discursiva*, ao se analisar os discursos, identificou-se a: *intertextualidade, interdiscursividade e diferenciação*. É na prática discursiva que se constitui tanto de maneira convencional como criativa as identidades sociais, as relações sociais, os sistemas de conhecimento e as crenças, contribuindo para reproduzir ou transformar a sociedade (FAIRCLOUGH, 2016).

Na interdiscursividade, a ordem do discurso tem um equilíbrio instável, podendo ser mudada à medida que são desarticuladas e rearticuladas no curso das lutas hegemônicas. A interdiscursividade precisa ser analisada conforme o gênero, o estilo ou teor, o modo dos discursos. É na construção dos sistemas pela configuração dos diferentes gêneros discursivos que é possível relacionar-se com outros, ao demonstrar que existem ordens de discursos, mas que essa ordem não segue um padrão rígido a ser seguido sequencialmente (FAIRCLOUGH, 2016).

Na *dimensão da prática social*, para a análise, foram reconhecidos no material empírico e apreciados os efeitos da *hegemonia e ideologia*.

as ideologias são significações/construções da realidade (o mundo físico, as relações sociais, as identidades sociais), que são construídas em várias dimensões das formas/sentidos das práticas discursivas e que contribuem para a produção, a reprodução ou transformação das relações de dominação (FAIRCLOUGH, 2016, p.122).

Ao se falar das relações de dominação, remete-se à ideia de hegemonia, pois ela designa as funções de direção político-ideológico exercida por um grupo ou fração de um grupo que, num determinado momento da história, lidera a articulação de diferentes grupos ou frações desses grupos. A hegemonia está vinculada à classe dominante, exigindo acesso ao poder do Estado (se for com sinônimo de nação, é maiúsculo) para direcionar o intelectual, o cultural, o moral e o político de uma sociedade (GRAMSCI, 1971).

O grupo hegemônico determina todos os micro e macroprocessos de uma sociedade, liderando a vida da população dominada, em sua condição de subsistência. Nesse âmbito, se enquadram as necessidades como produto historicamente e produtivamente

determinado. Marx afirmava que, a todo o momento, as necessidades referem-se a algum objeto material ou à realização de uma atividade. Nos grupos dominantes, as necessidades estão vinculadas a conquistas de mais poder, de mais liderança; enquanto que nos grupos subordinados, dos trabalhadores, do produtor da matéria que atende às necessidades, elas estão vinculadas a manter a sua sobrevivência, tendo que viver para ficar (HELLER, 1986).

Nos discursos provenientes das falas de João, Raimundo e Carlos, percebe-se que, em sua essência, enquanto grupo menos favorecido em termos de ‘poder de compra’ (Quadro 10, em *Renda familiar*) e constituintes de uma sociedade liderada pelas ideologias capitalistas dominantes, o significado atribuído às necessidades deles se estabelece nas necessidades naturais (existenciais).

[...] tanto necessidade biológicas né, defecar aí, urinar aí, tudo tem que ter alguém que eu não faria só de jeito nenhum né [...] (João, teísta, amarelo encarnado).

[...] é. necessidade funcional né, a pessoa da banhe, sair de carro [...] (Raimundo, 53 anos, separado, sequelado por AVE).

[...] a minha necessidade é grande. Minha necessidade de tomar banhe, porque como eu não sinto nada, eu tem necessidade de tudo, pa fazer a urina, se é a urina eu uso uma sonda de alívio daquela quê eu usei ali pa secar. Fazer o cocô tem que a comida, tem que ser relaxante [...] fiz cinco, fiz cinco anos de fisioterapia na Universidade Federal da Paraíba aí arrumei um meio de passar pra cadeira, com um pouco de dificuldade para cadeira de roda só [...] (Carlos, pardo, evangélico).

Evidencia-se nas falas desses homens que as necessidades deles não vão além daquelas necessárias à sobrevivência. Os termos atribuídos por eles a essas necessidades naturais foram diferentes: biológicas, por João; funcional, por Raimundo; e grande, por Carlos. Porém, todos os três se referiram às necessidades de comer, urinar, evacuar e higienizar, ou seja, as consideradas básicas para a continuidade da vida. Segundo Marx, isto decorre de uma dura divisão social do trabalho, e com ela uma divisão da sociedade em exploradores e explorados, que, por conseguinte, também gera uma divisão no sistema de necessidades em relação à ocupação que se encontra na divisão de trabalho (HELLER, 1996).

Os homens, João, Carlos e Raimundo, possuem condição econômica semelhante por se limitarem à renda de um salário mínimo vigente, relativo ao auxílio saúde ou à aposentadoria por invalidez. Os três contavam com um pouco mais de proventos financeiros quando comparados a outras fontes dos familiares que residiam no mesmo domicílio, sendo João e Carlos com a renda das mães aposentadas e Raimundo com a do pai também aposentado. Apesar de financeiramente serem semelhantes e conseqüentemente ocupantes de um mesmo grupo social, apresentavam condições clínicas diferentes. Carlos era paraplégico, devido à neoplasia medular, possuía uma casa com uma rampa de acessibilidade do quarto para o

banheiro e cozinha, era cuidado pela mãe, mas a ajudava durante banhos e trocas de curativos, e se alimentava sozinho.

O participante João era tetraplégico devido a uma queda do cavalo. Ele era falante e esperto, mas precisava de sua cuidadora para tudo que necessitasse, desde esvaziar a bexiga, a alimentar-se, vestir-se, e trocar os curativos, isto é, para absolutamente tudo. O Raimundo tinha seqüela de AVE, HAS e DM, falava com limitação, porém deambulava num pequeno espaço com ajuda da irmã e estava começando a conseguir levar uma colher à boca. Veja que eles detinham condições e limitações diferentes, mas, ao refletir sobre as necessidades de cada um diante de seu poder de compra para atendê-las e talvez sobre o entendimento biológico que possuíam em relação à saúde e à ausência dela, logo remeteram às mesmas necessidades, aquelas comuns à vida cotidiana do ser humano.

As concepções sobre as enfermidades correspondiam a comportamentos coletivos designados como desejáveis ou não desejáveis, que expressavam um padrão geral de normatividade, que se originavam das estruturas culturais, mas que variavam de acordo com os diferentes grupos sociais. O corpo biológico, oriundo das ciências básicas, tornou-se a esfera capaz de explicar a ocorrência do normal e do patológico em qualquer contexto (MERHY; FEUERWERKER, 2016), conseqüentemente esse mesmo corpo é quem determina as necessidades de saúde para atendê-lo e vê-lo com tal.

Arelado à contrária divisão de classes que o capitalismo vigente no país instituiu, desenvolveu-se e persiste diariamente o signo de que o homem é um ser fragmentado em partes e que essas partes adoecem, sendo as necessidades diretamente proporcionais a esse adoecimento. Não à toa os discursos a seguir foram fragmentados quando no momento da entrevista ao se falar das necessidades. Os homens José e Paulo, e as cuidadoras Terezinha e Ana, logo se imaginavam ou imaginavam seus entes, em segmentos doentes e o que precisariam fazer para atenuar ou atender por completo aquela necessidade oriunda da doença.

Entre as necessidades de boas condições de vida, mediada por um discurso clássico dominante de modelos técnico-assistenciais, político e fragmentado, encontram-se textos que direcionam apenas para as necessidades natas e de sobrevivência. Em meio aos participantes, são reconhecidos como achados deste estudo, os vocábulos que, em maior destaque, citam as necessidades de alimentação, banho e vestuário.

[...] eh pra se alimentar eh eu tem que ter um auxílio [...] Pra me movimentar também sempre eles dois me ajuda [...] o banho quem dá é minha irmã [...] (José, moreno, evangélico).

[...] eh pra tomar banho eu sempre recebi ajuda da minha esposa e da minha mãe. Pra se alimentar no início tava muito complicado, porque eu não conseguia comer muita

coisa, bem porque eu tava sem urinar. Eu tava sem defecar [...] (Paulo, 33 anos, negro, paraplégico).

[...] meu marido corta, tira a barba todo domingo, ele tira a barba dele e eu corto as unhas dele e os ouvido tem que limpar toda semana, que ele num passa nem a mão no ouvido, aí eu tenho que limpar, aonde tiver sujo, tem que limpar. Fazer a higiene [...] (Terezinha, casada, parda).

[...] ajudar a ele se vestir que ele não pode tá se abaixando né, colocar o almoço dele no prato e levar até ele, entendeu. Quando ele for tomar banho, tá perto dele né, pra ele não escorregar, tá perto dele [...] (Ana, 38 anos, esposa, morena).

Percebe-se que, comum aos discursos de José, Paulo, Terezinha e Ana, eram os de João, Raimundo e Carlos, que, mesmo com condições clínicas diferenciadas, só conseguem considerar primariamente como afetadas as necessidades naturais, decorrentes de um corpo biológico também afetado. Compreendeu-se que as necessidades naturais estão correlatas nesses discursos às necessidades de boas condições de vida. Será que a vida de José e de Paulo, bem como as dos homens cuidados por Terezinha e Ana, teriam boas condições para a continuidade apenas se, por conta própria, eles se higienizassem, se vestissem e se alimentassem? Será que o poder de compra é quem determina essas necessidades como prioritárias? Ou será que o conhecimento acerca de um corpo biológico doente, categorizado pelo modelo biomédico hegemônico, é quem determina isso?

O modelo biomédico newtoniano e cartesiano define o corpo como uma máquina com suas peças analisadas. Nesse modelo, se prioriza o uso de equipamentos, em detrimento do conhecimento da complexidade de viver e sentir a pessoa a quem atende. Nele não se incorpora o individual (CHAGAS; ABRAHÃO, 2017). A concepção da ciência que determina esse modelo torna os usuários, cuidadores e profissionais insensíveis à visão de várias dimensões da vida das pessoas, considerando como principal paradigma aquele que visualiza a vida humana dentro da normalidade ou anormalidade (GOMES; MERHY, 2014). Apesar do modelo hegemônico ainda ser o biomédico, Santos, Mishima e Merhy (2018) compartilham da perspectiva de que o SUS atende e desperta nos atores sociais um modelo em que as tecnologias e os saberes são organizados dentro de um sistema que visa a responder às necessidades de saúde da população.

A persistência dos participantes do estudo na temática que remete a uma boa alimentação, higienização e, por conseguinte, o vestuário sinaliza uma questão relevante que é o reconhecimento de que a maioria deles possui pouca instrução, o que pode levar à alienação dos conceitos ideológicos adotados como certos, e, com isso, não havendo a possibilidade de se elencar variações nas necessidades de boas condições de vida. Esse achado permite inferir que essas necessidades são limitadas e, portanto, de certa maneira, condicionadas às

necessidades naturais (existenciais). Nos escritos de Marx, existe a lamentação da pobreza das necessidades dos trabalhadores (HELLER, 1986).

Nos discursos a seguir – assim como a ‘alimentação’, ‘higienização’ e ‘vestuário’ – também se constata, com a mesma conotação de demanda, as ‘eliminações’ e a ‘oxigenação’. Assegura-se que essas necessidades são *sine qua non* para a manutenção da saúde e da vida de qualquer ser humano. Não se concebe vida sem respirar e excretar o que não tem valia para o corpo. Será que as necessidades de boas condições de vida se limitam a isso? Ou é a imagem da própria alienação em que a maioria dos grupos sociais, nos países capitalistas em desenvolvimento, se submetem? A alienação ocorre quando os indivíduos se “adaptam” ao mundo em que nasceram e não adquirem em relação a ele uma atitude individual e autônoma para promover mudanças (HELLER, 1994). Sendo assim, seguem os discursos dos homens Lucas, Marcos e Diego, e da cuidadora Adriana. Observa-se no discurso de Marcos, homem sem escolaridade, a reprodução da linguagem técnico-científica incorporada ao seu discurso e representada pela ‘interdiscursividade’.

[...] faz meu curativo, me dá banho, me bota a fralda, bota ah o remédio, ele cuida bem de mim [...] a troca de sonda, é trocada de mês em mês, prejudicou o peni aí prejudicou a veia, aí agora botou direto na bexiga, cistostomia [...] (Marcos, analfabeto, ex evangélico).

[...] dava banho, fazia curativo [...] assim, se fizer cocô, se fizer xixi né, pra dar água, pra dar/pronto fui agora, já peguei lembrei de um remédio, já trouxe, já porque vai despertar de 10 horas, pra ele tomar o remédio, então ele é totalmente dependente da gente [...] (Adriana, branca, cabelereira).

[...] necessidades para manter minha saúde é principalmente a questão do da minha lesão que eu tenho no pescoço, que eu preciso de auxílio 24horas praticamente. Ai eu tenho o auxílio da respiração, da VM¹² e auxílio da fisioterapia, principalmente. É os dois pilares que eu fico de ajuda bem a manter minha saúde em dia [...] principalmente coisa como medicação que eu esqueço de tomar. Algumas coisas pra minha saúde que eu esqueço [...] (Lucas, escolaridade fundamental incompleto).

[...] é falta de ar bastante. Sofro muito com falta de ar e essas pernas que é rim, que a fisioterapia só é uma vez. Eu sofro muito com essas pernas, porque fica caindo. Muita dor eu sinto. Sinto mai no corpo, na perna eu num sinto não. Só que ela fica pá cima, pá cima cada vez mai, aí sofro muito com falta de ar [...] Tem paradeira não. Eu cago aqui mesmo. Mijo no pinico, quando eu mijo eu chamo um pirrai meu [...] (Diego, 29 anos, paraplégico, ex mecânico de moto).

Os participantes Marcos, Adriana, Lucas e Diego, como foi dito anteriormente, possuem baixa escolaridade, o que remete à ideia de que não conseguiriam refletir e distinguir em si – e, no caso de Adriana, quem ela cuida – necessidades de saúde para além daquela tidas

¹² O participante utilizou VM como abreviatura para ventilação mecânica. Termo científico que não compõe o vocabulário do participante, o que denota a interdiscursividade.

como naturais (existenciais). Não só esses participantes trouxeram como prioritárias essas necessidades, mas outros, neste mesmo estudo, também com igual ou escolaridade inferior. Essa condição em que eles se apresentam associada à pouca oportunidade para os estudos e para vivenciar e reconhecer a sociedade como um ambiente pronto a reflexões e mudanças, os permitem ver suas necessidades de saúde como isso, alienando-se a condição que lhes é imposta no momento; ou melhor, as suas necessidades de saúde partem da compreensão que eles têm a respeito do que precisam para melhorarem e viverem.

O ambiente escolar e a sala de aula, bem como as questões sociais – como as relações sociais, que incluem as relações afetivas, as políticas educacionais de governo e as informações midiáticas – são de extrema importância para o desenvolvimento de uma sociedade e dos atores sociais envolvidos nela (GATTI, 2012). A educação básica é um direito de todo ser humano, direito garantido por dispositivos legais que incluem a dignidade da pessoa humana como meio para efetivação desse direito (GOTTARDO; CARNEIRO, 2015).

Marcos é analfabeto, nunca estudou, começou cedo a trabalhar e garantir o sustento da família. Lucas não terminou o fundamental, pois ainda era muito novo descobriu a doença e ficou com graves limitações, a posterior não aceitou que a sociedade o visse como um ser diferente, “anormal”. Diego não completou o ensino fundamental, começou a trabalhar cedo para sustentar as 10 pessoas que moram com ele. Sendo assim, fica evidente que os três não poderiam compreender de maneira ampla as suas necessidades de saúde, a não ser aquelas que são explícitas a olho nu.

Diante das reflexões iniciadas nos excertos discursivos de João, Carlos e Raimundo sobre o ‘poder de compra’ para reconhecer e atender as suas necessidades de saúde – associadas às reflexões nos discursos de Marcos, Lucas e Diego sobre a baixa escolaridade também influenciando da mesma forma nas suas necessidades de saúde –, infere-se que se esses participantes tiveram pouca oportunidade de se escolarizar, conseqüentemente de possuir capital para que dirigissem suas vidas e suas saúdes, independente da indagação ou certificação de quem ou de que seria a política de responsabilização para que eles fossem quem eles são.

Isto posto, afirma-se que a educação proporciona o aumento da produtividade dos trabalhadores, impactando positivamente no crescimento do país. O rendimento dos trabalhadores varia de acordo com o nível educacional, assim como as suas chances de aumento de renda futura, que aumentará a sua habilidade e competência ao longo da vida. Logo, o nível educacional se relaciona às diferenças nas rendas salariais, ocasionando acréscimo àquelas pessoas que tiveram maior e melhor processo educacional (ANTUNES; VIDEIRA, 2016).

Aparecem nas falas dos atores sociais que compuseram este estudo, necessidades que se enquadram entre as naturais (existenciais), mas que, nos discursos descritos a seguir, a necessidades foram relatadas de uma maneira que a distribuição e o consumo do texto discursivo manifestaram a ideia de necessidades para ofertar boas condições de vida. Isso se justifica pelo fato de locomover-se e movimentar-se ser indispensável para o homem ir e vir, trabalhar e executar suas atividades da vida diária. Entretanto, por se tratarem de atores sociais que assumem uma ‘diferenciação’ na sociedade, é possível encontrar em seus discursos vocábulos como ‘fisioterapia’ e ‘exercícios’, que significam uma singularidade imperativa ao atendimento de uma necessidade que majoritariamente irá proporcionar uma melhor condição de vida a esses homens.

A necessidade natural (existencial) de locomover-se, em um processo de ‘diferenciação’, é vista de maneira tão especial e singularizada, que, no discurso de Antônio, ele utiliza a ‘metáfora sonho’ como sinônimo de locomoção, por estar além do real, no imaginário. No discurso de Rita, identifica-se uma propriedade textual de ‘coesão por conjunção’ para efeito de realce entre as orações, qualificando-as com característica circunstancial de causa da ‘fisioterapia’, por meio do conectivo ‘porque’:

[...] nessa idade, eu preciso de exercício né, todo dia, de banhos diários, de medicamentos e oh eu tenho, oh eu tenho necessidade de andar, vontade de andar e não posso porque oh: ah o mal de Parkinson me atingiu de forma violenta e está travando todo o meu organismo. Eu estou com sonda, eh urinária e tá travando [...] Então a necessidade é que eu preciso de andar. Um sonho é andar porque eu gosto de viajar. [...] (Antônio, 55 anos, solteiro, parkinsoniano).

[...] eu tenho que fazer fisioterapia, tenho que fazer um bucado de coisa, tá entendendo? Pa ficar melhor, porque senão [...] só num fica não melhor não, piora mais ainda, mais ainda mermo viu [...] (Bruno, 26 anos, solteiro, paraplégico).

[...] preciso de muita coisa né, de andar [...] fica aqui direto. Só saio pra ir pra fisioterapia e pro médico [...] o que eu preciso mais é alimento e fisioterapia né [...] (Francisco, pardo, evangélico).

[...] é só isso mesmo e quanto à fisioterapia né. Porque agora ele só tá dois dias na semana e eu acho isso pouco demais pra ele, entendeu. Porque eu acho que se parar aí a coisa complica. Por quê? porque quando ele fica em casa, ele fica em casa sábado, domingo e segunda ele não tem fisio né. Só vai ter na terça. Eh, os pés dele fica muito duro, muito, e eu movimento sabe, puxo pra lá. Puxo pra cá, assim sabe, do jeito que ela faz eu tento fazer igual, num sei mais eu tento, e o joelho também que fica muito tenso sabe, só isso mesmo [...] (Rita, 56 anos, mãe, casada).

A locomoção para as pessoas que possuem seus membros inferiores em perfeito estado de saúde é uma necessidade natural (existencial), porém, se pensamento for levar em conta alguém com membros inferiores atrofiados, amputados, paralisados, ela se transforma em uma necessidade de boas condições de vida. Antônio, Bruno e Francisco estão entre essas

peessoas. A necessidade de ter boas condições de vida foi formulada a partir de: uma concepção mais funcionalista, que aponta para fatores do ambiente como determinantes do processo saúde-doença; de extração machista, que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo de produção nas sociedades capitalistas como uma plausível explicação sobre os modos de adoecer e morrer; ou seja, a maneira como os seres humanos, homens e mulheres, vivem é o ponto inicial a ser considerado nas estratégias de cuidado coletivo ou individual (CECÍLIO, 2016).

A locomoção gera liberdade. Essa liberdade está entre as maiores e melhores características que os homens com masculinidade hegemônica possuem e fazem de tudo para não perder. Lutam contra os filhos, mulheres e até a sociedade para não ficarem sem ser livres. Se enchem de orgulho quando falam “eu sou livre para fazer o que bem entendo”, “Mulher e filho nenhum me impede de ir e vir”. No entanto, alguns homens, tendo a masculinidade hegemônica ameaçada por um processo de ‘diferenciação’ à custa de problemas de saúde que determinou limitações, têm sua liberdade aprisionada. Esse é o caso de Antônio, Bruno, Francisco e Paulo, que é cuidado por sua mãe Rita.

Ser livre para eles era sinônimo de trabalhar, sair, festejar; hoje é exercitar, fazer fisioterapia, não atrofiar os membros, é sonhar. O senso comum acredita que a doença retira a liberdade da pessoa, retira sua autonomia, limita suas realizações e, principalmente, na presença de dor, condiciona a percepção de fragilidade. Ser frágil naturalmente acontece com a evolução do envelhecimento, mas pode se fazer presente em todo o curso da vida. No processo de fragilidade, quando amparado por um cuidador que expressa carinho, respeito e proximidade, leva o ser cuidado a uma postura que lhe dá maior liberdade interior (POZZOLI; CECÍLIO, 2017).

Assim, como nos discursos anteriores em decorrência da ‘diferenciação’ que esses sujeitos sociais se encontram, outras necessidades compõem o panorama daquelas tidas como necessidades para conduzir a boas condições de vida. O vocábulo que comprova essa necessidade é “medicação”, que, ao ser analisado criteriosamente, esteve presente em vários discursos dos participantes, além das cuidadoras Raimunda e Cristina.

[...] é trocar a roupa dele, é dá medicação, é da alimentação, porque ele se alimenta de três em três horas [...] (Raimunda, 78 anos, esposa).

[...] comida, roupa, medicação, tudo isso é eu ajeito né, banho eu boto a cadeira de plástico no banheiro. Ele vai na cadeira de roda. Aí no banheiro ele senta na cadeira, toma o banho aí eu venho puxando a cadeira pra cama. Na cama né, seco tudinho, faço curativo. A coisa mais importante que a gente gosta né, é ele voltar a andar né, voltar a andar e as escara fechar [...] (Cristina, 44 anos, mãe, solteira).

Em condições de ausência de limitações físicas ou mentais, ou seja, quando as pessoas desfrutam de boa saúde, medicação não faz parte de seus discursos cotidianos. Todavia, escutar os discursos “traz o remédio”, “toma o remédio”, “dar o remédio”, é comum quando se remete a representação de homens que vivem em atenção domiciliar. A medicação passa a desempenhar uma necessidade de saúde que determinará boas condições de vida. Raimunda cuida de seu esposo, um senhor de 50 anos, com Alzheimer, tem estatura mediana, branco, acamado em cima de uma cama hospitalar, com várias atrofia nos membros, usa fraldas, não fala, mas gesticula tentando se comunicar. Ele toma vários remédios, para hipertensão, relaxar as musculaturas do corpo, estacionar o Alzheimer e no momento estava usando antibióticos para a infecção urinária (NO).

A cuidadora Cristina, mãe de Leonardo de 22 anos, paraplégico por arma de fogo, residente em um bairro no litoral sul da capital com grande periculosidade. No momento da coleta do material para o desenvolvimento desse estudo, estava dormindo porque havia chegado alcoolizado, na madrugada de uma farra com os amigos. A mãe justificou a lentidão no raciocínio e a dificuldade para acordar do filho, devido o medicamento ansiolítico que tomava para a insônia associado as bebidas. Também fazia uso de medicações para dores e para infecção na LPP (NO). Existem necessidades essenciais à manutenção da vida por restaurarem a saúde de quem vivem em atenção domiciliar, entre elas encontra-se a administração e o preparo da medicação (SILVA *et al.*, 2017).

Outra carência correlata as já citadas como necessidades de boas condições de vida foi o cuidado com a integridade da pele, que para um grupo privilegiado caberia dentro daquelas consideradas naturais (existenciais), no entanto para o grupo menos favorecido ela só se torna visível, quando na presença da ‘diferenciação’, como é o caso dos participantes deste estudo. A condição de saúde que eles vivem, decorrente das morbidades e comorbidades que os acometem expõe esses homens a presença de lesões, condicionando a uma necessidade e exigindo cuidados especiais como os “curativos” para que seja garantido o atendimento desta necessidade de saúde.

Nos discursos dos homens Ricardo, Rodrigo, Rafael e das cuidadoras Sandra e Benedita, observa-se que a necessidade direcionada as lesões na pele, outorga aos homens características que contrapõe aquelas ideologicamente aceitas pela masculinidade hegemônica, pois para os participantes do estudo, necessitar do ‘curativo’ os colocam em condições de: limitação, segregação ao excluí-los de ambientes de convívio social e provocar debilidade à sua saúde. Todas essas condições convergem em uma unidade de ‘discriminação’, comum às

classes menos privilegiadas que habitam as zonas marginalizadas da sociedade, como é o caso da maioria dos participantes do estudo.

Os indivíduos conhecem a discriminação por meio da experiência. O estigma não é uma palavra distante, mas a realidade de uma existência, sentida pelo Eu e situada no comportamento daqueles que durante o tempo todo são separados de alguém pelas suas características físicas e sociais (JOVCHELOVITCH; PRIEGO-HERNANDEZ, 2013). Conceito fixado com primor aos homens deste estudo.

Aponta-se a ‘interdiscursividade’ nos excertos de Ricardo, Rodrigo, Rafael, Sandra e Benedita, perante o interdiscurso representado pelos vocábulos ‘escaras’, ‘infecção’, ‘bactéria’, ‘curativo’, ‘cicatrização’ e ‘úlceras’, todos os termos são técnicos e biologistas, integrados ao *corpus* discursivo desses homens e cuidadores, mesmo eles possuindo baixo nível de escolaridade. A presença dessa interdiscursividade também leva à reflexão de que a ideologia do modeloologista, técnico e fragmentador está arraigada à cultura dos cidadãos brasileiros, fazendo parte de suas identidades.

[...]. Tão precisando muito da questão do fisioterapia. Eu acredito que ia melhorar bastante a minha situação. Eu tenho escaras, que são ferimentos né, úlceras, então é dificilmente eu sair já pra isso. Minha posição é essa aqui pra tudo, pra comer, pra dormir, pra tomar banho, pra tudo [...] (Ricardo, pele clara, testemunha de Jeová).

[...] eu acho que seria preciso uma cirurgia pra mim, eu tô com duas *escaras* de lado, pra mim pra melhorar minha saúde, seria uma, sei lá uma cirurgia, alguma coisa pra mim recuperar essas minhas duas *escaras*, que é duas feridas desse tamanho. Aí é onde minha saúde, minha saúde fica mais debilitada ainda, porque se não fosse essas *escaras*, eu tava bastante bem de saúde. Tem que ter cuidado no banheiro pra não pegar *infecção, uma bactéria*, entendeu [...] (Rodrigo, analfabeto, moreno).

[...] a minha saúde eu acho normal né, negócio só minha *escara* mesmo que eu cuido e normalizar o negócio da urina né, pra fazer esse exame [...] (Rafael, pardo, ex pintor).

[...] alimentação, o cuidado do *curativo*, sempre tendo cuidado, ele bota a perna pra cima, sempre eu orientando ele em todas as formas pra que ele tenha uma *cicatrização* melhor de como é que se diz, de *cicatrização*, é eu quem faço. Todos os dias, desde quando ele saiu do hospital. Agora eu só num faço no dia que o SAD vem. Aí eu deixo pra eles ver né, como é que tá, aí quando teve logo no início que eu fazia dois por dia. Era um de manhã e um a tardezinha, porque ele tinha necessidade de fazer [...]

(Sandra, 45 anos, esposa, cuidadora cardíaca).

[...] eu acho eu acho que o que mais queria, o que eu mais queria era ver esses ferimento *cicatrizado*. É, mais importante pra mim era isso. Melhoraria tudo pra mim e pra ele [...]. É a questão do ferimento. Porque tem tempo que tá com mal cheiro, eu fico com a catinga aqui dentro ôi, passa um tempo com aquele mal cheiro aqui dentro, por aqui, sei lá por aqui [...] (Benedita, 72 anos, mãe, casada).

A pele é considerada o maior órgão do corpo, importante à vida humana e essencial para o harmônico funcionamento fisiológico do organismo. Ela se regenera naturalmente em

seu processo de vida e morte, perde sua característica elástica e de beleza com o avançar da idade. É bastante cuidada quando por mulheres, a fim de manter a vaidade de deixar uma pele limpa, sedosa, cheirosa, podendo até ser sinônimo de sensualidade feminina. O processo de ‘diferenciação’ transforma todos esses predicativos da pele a uma situação de necessidade de boas condições de vida, a fim de melhorar a saúde em decorrência dela está lesionada.

Ricardo que é cuidado por sua mãe Benedita possui uma LPP em região sacral, devido a posição sentada adotada por ele tanto na cama hospitalar que fica em uma área à frente da sala, quanto na cadeira de rodas que utiliza para locomover-se. A lesão é de quarto grau, está sendo tratada há muito tempo, sem muito sucesso, e sua mãe é quem faz o curativo e diz que de todo o cuidado que presta ao filho, esse é um dos piores, pois a LPP é infectada e deixa em suas narinas um odor fétido durante todo o dia. Luiz é esposo da cuidadora Sandra, ele possui uma lesão com infecção em pé esquerdo, após amputação por DM. No momento da coleta, a esposa e cuidadora fez reclamações dele, porque o mesmo estava saindo para ingerir álcool mesmo sabendo que isso dificultaria a cicatrização da lesão (NO).

Rodrigo possui duas LPP em regiões isquiáticas, quarto grau, necróticas, à espera de um desbridamento cirúrgico há meses. As LPP limitam muito Rodrigo, devido a posição delas, ele não pode ficar na cadeira de rodas, se não dificulta a cicatrização. Isso faz com que este homem se sinta ainda mais limitado, excluído da sociedade (NO). Rafael, possui uma LPP em região sacral, quarto grau, necrótica, utilizando curativo especializado realizado pela enfermeira do SAD. Rafael se queixa da LPP por não poder ficar sentado na cadeira de rodas, o que dificulta sua locomoção e sua prática sexual. A enfermeira enfatiza que a LPP está infectada por bactérias multirresistentes o que ocasiona o odor fétido da lesão (NO). As LPP de quarto grau são comuns a pacientes com TRM, conforme Mota, Ribeiro (2016), como nos casos Ricardo, Rodrigo e Rafael.

A descrição das lesões dá veracidade e realidade a iminência dessa necessidade de saúde dos participantes, além de comprovar a limitação e exclusão que elas conferem a esses homens. As feridas acometem a população em geral, independente do sexo, idade ou etnia, acarretam um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo um grande problema de saúde pública, pois aumenta a morbidade dos usuários que possuem, reduz a qualidade de vida e eleva os custos para garantir a saúde (BEZERRA *et al.*, 2013). Vários são os fatores que levam ao desenvolvimento dessas lesões, entre eles estão: a fricção, a diminuição da sensibilidade (presente em Luiz), a imobilidade e estado nutricional deficiente (no caso de Ricardo e Rodrigo) e a exposição excessiva a umidade pela incontinência urinária (presente em Rafael) (BONFIM *et al.*, 2014).

As feridas na pele levam a necessidade psicobiológica de integridade cutâneo mucosa (HORTA, 2011). Para atender a essa necessidade os cuidados no domicílio devem ser abrangentes, e principalmente a família desses usuários devem cuidar com zelo e amor e manter a vigilância, a fim de manter a pele íntegra (BEZERRA *et al.*, 2013). As diretrizes para prevenção de LPP sugerem aos usuários e cuidadores que avaliem os riscos e inspecionem regularmente a pele em relação a pressão na área afetada, instituam nutrição e hidratação adequados, assim evitaram essas lesões e não terão reduzida sua qualidade de vida no aspecto psicossocial (BONFIM *et al.*, 2014). Essa redução na qualidade de vida, já aconteceu para Ricardo e Rodrigo, pois demonstraram durante a coleta se sentirem tristes em não socializar mais, por não poder passar mais tempo na cadeira de rodas e com isso sair aos macroespaços como a igreja e a rua (NO).

Diante dos processos discursivos anteriormente especificados, há o reconhecimento de que eles estão na origem da produção dos sentidos. Nesta égide, por vezes, se faz necessário aprimorar determinadas análises, principalmente quando esses discursos dão significados ao ‘*ethos*’ masculino. Foram discutidas em parágrafos anteriores as necessidades naturais (existenciais) e de boas condições de vida. Não foge à regra, a análise que se procederá dos discursos a seguir; contudo, a perspectiva de gênero é indispensável para a continuidade das reflexões e inferências a respeito da necessidade de sexo e sexualidade masculina, para o alcance da sua saúde.

O sexo pode ser entendido como categoria que se estrutura a partir do critério da genitália com o qual o indivíduo nasceu. A sexualidade vai além disto, ela pode ser compreendida como um processo contínuo que se inicia ao nascer e percorre todo o ciclo de vida, sob a influência de múltiplos fatores, sendo vivenciada por meio dos pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações (WHO, 2006).

A sexualidade nos discursos é entendida como sinônimo de sexo. Para João e Susana o sexo está condicionado à capacidade do homem em ter ereção e com isso atribuindo a sua masculinidade a presença ou ausência da virilidade, o que quando não acontece devido uma ideologia de masculinidade hegemônica ligado ao homem provedor, reprodutor e viril, condiciona ao homem um significado de prejuízo e assexualidade, como exemplificado pelos vocábulos ‘tô lascado’, ‘é morta’.

[...] hoje, sexualidade nenhuma [...] mas não, a cabeça é doidinha. Eu só vivo na internet olhando essas beixiga da mulher, nam. Tô lascado, a vontade é enorme (risos) mental né, mas reação nenhuma [...] (João, cadeirante).

[...] assim, e quanto vida, B. só não tem a vida eh é sexual, né? Isso aí ele não tem, nunca namorou, embora que ele claro, que ele tem aquelas menininha que ele se agrada, que às vezes chega em casa e a gente fica brincando com ele, que ele diz assim é bonita e tal. Mas assim, pra dizer mesmo, assim que ele teve tem aquela vida ativa de namorar de/não tem. Até porque ele não tem ereção nenhuma ah parte inferior de B. é morta [...] (Susana, 49 anos, mãe, separada).

No discurso da cuidadora Vera percebe-se a menção que ela faz à sexualidade como sexo, e este por sua vez como capacidade de ter ereção. A mãe assume o papel de cuidadora de seu filho, que é portador de hidrocefalia e limitado ao leito com poucos movimentos acima da cintura (NO). Ela projeta no seu filho a sua ideologia em relação ao sexo. É sabido, por meio da cultura de gênero que existe diferença entre homens e mulheres, quando a temática é sexo e sexualidade. A necessidade do homem é vista sob os olhos de sua cuidadora do sexo feminino, assim infere-se que existe uma lacuna na apreensão e no atendimento dessa necessidade de saúde do participante.

[...] sexualidade ele num tem, assim não que ele não sinta ereção. No início ele sentia mais, muitas vezes eu ia dá banho nele e às vezes ele tava ereto daquele jeito. Hoje não e assim até porque eu acho melhor não. Eu prefiro que ele fique assim, entendeu? Porque assim, ele num sente aquilo que a gente num sente. Deixe ele quieto né, porque assim se fosse pra o bem dele eu até dizia não, vá em frente. Às vezes eu até digo a ele, arruma uma namorada, mas assim sabendo que se ele arrumar uma namorada se começar a beijar aquela coisa toda vai estimular e talvez isso até piore né? Porque eu conversando uma vez com Rose, Rose me disse que tinha um paciente que por sinal ele era cadeirante também, ele é cadeirante viu e ele tinha uma vida sexual estável e ele começou ficar muito magro, muito magro e eu não sei se é porque ele queria todos os dias, eu num sei. Então assim, eu prefiro que ele fique quieto [...] (Vera, 43 anos, mãe, solteira).

Ainda no tocante ao discurso de Vera, na dimensão da análise textual encontra-se a ‘coesão por conjunção’, com efeito de realce ao utilizar o conectivo ‘porque’, para demonstrar uma lógica explanatória dos motivos que levam a necessidade de sexo para o homem. Na dimensão da prática discursiva, a ‘intertextualidade’ se faz presente através do interdiscurso de Rose, em meio ao discurso da cuidadora. A ‘intertextualidade’ no discurso, demonstra a construção das relações interpessoais e toda a influência que ela tem na consolidação ideológica que direcionam as ações na prática cotidiana, aqui retratada pela justificativa da cuidadora preferir que o homem não recupere a sua capacidade para o sexo.

O participante João, assim como o filho de 23 anos de Susana e Bruno de 26 anos, filho de Vera, têm sua masculinidade hegemônica enfraquecida, porque uma das principais qualidades dessa masculinidade para os homens diz respeito ao sexo, as práticas sexuais, a sua virilidade enquanto ‘macho’ que faz sexo. É importante destacar que Susana e Vera, apesar de serem mulheres e reconhecerem essa necessidade dos filhos, de alguma forma preferem que ela

não seja atendida. No entanto, independente de João não ter ereção ou das mães desses jovens rapazes não quererem que eles tenham sexo, a vontade externada pela necessidade é sentida por eles.

As paixões originárias das masculinidades dominantes, da perspectiva do sexo, correlacionada à cultura e as relações sociais somatizadas ao direito social convertido em lei, não são aquelas que podem ser anuladas com qualquer esforço ou vontade, com base em uma consciência libertadora; muito embora, acredite-se que possam ser completamente superadas com a consciência e a vontade (KEIJZER, 2016).

A cuidadora Natália também mulher envolvida pelas convicções a respeito do gênero masculino, que foi apreendida histórico e culturalmente e reproduzida em suas práticas, reconhece no seu filho, a necessidade de saúde representada pelo sexo e sexualidade. Ela reconheceu essa necessidade pelo fato do filho balbuciar como alguma de suas primeiras palavras o pedido para ir namorar, tendo ereção ao ver qualquer mulher que adentrasse no quarto dele (NO). Entretanto, o discurso de Natália é permeado de contradição, pois a mesmo ator social (a cuidadora e mãe) que reconheceu a necessidade operou como um controlador dela, uma vez que atuou de forma ideológica na reprodução de valores hegemônicos.

Esse elemento pode ser interpretado sob a ótica das discussões de Gramsci (1971), quando enfatiza que a ideologia ao mesmo tempo em que se fundamenta nas posições de classe, também é apreendida como relação de poder. O poder de Natália estava representado muito além daquele ditado nas relações de gênero em que o homem detém o poder sobre a mulher, mas na figura do poder da mãe sobre o filho, que apesar da idade ser um condicionante cultural de homens de 27 anos serem livres de suas casas e da obediência de suas mães, seu filho por ter sequela de um TCE, estava preso a uma cama, estava sob sua guarda, estava sob seu poder.

[...] entendeu que ele fica/e agora que ele tá falano, é pedino, é pedino pra ir atrás das negas, pedindo atrás pra ir namorar [...] eu digo a ele que não tá, eu digo a ele você não tá pronto ainda pra sair de cima dessa cama não [...] (Natália, 27 anos, mãe, casada).

O Sebastião deixa claro em seu discurso a dominação da masculinidade hegemônica, quando ele, mesmo estando em atenção domiciliar com problemas de saúde que o limita, não reconhece a necessidade de saúde atrelada ao sexo, enfatizando a sua virilidade e sexualidade, por meio dos verbos ‘querer’ e ‘poder’, sob o efeito de ‘afirmações com modalidade deôntica’. Reitera-se que na análise textual, as ‘afirmações de modalidade deôntica’ foram testemunhadas em todos os excertos de discursos que versavam sobre necessidades.

[...] o sexo graças a Deus se eu quiser ter, eu tenho porque, agora esse meu fêmur quebrado eu não tô podendo sair de casa [...] em termos de masculinidade eu me garanto. Isso daí graças a Deus eu tô com 58 anos, completei agora no dia dois. Isso aí num afetou não, sabe [...] (Sebastião, claro, evangélico, portador de neoplasia prostática).

O participante Sebastião estava em pós-operatório de prostatectomia por neoplasia prostática, evoluiu com complicações como a incapacidade de esvaziar a bexiga, fazendo uso de sondas vesicais para atender a essa necessidade. A maioria das cirurgias de próstata causam impotência sexual, além das alterações urinárias e do relato dos profissionais demonstrarem que seu Sebastião certamente estava tendo complicações sexuais (NO). Contudo, a sua masculinidade dominante, baseada culturalmente na posição de um homem que foi construída sob a oposição binária à outra, não permitia que ele admitisse tal feito.

As masculinidades são construídas histórico e sócio culturalmente, sendo que seu significado é um processo em constante construção e transformação na sociedade. Entre os modelos de masculinidade, o que detém maior legitimidade, reúne mais poder e é considerado hegemônico, destacando como eixos estruturantes a dominação e heterossexualidade (BURILLE; GERHARDT, 2013). As representações consideradas hegemônicas de masculinidade se relaciona a determinados grupos sociais que possuem o poder de transferir seus símbolos e significados, firmados na sociedade heteronormativa que exerce pressão sobre grupos não hegemônicos, com o intuito de fecundar homens padronizados pelo poder instituído (ALVES; SCHIMANSKI, 2015).

Os achados discursivos descritos para construção desse subcapítulo mostram que as necessidades de saúde masculina persistem condicionadas ao modelo biologista ideologicamente hegemônico, vinculado às necessidades naturais (existenciais), bem como aquelas de boas condições de vida ao garantir apenas a sobrevivência, representando a alienação histórica, cultural e ideológica que esses homens com problemas de saúde em atenção domiciliar vivenciam nos seus micros e macroespaços. No próximo subcapítulo, será possível vislumbrar as consequências das lutas ideológicas, com destaque aos efeitos das ideologias não dominantes, no reconhecimento das necessidades de saúde masculina.

6.2 Necessidades de saúde masculina: o advento da contra-hegemonia

A masculinidade hegemônica, construída por lideranças morais, ideologias dominantes e culturas particulares, determina historicamente padrões a serem seguidos como corretos e invioláveis. Esses padrões influenciam a percepção dos homens para o

reconhecimento de suas necessidades de saúde, limitando-os a convenções de necessidades elementares e ocasionando danos irreparáveis à saúde deles.

[...] necessidade, necessidade não, mas eu gosto de sair. Eu saio de vez em quando [...] qualquer lugar, pode ser praia, shopping, cinema, restaurante, casa da minha avó [...] (Lucas, branco, solteiro).

[...] necessidade tá boa né, pra mim, normal por enquanto. Tá normal, tá tranquilo [...] num tem nada não. Num sinto nada não [...] Tirou a sonda, graças a Deus tá saindo normal [...] Controle ainda não. Ele disse a gente fez o exame. Ele disse que tá desgovernada a bexiga. Aí ele disse que vai passar um remédio pra controlar ela. Aí normal também à urina sabe [...] (Matheus, solteiro, pardo).

[...] era porque, como ele não tinha nada e ele achava que nunca ia acontecer, ele não deixava a gente mudar o decúbito dele, sempre tava nessa posição, ou sentado. Aí ele teve essa infecção, aí outros problemas que deu, aí o derrame pleural e perdeu um terço do pulmão. Aí os cuidados redobram né, e hoje ele também aceita porque antes ele não aceitava [...] é cabeça dura [...] (Tânia, 55 anos, mãe, casada).

[...] agora, bebia muito, era um defeito que assim, só ofendia a ele mesmo né, só ofendeu a ele mesmo na verdade. Conselho a gente dava tudinho, mas ele bebia todos os dias, ele foi avisado que ele estava pré-diabético logo cedo, foi passado remédio pra pressão [...] passou remédio pra ele e ele nunca tomou, deixou pra lá. Só quando a coisa se agravou muito[...] (Francisca, branca).

[...] eu peço a ela pra ela vir pra abrandar o coração dele né. Pra ele aceitar, porque ele num aceita, tá pensando que ele aceitou ainda que tá doente? Ele quer andar, quer ir lá pra baixo pra casa dos amigos dele. Aí eu disse a ele num pode tá no meio de bebida, aonde tem fumaça de cigarro, aí pronto [...] (Sônia, 48 anos, filha de criação, do lar).

Na sociedade, já se reconhece como um grande problema de saúde pública as condições de morbimortalidade dos homens por causa evitáveis, como as doenças infecciosas e parasitárias, além das causas externas, sem esquecer as neoplasias e doenças cardiovasculares. A maior parte dos homens deste estudo encontrou-se limitada pelas causas externas, especialmente relacionadas à violência por armas de fogo e acidentes de motociclismo. Foi visto em capítulos anteriores que, não fugindo a regra, eles se expressavam por uma masculinidade nordestina, tipicamente hegemônica. Entretanto, a condição que os limitava a uma atenção à saúde no domicílio, os colocou em uma diferenciação que culminou em padrões ideológicos de masculinidades subordinadas, entremeadas às dominantes.

Os homens ideologicamente hegemônicos consideram-se invulneráveis às morbidades existentes, isso determina a atual conjuntura em que se encontram, pois se sentir inabalável os condiciona a não procura por prevenção e promoção à saúde. A questão cultural de gênero é definida como um dos grandes responsáveis por manter os homens ausentes dos serviços de saúde, contribuindo com os grandes índices de adoecimento da população masculina (CASTRO, 2015). Os modelos culturais de masculinidade, em alguns casos, podem

ser os principais responsáveis pelo fato de os homens serem mais vulneráveis do que as mulheres a algumas doenças e estilos de vida que comprometem à saúde (GOMES, 2010).

A vulnerabilidade está para todos os atores sociais, contudo, de maneira mais intensa para os grupos sociais menos favorecidos, a exemplo de Lucas, Matheus, Tânia e Francisca. A vulnerabilidade pode ser determinada como: ética, quando se referir filosoficamente ao dever moral de proteger o sujeito mais frágil e depreciable; social, quando se apresentar pelo isolamento e desproteção; e cultural, quando se refere à ignorância e ao desconhecimento de um determinado saber, como a doença, suas implicações e cuidados (POZZOLI; CECÍLIO, 2017).

Sabe-se que a determinação do sistema de classificação das necessidades é definida por grupos mais favorecidos e, conseqüentemente, dominantes dentro dos macroespaços capitalistas. Segundo Heller (1986), todas as necessidades são explicitadas por membros de classes dominantes e aumentam quantitativamente em relação ao mesmo objeto a fim de satisfazê-las; enquanto que as classes operárias se manifestam de maneira reducionista às necessidades do tipo vitais. Entretanto, o advento da globalização na conjuntura neoliberal brasileira condiciona as classes operárias (menos favorecidas) a acreditarem que necessitam de mais, baseadas no sistema de classificação de necessidades vigente, mesmo que o seu ‘poder de compra’ não as permita atender a essas necessidades, ocasionando as lutas ideológicas que podem ou não alienar, mas também transformar.

Essa perspectiva sobre as necessidades viabiliza a interposição entre os processos micro e macrosociais, respeitando a recíproca e complexa interação entre a estrutura e os sujeitos. Todavia, as necessidades de saúde são sociais e historicamente definidas, mas os indivíduos possuem a capacidade para modificar a si e o seu entorno, no intuito de melhorar a vida. É nessa alusão que os participantes deste estudo imprimem um olhar contra-hegemônico ao reconhecerem necessidades de saúde que vão além daquelas tidas como naturais (existenciais) e elementares para as boas condições de vida.

Assim, na construção deste subcapítulo, a título de clarificar a leitura, descreve-se a seguir os efeitos tridimensionais identificados nas multiplicidades dos discursos dos homens e de seus cuidadores. Na dimensão *textual*, explorou-se o *vocabulário* e a *coesão textual*, com efeitos de *metáfora*, *coesão por conjunção*, *afirmações de modalidade deôntica* e *avaliações afirmativas*. Os significados atribuídos à análise textual dos discursos foram, sequencialmente, os representacionais e os identificacionais. Nas avaliações afirmativas, o elemento avaliativo pode ser mais explícito, como um atributo em processos relacionais, ou menos explícito por estar apenas pressuposto, isto é, inserido em frases e não afirmado (VIEIRA; RESENDE, 2016).

Na dimensão da *prática discursiva*, ao se examinar os discursos, percebeu-se o uso da *intertextualidade* e da *interdiscursividade*. Ressalta-se que os discursos para Fairclough se definem como “forma de prática social, modo de ação sobre o mundo e a sociedade, um elemento de vida social interconectado a outros elementos” (RESENDE; RAMALHO, 2006, p.28).

Na dimensão da *prática social* foram considerados para a análise, os efeitos da: *hegemonia, ideologia, microestrutura e macroestrutura social*. A hegemonia pode ser vista como domínio exercido pelo poder de um grupo sobre os demais, embasado mais no consenso do que no uso da força. Esse consenso remete à ideia de unicidade pela ideologia, que são significações ou construções da realidade desenvolvidas nas práticas discursivas e contribuindo para as relações de poder (RESENDE; RAMALHO, 2006). Portanto, a hegemonia e a ideologia são dialéticas, pois as hegemonias são criadas para sustentar as ideologias, e essas, por sua vez, possibilitam as formações de grupos hegemônicos que se unem em decorrência da homogeneidade dos seus paradigmas de vida.

As ideologias são de extrema importância para os homens em sociedade, assim como a hegemonia quando declarada como um ato filosófico, por poder determinar uma nova consciência, um novo modo de ser e agir, se contrapondo às ideologias dominantes. Nesse mesmo entendimento, os participantes desse estudo, ao se depararem com situações que os colocaram em condições diferentes das comuns aos grupos sociais existentes, causou neles o reconhecimento de necessidades para a saúde até então desconhecidas no seu imaginário. Entre essas necessidades, encontra-se o conhecimento, considerado primordial para que os homens saiam de um quadro ilusório de ‘alienação’ e reconheçam outras necessidades.

As microestruturas sociais revelam o desenvolvimento da dimensão macroestrutural. Essas microestruturas de interação são condições naturais de interação que apresentam normas para orientar o processo de representação do ator social. Esse modelo é baseado na condição de homem-particular e nas estruturas sociais que se constituem na complexidade da rede de poderes e formas sociais institucionalizadas que definem a macroestrutura da sociedade (GOFFMAN, 1996).

É compreensível que a dialética permita o entendimento da sociedade nos aspectos macroestruturais e microestruturais que constituem o campo social. A dialética ainda admite a dinâmica da sociedade por meio de relações constituídas das dimensões políticas, econômicas e culturais apresentadas em constante transformação.

O discurso da cuidadora Susana, mãe de um usuário masculino em AD – com 23 anos, portador de hidrocefalia desde o nascimento – demonstra a necessidade de conhecimento

como uma forma de mudança na vida de seu filho. O conhecimento no discurso é representado na forma de texto, visualizado no discurso de Susana como: um texto televisionado, na educação escolar tradicional, e na conversa esclarecedora entre cuidadora e usuário. Fairclough (2016) indica que são nas práticas discursivas, ou seja, nas relações sociais que ocorrem os processos de produção, distribuição e consumo textual. No excerto desse discurso, o texto é representado por uma produção formal e informal, distribuído de modo direcionado e em massa, e consumido pela população em geral quando televisionado e pelo usuário masculino quando direcionado.

Não é ao acaso que esse discurso é proveniente de Susana e nem que seu filho seja tão bem cuidado e orientado na sua condição de vida. Susana é uma mulher alta, parda, no momento da coleta dos dados estava suada e ofegante, pois organizava o banho do seu filho, em um corredor próximo à lavanderia, numa cadeira de banho, onde ela o colocava nos braços e o sentava para higienizá-lo. Susana é pedagoga e consciente de que o Brasil é um país capitalista e discriminatório, como ela bem falou (NO). A escolarização e o senso crítico reflexivo dessa cuidadora, difere de algumas das participantes com menor escolarização. Susana reconhece a importância do conhecimento para seu filho. Ela vê o conhecimento como uma necessidade iminente a este homem, pois o colocará em posição de igualdade frente a outros sem limitações, e contribuirá para que ele incorpore em seu ‘ethos’ características masculinas menos dominadoras, mais sensíveis e participativas.

Ainda no discurso de Susana, revela-se a presença da ‘microestrutura’ retratada pelas relações sociais e sinalizada na ‘intertextualidade’ dos interdiscursos do homem, da cuidadora e de outro personagem que simboliza a sociedade. A ‘intertextualidade’ neste discurso traz em seu escopo a ideia de discriminação, por meio do vocábulo ‘aleijado’.

[...] quando ele começou a assistir né, tudim e programa de deficiente que apresentava um deficiente com os problemas dele, eu digo: olhe B é o mesmo teu, olha, tá vendo as sequelas que é a mesma? A situação? A criança? Então, que dizer, ele é consciente, ele sabe o que é, mas porque? Porque eu sempre converso com ele, sempre tô esclarecendo. Conhecimento pra ele, pra ele saber. Olha, pra tu ter ideia, ele estudou, estudou até o quinto ano. Parou ano passado porque o EJA aqui fechou, mas esse ano vai tá de volta. O diretor garantiu que esse vai tá de volta e ele já disse: *mainha se voltar?* Eu disse: *você volta de novo a estudar.* Olha, faz tempo isso, um ano e pouco, ele tava sentado aqui na frente e tinha alguns alunos aqui da escola a tarde, saiu aí fez assim: *olha ele é alejado, ele é alejado, olha o menino é alejado.* Que ele tava de tarde na cadeira de rodas ali na frente sentado. Aí ele fez: *vem cá, com o menino, aí o menino ficou meio com medo, ele e outro garoto.* Aí eu disse: *Tu vai fazer o que B?* Aí ele disse: *calma mainha. Vem cá. Aí o menino veio, aí ele disse: *aleijado é você, eu sou deficiente.** Olhe eu chorei, que eu fiquei assim [...] (Susana, pedagoga, servidora pública).

O conhecimento é uma ferramenta formidável para mudanças paradigmáticas hegemônicas na sociedade. Ele se desenvolve no decorrer das relações sociais e pode ser usado como um artefato de dominação ou libertação. O discurso de discriminação cada dia mais se torna visível nos micro e macros espaços, pois tudo que foge às regras impostas pelas ideologias dominantes causa inquietação e segregação, como no caso de homens com limitações físicas e mentais. Heller (2004) acredita que é no cotidiano que o homem se constitui, pois, quando há a inserção de algum conhecimento de modo automático na vida das pessoas, pode-se afirmar que esse novo modo de agir constitui a identidade do sujeito. Ela também enfatiza que a apropriação do conhecimento ocorre pelas relações sociais, como resposta às atividades exigidas pela vivência dos indivíduos no contexto social do qual fazem parte.

O conhecimento desenvolvido nas práticas sociais, fundamentado nos processos histórico e cultural e vivenciado pelos seres humanos, constitui-se nas relações estabelecidas entre homens e mulheres na confecção de sua própria existência material e simbólica, externando-se a partir de contextos socioculturais particulares. Essas práticas permitem a edificação e solidificação de antigos e novos saberes por meio da possibilidade que os humanos têm de refletir criticamente sobre o seu pertencer no mundo com os outros. Essa reflexão só é possível com a possibilidade de encontros entre os sujeitos que compartilham, transmitem, reproduzem e ressignificam os valores, os conhecimentos, as tradições e as atitudes manifestadas durante a vida (TAFURI; GONÇALVES JÚNIOR, 2015).

Os participantes do estudo podem estar envolvidos em um momento de sua vida permeado por mudanças paradigmáticas, isto é, mudanças nas suas atitudes direcionadas por ideologias que retratam a masculinidade hegemônica. Uma nova formação social só existe, quando uma sociedade tem todas as suas forças, suas relações materiais satisfatoriamente amadurecidas e esgotadas (GRAMSCI, 2000). Essas mudanças os permitem identificar necessidades de saúde que não contemplam as biológicas, ou seja, técnicas e fragmentadas.

Na atual sociedade, ainda se depara com homens que, inspirados por ideologias dominantes, consagradas no senso comum como ideias, levam os homens a se posicionarem como seres fortes, inabaláveis e que não podem demonstrar os seus sentimentos para que não representem sinais de fraqueza. Porém, Resende e Ramalho (2006) anunciam que a ideologia é mais eficaz quando sua atuação é menos visível, quer dizer que, quando alguém se torna consciente de um determinado aspecto do senso comum, a desigualdade de poder é assegurada por si próprio, fazendo com que aquele aspecto do senso comum perca a força, perca o poder para se sustentar. Desta maneira é que os participantes do estudo se posicionaram frente às

ideologias do senso comum em relação às masculinidades, expressando necessidades contra-hegemônicas como a de gregária.

A necessidade de gregária ilustra a importância do afeto para a saúde. Ela pode incluir-se dentro da necessidade de ser acolhido e ter vínculo, seja pelo profissional ou seja pelo familiar. Os discursos abaixo ilustram a importância do atendimento dessa necessidade de saúde.

[...] tudo que a gente tem aqui dentro de casa. É a presença de mainha, do meu irmão, da minha irmã, do meu pai, da minha família todinha, tudo isso me ajuda [...] (Lucas, portador de lesão medular congênita).

[...] tem que ficar só em casa e eu fico com ele né, num sai, pra ele num ficar botando nada na cabeça [...] dou carinho, amor [...] (Amanda, 20 anos, esposa, teísta).

[...] as necessidades especiais dele é o amor e o carinho que nós temos por ele, entendeu. Ele tem 40 anos de idade e desde que nós adotamos ele tinha 3 meses, que foi amor à primeira vista. Aí é um caso típico de amor, entendeu. Quando nós adotamos ele, assim com 30 dias, nós descobrimos que ele tinha paralisia cerebral [...] (Jorge, cuidador, espírita).

Lucas deixa claro no seu discurso que a presença e o vínculo com seus familiares nas relações interpessoais estabelecidas dentro do seu microespaço é tudo que ele precisa. Durante a observação, foi possível vivenciar essas relações entre a mãe e ele durante os afagos e os cuidados ofertados; entre ele e o irmão, sendo acolhido pelo irmão numa solicitação para ligar o computador como meio interativo (NO). Amanda, cuidadora e esposa do jovem Rodrigo, exterioriza um vínculo afetivo de amor e carinho, não deixando o esposo sozinho para que ele não se sinta isolado e nem se permita envolver por pensamentos ruins.

Jorge é pai amoroso e cuidador de um quarentão de pela clara, olhos azuis e que tem sorrisos que encantam e recepcionam. Durante toda a entrevista, no domicílio, Jorge demonstrava ações de amor e carinho para o filho que era tão bem cuidado (NO). A satisfação com o cuidado prestado no domicílio demonstra uma face das necessidades que se referem à própria realização da condição humana, à necessidade de afeto, abrigo, carinho e proteção; esta necessidade vai além da recuperação da saúde, ela é a própria condição para sobrevivência humana. O atendimento domiciliar é apresentado como melhor porque oportuniza o conforto do lar e o vínculo com a família, atendendo a esta necessidade na vertente histórico-filosófico-antropológico, providas pelas tecnologias leves e leves-duras (SILVA *et al.*, 2017).

A experiência adquirida pela vida ‘diferenciada’ que esses homens e cuidadores vivem os permite necessitar do afeto como um combustível para a melhora da saúde e continuidade da existência. O saber da experiência é diferente do conhecimento científico, a exemplo do processo de saúde e doença, pois está no sujeito e não fora dele, assim o saber da

experiência assemelha-se às necessidades, por serem concreto e único para cada ser (HELLER, 1986). Doravante a essa experiência com a necessidade do afeto, serão mostrados os discursos de Tânia, Marcos e Mariana.

O discurso da cuidadora Tânia traz na análise textual a ‘metáfora’ através do vocábulo ‘cuidado de mãe’ o sentido atribuído ao afeto dispensado ao homem em AD. Na análise da prática discursiva dos discursos de Marcos e Mariana, encontra-se a ‘intertextualidade’ ao reconhecer os interdiscursos representados pelo cunhado e pelo agente comunitário de saúde (no discurso do usuário Marcos), bem como pela filha e pelo usuário masculino (no discurso da cuidadora Mariana). Ainda no discurso da cuidadora Mariana, encontra-se localizada no texto a ‘coesão por conjunção’ pelo conectivo ‘porque’, com efeito de realce promovendo uma lógica explanatória entre as orações, para justificar a causa do afeto.

[...] Aí eu tenho esse cuidado quando eu acordo de manhã, ajeito ele aí mudo o decúbito, ele senta pra o lado de cá, dou banho, massagem, bastante creme. Nunca teve nenhuma lesão assim, escara essas coisas ele nunca teve nenhuma, graças a Deus. Cuidado/Alimentação ele come de tudo, num tenho esse cuidado porque tudo que der a ele, ele come né, e o resto é cuidado mesmo. Cuidado de mãe! (Tânia, preta, evangélica).

[...] é porque é a agente de saúde daqui do posto disse que num podia tocar a mão, porque num sei o quê, porque teve um tempo que tava, como se tivesse podre. Aí disse não, não vou tocar a mão, aí eu digo tá certo, aí meu cunhado fez tem nada não, deixe que eu troco a mão, aí desde do meu adoecimento que ele tá de frente comigo. Desde do dia que aconteceu isso comigo que ele vem de frente. Ele nunca me desamparou [...] (Marcos, pardo, vive em união estável).

[...] ela abraça e ela beija. Ele ri minha filha, ele faz rum, ele gosta muito. Ela é muito carinhosa com ele. Às vezes eu tô lá no quarto, a gente é muito carinhosa. Eu e ela com o pai dela. Às vezes eu tô lá conversando com ele, aí ela chega lá é né pai, tá aí na boa né, só num como é E ? só no y love you, aí ele bota pra rir com ela. Só no y love you né. Quer dizer porque ele tem carinho apesar dele tá doente, mas ele tem carinho meu, tem o carinho da filha dele. Porque num é porque ele ficou doente, mas eu continuo sendo carinhosa com ele, né. Porque quando se gosta, num importa como a pessoa tá né [...] (Mariana, auxiliar de acabamento desempregada).

“O cuidado de mãe! O cuidado maternal!”: essas foram as expressões de vínculo e gregária utilizadas por Tânia, mãe e cuidadora de um usuário da AD. Lucas não é mais uma criança, contudo necessita de cuidado desde a infância, e Tânia é a responsável por isso. A cultura de gênero transfere às mulheres o papel de mãe, esposas e domésticas, todos esses papéis são associados ao cuidado, ao zelo e ao apreço. É interessante refletir que, na situação de adoecimento, o cuidado recai sobre a mulher, além da responsabilidade pelo sustento da família e do cuidado da saúde do ente doente. Para os cuidadores, sobretudo para as mulheres que cuidam, as relações do cuidado remodelam os modos de sentir e viver, fazendo-as assumir a identidade de cuidadora, perpassada por processos de aprendizagem que estão incutidos nas

relações da existência humana (ARRUDA; MARCON, 2016). A relação mãe (mulher, ser que cuida) e filho (homem, ser cuidado) confere a responsabilidade de cuidar incondicionalmente. Expressão esta vivenciada na observação do cuidado entre Tânia e Lucas.

O usuário da AD, com Síndrome de Wilson, de 34 anos, é cuidado por sua amável esposa Mariana, que, durante o cuidar, expressa carinho por meio de palavras e ações afetuosas (NO). A filha de 11 anos também cuida de seu pai com dedicação e amor. Destaca-se que a mãe do usuário vai todas as tardes e manhãs ajudar a nora a cuidar de seu filho. Tanto a esposa quanto a filha e a mãe são mulheres que, desde cedo, aprenderam que cuidar faz parte de suas existências. Na visibilidade do universo do cuidador, na maioria das famílias, assim como a de Mariana, o cuidado é assumido por uma mulher, seja filha, esposa, mãe ou sobrinha, gerando mudanças em vários aspectos da vida delas (POZZOLI; CECÍLIO, 2017).

O discurso do usuário Marcos chama atenção para duas análises, a primeira que o cuidado a fim de atender as necessidades de saúde dele está sendo realizado por outro homem, seu cunhado, inclusive membro familiar que não é considerado como tal por muitos. O homem que cuida de si e do outro extrapola as barreiras culturais associadas à masculinidade hegemônica. A segunda análise diz respeito à ineficácia de alguns programas de saúde que deveriam ser mais atuantes, deixando o atendimento das necessidades de saúde a cargo exclusivo dos familiares. O território das ações cuidadoras, construído pelas tecnologias relacionais, é de domínio de todos os tipos de trabalhadores da área da saúde, mas também dos usuários e seus familiares (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

A necessidade de ser acolhido e ter vínculo com profissionais/equipe de saúde ou familiares perpassa a gregária, chegando a uma dimensão que expressa a necessidade de se ter um cuidador (formal ou informal) e estreitar laços afetivos com familiares e profissionais, a fim de efetivar o que se pode entender por saúde. Os homens que compuseram a totalidade daqueles que estão em AD no município de João Pessoa (Quadro 11) apresentavam limitações condicionantes à necessidade de cuidados específicos, que exigem a presença ativa de um cuidador para executar ações que proporcionem saúde e bem-estar aos usuários da AD. Além dos cuidadores, também como garantia do atendimento das necessidades de saúde dos homens, situam-se os profissionais que compõem a EMAD e a EMAP.

Para além das necessidades técnicas relacionadas à doença, se identifica a importância do vínculo na prática do cuidado. O vínculo é uma das necessidades de saúde descritas por Matsumoto e Cecílio: ter vínculos '(a) efetivos' numa relação contínua entre profissional (ou equipe) e usuário. Entre outros elementos, o vínculo facilita a compreensão e respostas a dúvidas e angústias das pessoas necessitadas (COMBINATO; MARTIN, 2017).

A convivência diuturnamente dos homens com os cuidadores (Quadro 12, em *Tempo destino ao cuidar*) exprimem a intensidade com que a necessidade de ser acolhido e de vínculo se apresenta (NO). O contato semanalmente com os profissionais da EMAD e EMAP também estabelece essa necessidade, visualizada durante as visitas das equipes no domicílio (NO) e por intermédio dos discursos dos participantes do estudo. Portanto, o valor da *práxis* dos profissionais é interposto pela construção de vínculo e capacidade dos profissionais de saúde em acolher, reconhecer e atender às necessidades, por meio de uma atitude profissional e acolhedora.

A necessidade de ser acolhido e ter vínculo com o cuidador, para fins de realizar ou auxiliar as atividades da vida diária dos homens em AD, limitados pela tetraplegia, está expressa nos discursos de João e da cuidadora Patrícia.

[...] assim porque é pra tudo, ele não faz nada, então é dependente de tudo. Entendeu, tudo ele precisa de alguém pra tá ali com ele [...] (Patrícia, 37 anos, irmã, solteira).

[...] necessidade, dificuldade horrível né. Por eu ser tetraplégico, pelo amor de Deus (aumentou a entonação da voz) eu tinha que ter uma cuidadora porque se não eu tava ferrado, mas tem dificuldade horrível [...] se não tivesse alguém eu acho que já tinha morrido. Num tivesse essa cuidadora [...] (João, ex cavalgador).

Patrícia é familiar e, por conseguinte, cuidadora informal de José, portador de Síndrome de Arnaud Chiari. João é cuidado por Cristiane, cuidadora formal, ou seja, profissional. Independente se formal ou informal, é uma necessidade de saúde a presença de um cuidador para os homens em AD. A necessidade de um cuidador direciona à outra necessidade, que é constituir vínculo entre o ser que cuida e o ser cuidado. O Programa de Atenção Domiciliar entende por cuidador: “pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016, p. 33).

Na AD, o cuidador com vínculo familiar – no caso de Patrícia que é irmã de José – ela é a pessoa responsável por prover assistência no domicílio, pelo modelo chamado de sistema informal de cuidados, que está atrelado ao vínculo cuidado-usuário. Esta é uma relação de cuidado não profissional, executado sem remuneração (CARVALHO *et al.*, 2015; OLANDA; PASSOS; DIAS, 2015).

Para os homens em AD na relação com o cuidador, o vínculo estabelecido é importante seja no âmbito familiar, seja quando com um profissional, em decorrência de suas limitações para buscar o cuidado. O vínculo com o profissional ou com equipe pode fomentar

a transformação das práticas diárias dos sujeitos, impulsionando o incremento da autonomia. Os principais instrumentos para que o vínculo ocorra são a fala e a escuta (MATSUMOTO, 1999). Nos discursos de Tânia, Josefa e Antônio, por meio das falas das cuidadoras e do homem, observa-se a necessidade de vínculo entre os profissionais e o usuário. No discurso de Josefa, a ‘intertextualidade’ estabelece essa relação de vínculo por intermédio da fala da enfermeira; enquanto que, no discurso de Antônio, a coesão textual pela conjunção ‘por causa’ explana a lógica do vínculo como causa para continuidade da vida, além da ‘avaliação afirmativa’ atribuindo significado ao vínculo através do advérbio e do sinal de exclamação ‘tão importante!’.

[...] meu esposo ia todos os dias, mas os meninos só ia final de semana, assim a gente em casa, é 100%, muito bom. Muito bom mesmo, melhorou muito ele ficou mais, sei lá, mais alegre [...] em cada hospital que a gente passou, foi um ano praticamente em cada um até recife a gente passou e a gente criou um vínculo muito grande, até a gente mantém contato [...] (Tânia, Pernambucana, autônoma).

[...] era uma enfermeira que tinha aqui, transferiro ela pra outro canto. Aí ela quando ela tava aí, que ela veio avisar que ia sair, ele passou oito dia de febre. Quase que morre. Eu acho que é emocional. Ela veio aqui segunda feira, oxem! quando ela veio que falou tudo bom seu M. como é que o senhor tá. Quando ela saiu, num deu meia hora ele tava queimando de febre, 38 grau de febre, passou 3 dia com febre e eu só penso que é po causa dela. Ela cuidava bem dele assim, né [...] (Josefa, parda, casada).

[...] ah, a vida tá assim. Eu tenho estímulo ainda pra ter força, energia, por causa do apoio que eu tô recebendo da equipe e dos meus parentes [...] É, você tem que botar essas coisa na tese, que é tão importante! tão impotante! (impulsionou a voz exclamando) o apoio da família e da equipe na continuação da vida da gente. Sem o apoio é impossível continuar vivendo só [...] só é impossível [...] (Antônio, economista, teísta agnóstico).

A necessidade de constituir vínculo entre o usuário, a família e o profissional de saúde foi reconhecida pelos participantes deste estudo, exteriorizada em seus discursos, como no caso de Tânia, cuidadora de Lucas, no de Josefa, cuidadora de Carlos e no discurso do usuário Antônio. Construir vínculo assume uma importância fundamental no cuidado, pois a vinculação gera a corresponsabilização entre família, usuários, serviço de saúde e profissionais. A ambiência domiciliar é favorável ao estabelecimento de vínculo, pois acolhe, promove segurança e estabelece privacidade, o que pode potencializar o encontro entre usuário, familiares e profissionais.

A atuação da equipe de AD baseia-se no afeto, respeito e formação de laços que contribuem para assegurar a continuidade do cuidado, se utilizando das orientações e treinamento dos usuários e cuidadores. Esses elementos compõem a perspectiva do vínculo no atendimento às necessidades de saúde (SILVA *et al.*, 2017). O vínculo faz parte do conjunto das tecnologias leves, por permitir a formação de relações envolvidas no encontro dos sujeitos,

como os profissionais e os usuários, na produção de saúde, e mediada pela escuta, interesse e confiança. Nesse momento, o agir tecnológico se abre para o acontecer não tecnológico, promovendo acontecimentos micropolíticos que vão além do campo das práticas de saúde (FRANCO; MERHY, 2012; MERHY; FEUERWERKER, 2016).

A tendência objetiva das necessidades indica um caráter de ação, compreendendo paixões, atitudes, e essas atitudes implicam necessidades. As necessidades, para Marx, são efetivamente reconhecidas como objetos concretos (HELLER, 1986). Dentro dessa concretude, encontra-se a religiosidade, que, no Brasil, de modo relevante, é apresentada pelo Cristianismo (Quadros 10 e 12), que, durante séculos, dita ao povo a sua doutrinação dogmática como forma de dominação burguesa. As ideologias religiosas dominantes, mesmo sendo divulgadas pelos grupos privilegiados, lideram a civilização em todas as classes sociais, daí atribui-se à religiosidade o caráter de necessidade social. Os excertos dos discursos do cuidador Jorge e do homem Antônio socializam a necessidade de religiosidade.

Destaca-se no discurso do homem Antônio, na dimensão textual, a ‘afirmação com modalidade deôntica’ ao expressar a obrigatoriedade sob o uso do verbo ‘querer’ em meio ao discurso. Também, observa-se a ‘coesão’ para efeito de realce entre as orações, ao utilizar a conjunção ‘porque’ com a finalidade de justificar a causa de alguns pensamentos e ações do participante do estudo.

[...] toda noite vou botar ele pra dormir, a gente ora nós três juntos. Toda noite, impreterivelmente no horário certo, ele gosta de ouvir falar de Deus [...] tem ser humano que num fala em Deus, num cuida do espírito, ele num vai cuidar de que mais?! né [...] (Jorge, cuidador, pardo).

[...] Num vejo sustentação que ninguém responde pra mim, os mistérios da vida. Sabe *porque? porque* nós fomos criados, para que serve as pessoas. Será que é pra esse negócio de reproduzir e tudo mais. Num é isso. Eu quero uma resposta pra esse vazio da vida, sabe [...] eu *quero* saber disso aí, dessa existência. Ninguém me responde [...] Eu não me convenço num é *porque* eu seja rebelde não. É *porque* falta as explicações. Falta a verdade, sabe [...] (Antônio, usuário da AD, branco).

O Jorge é espírita, tem o hábito de, junto à esposa, falar sobre Deus para o seu filho e fazer o evangelho no lar, prática doutrinária espírita (NO). Ele reconhece a necessidade de religiosidade para o seu filho, ao contar e demonstrar que, quando fala de Deus, o filho logo esboça sorrisos e direciona a cabeça e seu olhar para a imagem que fica sobre a cama onde o usuário passa a maior parte o seu dia (NO). O Antônio é teísta agnóstico, ele deixa claro que a religiosidade, no sentido da crença, é uma necessidade, principalmente para quem vive em situação de dor e isolamento social. Entender a vida e o porquê dela é essencial, ao reconhecer que existe algo superior que comanda a vida de todos os seres vivos.

A religiosidade, ao ditar seus dogmas doutrinários, pode ser vista como uma necessidade social, à medida que se entende pela sociedade uma realidade que forma um sistema, que possui suas próprias leis e normas. Normas que precisam dos seres humanos para poder se concretizar, ditar a esses humanos como é que devem ser atualizadas e materializadas, ou seja, a sociedade é uma entidade que se faz e se refaz por meio de um sistema complexo de relações sociais (DAMATTA, 2003).

O cuidador, ao reconhecer a vulnerabilidade do doente (usuário em AD), tenta dar sentido metafísico ao sofrimento, isto é, busca na fé em Deus a força para se sustentar e sustentar o seu doente (POZZOLI; CECILIO, 2017). A religiosidade sempre esteve presente na vida humana e é um aspecto importante no cuidado de pessoas doentes; ela abrange um sistema de crenças e doutrinas que é compartilhado por um grupo social e possui atributos comportamentais, sociais e morais próprios. Na doença, as pessoas buscam na religião um sentido e um alívio para o sofrimento (ROCHA *et al.*, 2016).

A maioria dos homens que participou do estudo só reconheceu a necessidade de religiosidade depois dos problemas de saúde que os condicionaram às suas limitações e à assistência no domicílio. Percebe-se nos discursos, uma natureza de sustentação pela vida quando embutidos de fé, ao ter seus anseios controlados ideologicamente pela religião. A despeito disso, expõem-se os discursos dos homens Ricardo e Matheus.

[...] fui depois de cinco anos que aconteceu esse imprevisto. Eu comecei a estudar a bíblia e conheci aí né o que a bíblia ensina e nos proporciona. Ah! Se não tivesse conhecido, já tinha morrido. Já. Porque eu não tinha um objetivo na vida né, eu não tinha esperança. Então a esperança é como um combustível né. Um carro não anda sem combustível, o ser humano não anda sem esperança. E eu não tinha essa esperança [...] (Ricardo, escolaridade fundamental incompleto, testemunha de Jeová).

[...] é, antes que eu passei um tempo afastado aí depois que aconteceu isso comigo, que eu vi que o caminho certo é Jesus, aí agora eu tô indo [...] Eu posso ir e eu vou indo quando der pra eu ir, e mermo se num der, tiver sentino dor, eu vou [...] (Matheus, escolaridade médio incompleto, evangélico).

É comum escutar relatos a respeito de que as pessoas costumam procurar Deus diante das adversidades. A maioria dos participantes desse estudo se enquadram nesse dito popular. Ricardo é Testemunha de Jeová. Ele assumiu essa religião após ficar em uma condição de limitação física, ele declara que a Bíblia é sua esperança para continuar tendo objetivo na vida. Inclusive, ele participa de um grupo evangelizador, atividade que faz com fervor e que lhe agrega lazer (NO). Matheus é evangélico e também adotou essa religião após a condição de paraplegia. Ele é frequentador assíduo dos cultos, pois atribui ao louvor e à adoração ao Pai

(Deus) o sustento da sua vida. Após a condição que se encontra e por aceitar a religião, largou o envolvimento que tinha com drogas (NO).

Nas situações de dor e sofrimento, muitos seres humanos procuram significados e explicações para o que estão passando. A religiosidade e a espiritualidade são aliadas positivas para o enfrentamento de pessoas com doenças crônicas, à medida que possibilitam menos sintomas depressivos, maior adesão ao tratamento, diminuição do estresse e maior qualidade de vida. É habitual o uso da religiosidade, do sentimento de fé em Deus, como forma de enfrentamento a situações adversas, a exemplo de doenças, a fim de suportá-las e, principalmente, em condições crônicas de saúde (ROCHA *et al.*, 2016).

A necessidade de acesso aos serviços de saúde obteve muito destaque nas falas dos participantes entrevistados, requerendo uma análise mais acurada nos seus discursos. Heller (1986), ao descrever o pensamento de Marx, enfatiza que o valor de uso também está relacionado às características do corpo, da mercadoria e do trabalho humano aplicado em sua produção. Entretanto, a prática profissional está justaposta ao produto a ser consumido, tornando-se elementar, para a satisfação do atendimento, a necessidade de acesso aos serviços de saúde.

Ao analisar os discursos dos homens e cuidadores no tocante ao acesso a serviços de saúde, identifica-se nos excertos de suas falas que esse acesso está correlacionado às necessidades conhecidas por: garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida e necessidades de boas condições de vida. A seguir, distribuem-se os textos discursivos mediante o sentido de necessidade atribuído ao acesso aos serviços de saúde.

Nos discursos dos homens Lucas, Antônio, João, Felipe e Fábio, constata-se o sentido de necessidade de acesso a todas as tecnologias (MATSUMOTO, 1999), o que não deixa de ser uma necessidade necessária (HELLER, 1986) por estar condicionada ao aumento da produção material pelo consumo de produtos e tecnologias. Fica evidente em todos os discursos que esse desenvolvimento tecnológico já está existindo, sendo comercializado e consumido na sociedade; porém, não vem sendo acessado por todos os sujeitos sociais, principalmente aqueles de classes menos favorecidas. Torna-se relevante destacar a participação das ‘microestruturas’ (relações sociais) e das macroestruturas sociais (Estado/Governo), ocasionando o mau uso das verbas destinadas ao desenvolvimento e aplicação tecnológica da saúde.

Faz-se menção, nos discursos, as ‘afirmações de modalidade deôntica’ exprimindo obrigatoriedade e necessidade, através dos verbos ‘poder’, ‘mandar’, ‘querer’ e ‘precisar’. Outro aspecto importante na análise textual do discurso de Fábio, é a ‘interdiscursividade’

adotada pelos vocábulos ‘abcesso’, ‘Sleeve’, ‘Bypass’ e ‘cirurgia reparadora’, demonstrando a apropriação de uma modalidade linguística técnico-científica da saúde, mesmo que no discurso de um homem de baixa escolaridade.

[...] Podia ter outras condições de melhoria mais eu não sei assim, como ter acesso, por exemplo, a um tratamento de células tronco, eu já procurei na internet. Mas já falei com uma/ já mandei mensagem pra algumas pessoas na internet, mas não me responderam [...] (Lucas, respira com auxílio de aparelhos).

[...] a necessidade eu queria que encontrasse a medicina, por exemplo, a medicina num encontrou um medicamento satisfatório para a cura do mal de Parkinson, tem uma limitação. Ah! parece que tem uma cirurgia aí, mas num foi aprovada ainda, é num foi aprovada [...] (Antônio, usa sonda vesical de alívio).

[...] dificuldade do sistema né [...] do SUS, sistema público, municipal, estadual também. A saúde é uma brincadeira. Todo mundo sabe e você deve tá rolando por aí e escuta falar que o prefeito parece que tá só de enfeite. Eu quero saber pra onde vai o dinheiro da saúde desses cara? É só ir pro bolso deles né [...] (João, escolaridade superior completo).

[...] algumas necessidades que precisa, que eu preciso que não tem, seria um carro pra minha locomoção, pra ir pra alguns canto. Assim, tipo a prefeitura fornecesse um carro assim, pra gente sair pra ir numa FUNAD¹³, num negócio, fazer um exercício [...] (Felipe, 27 anos, paraplégico, solteiro).

[...] eu fiz a cirurgia bariátrica, fez uma ano né. É sei que uma cirurgia num ia ser o ideal, só essa cirurgia, eu tenho que passar por outra cirurgia. Tenho abcesso na perna direita [...] Isso pra fazer, eu fui pra um peso de 235 quilos e eu tinha 335 quilos eh antes, fiz o regime perdi 100 quilos, no caso, entrei na cirurgia com 235 e essa cirurgia que eu fiz foi a *Sleeve*, não é a *Bypass* que é a definitiva, então é tenho que fazer nova cirurgia, é perder mais peso, é fazer a cirurgia reparadora, é perna, braço, abdômen [...] só sai de ambulância ou de bombeiro. Não tinha como, era com oxigênio, bombeiro ir prós locais [...] (Fábio, pardo, católico).

A ciência evolui a longos passos, mas no Brasil ainda se percebe uma certa resistência no que se refere a investimentos para a educação e saúde, para as pesquisas e para o desenvolvimento tecnológico. A saúde tem sofrido grandes golpes em relação aos cortes para investimentos públicos, repercutindo em hospitais parados e sem insumos, programas e políticas de saúde sem uma implementação adequada, pesquisas paradas nos grandes centros de estudos. Quem mais sofre com essa situação brasileira? É o principal ator social do País, a população.

Quando se remete à população, remete-se aos participantes deste estudo que, em seus discursos, deixam claro a necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida. Pensar em necessidade de acesso à tecnologia é incluir a concepção da necessidade individual (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

¹³ O participante do estudo utilizou a abreviatura FUNAD, para referir-se a Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência.

A necessidade individual de acesso à tecnologia de Lucas, por causa de sua tetraplegia, é a possibilidade de um tratamento com células-tronco. Ele também externou necessitar de outras, como acesso aos serviços de fisioterapia mais intensamente, a fim de melhorar a sua respiração que acontece com ajuda de aparelhos (NO).

O participante Felipe, ao falar sobre a necessidade de acesso à tecnologia, transpareceu a necessidade de acesso a serviços, pois externou discursivamente a precisão de transporte para levar usuários como ele, paraplégicos, a serviços de reabilitação como a FUNAD. João e Fábio precisam de um SUS mais ativo, utilizando as verbas que lhe compete para oferecer os serviços e as tecnologias que garantam melhoria na qualidade de vida, a exemplo de cirurgias reparadoras. A criação e a implementação do SUS enfrenta ainda desafios, principalmente no que diz respeito aos recursos financeiros, atribuições de responsabilidades entre as esferas de governo e as relações entre os subsistemas público e privado (SILVA *et al.*, 2013).

Para Antônio, a necessidade de acesso a tecnologias trata-se da cura (tratamento mais eficaz, que ao menos auxiliasse na diminuição das limitações – NO) para a Doença de Parkinson. Com o SAD e também através da suplementação privada de serviços, Antônio tinha acesso a fisioterapias, neurologista, urologista, ortopedista, nutricionista e as medicações para a doença e suas repercussões. O subsistema privado de saúde, denominado Saúde Suplementar, é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, atualmente no Brasil. Existe uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade dos serviços do setor, sem que os usuários tenham acesso à informação ou sejam esclarecidos em relação a esses serviços. Diante das lacunas da regulação, destaca-se a incipiência de normatizações e ações aos programas de atenção domiciliar (SILVA *et al.*, 2013).

Nos discursos das cuidadoras Maria e Francisca, observou-se o sentido atribuído ao acesso aos serviços de saúde, a necessidade de acesso a todas as tecnologias que melhorem ou prolonguem a vida, sendo designado um teor discursivo de dificuldade a essa tecnologia, devido ao ‘poder de compra’ (Quadros 10 e 12, em *Renda familiar*) dos participantes do estudo. Destaca-se que os homens, a quem o estudo se direciona, estão sem condições de trabalhar, sobrevivendo da renda oriunda de aposentadorias ou auxílio saúde, retirando desses homens a propriedade de trabalhador produtivo e de provedor do lar, associadas à ideologia de masculinidade hegemônica. Conseqüentemente, eles tendem a se tornar mais ‘alienados’ frente às tecnologias de saúde e práticas necessárias para que melhorem e prolonguem a vida.

[...] oh! hoje tem tanta coisa boa pra saúde de J que num tá podendo ser feito, por exemplo os exames, que J tá com problema na sonda que ele precisa de fazer uma

cirurgia. Então ele foi para o médico e médico lá do HTOP, médico dele, médico de sonda. Passou que ele fizesse três exame, aí com urgência um e o SUS num cobria. Eu tirei de onde não tinha e paguei R\$ 400 pra fazer esse exame [...]. Outra, tá também com uma pequena cirurgia pra fazer na escara [...] já faz tempo na luta, há mais de três anos [...]. Essas coisas que tá que deixando a desejar que tem que ser feito urgente e não tem como [...] (Maria, 63 anos, avó, solteira).

[...] eh, uma que eu acho que é necessário. É, são duas aliás, fisioterapia e a fonoaudiologia, eu acho que é são duas. É tanto que eu comentei aqui com meus meninos, se eu tivesse condições eu contrataria um fisioterapeuta e uma fono, porque o que mais assim me doi muito é ele não poder nem se expressar né, dizer o que sente, que tá sentindo né. Realmente é terrível né [...] (Francisca, escolaridade médio completo).

O poder de compra é de extrema importância em um país capitalista, pois ele pode dirimir ou facilitar muitos determinantes que contribuam para a saúde e qualidade de vida. Em situações de fragilidade na saúde, fica mais evidente a necessidade de se ter acesso a serviços e tecnologias e, por conseguinte, uma maior necessidade financeira para poder pagar esses serviços. Maria, cuidadora de Felipe, manifesta essa dificuldade em ter acesso aos serviços quando fala que precisou retirar R\$ 400,00, de uma renda de um salário mínimo, para fazer os exames do neto, e ainda que esperam uma cirurgia simples de desbridamento de LPP há 3 anos. Francisca, cuidadora de um usuário com sequelas de AVE que não fala, declara a necessidade de acesso ao serviço de fonoaudiologia e que, se tivesse mais condições financeira, apesar de receber o auxílio saúde do esposo e seu salário de servidora pública, contrataria esse profissional.

Na ausência desses serviços e tecnologias e na impossibilidade de tê-los de maneira suplementar, Maria e Francisca vão vivendo a vida sem eles e sem ir em busca deles, aceitando o que lhes é oferecido. O atendimento à necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolongue a vida ainda é para poucos atores sociais. As tecnologias em saúde são muitas, mas o acesso a elas tem um caminho cheio de percalços e lutas. Na saúde, as tecnologias podem ser descritas por: Duras (são aquelas que permitem manusear todos os equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas); Leve-duras (são aquelas construídas a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica e a epidemiologia, e se dá quando se utiliza os equipamentos e medicamentos, mas no momento de usar o trabalho vivo em ato, por meio da interação com o usuário para com os imprevistos e suas singularidades); e Leves (são aquelas que permitem a produção de relações envolvidas no encontro entre o profissional e o usuário, mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos e de confiança) (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Como último sentido direcionado às necessidades de acesso a todas as tecnologias que melhorem ou prolonguem a vida está, exatamente, a ausência de acesso aos serviços de

saúde, vinculado pela falta da aplicabilidade das leis e políticas que regem os princípios doutrinários do SUS. Essa inaplicabilidade dos princípios ideológicos do Sistema de Saúde ocasiona segregação, excluindo dos cidadãos de classe menos favorecida o direito à saúde, levando à insatisfação que pode ‘alienar’ ou gerar ‘lutas hegemônicas’. Os excertos discursivos dos homens Luiz, Marcos, Leandro e da cuidadora Marta exteriorizam isso.

[...] às vezes o que me deixa sobre, é são os remédio que às vezes a gente quer ter aquele remédio, mas não consegue, né. Então, no caso essa pomada mermo minha, eu nunca consegui da prefeitura, essa pomada que é a veragel desmembramento [...] como os remédios do estado mesmo, eu tomo insulina de dois tipos. Eu só tô conseguindo já há três meses, só tô conseguindo uma insulina, um tipo e às vezes quando tem é a metade né. Aí atrapalha no andamento daí porque se a minha glicemia tiver alta, então também aí vai ficando difícil de cicatrizar [...] (Luiz, branco, católico).

[...] rapaz os serviços de saúde daqui desse posto, só a misericórdia. Aqui precisa mudar é tudo, é enfermeiro, é médico, é tudo [...] porque, doido, desde que eu fiquei doente de novo, mandei chamar o médico, o médico num vem. A enfermeira também não vem aqui, os agentes de saúde só aparecem quando querem. A médica também num vem, ninguém num vem aqui não [...] (Marcos, ex biscateiro).

[...] eu acho que é, assim, os órgãos públicos né devia se movimentar mais. As vezes a gente vai numa rede de saúde e aquilo que a gente quer que o médico prescrito, prescrito né, não tem. Então, a gente temos que tirar do nosso bolso porque hoje em dia com as coisas muito alta, aí é dinheiro pra isso, dinheiro praquilo e tudo mais, entendeu [...] (Leandro, 32 anos, paraplégico, solteiro).

[...] curativo, o certo era pá menina do posto vim também. Num vieram mai, nem médico nem nada, se num for o médico do SAD, tem que tá lá. Tá difícil demais esses médico aqui do posto, tem hora que chega estressa de tanto esse povo ir lá no posto. Porque ele, santo obrigatório devia pelo meno né, uma vez por mêi ou dua vez na semana pelo meno ver o curativo, porque tem que vim, só quem vem mais é o médico do SAD [...] cada dia mai ele vai piorando. Que Deus sulive até morrer por causa dessas perna dele, porque vai estrupindo né e já deu entrada num sei quantas vezes né e num foi chamado ainda. A saúde daqui é muito devagar viu [...] (Marta, morena, católica).

O SUS tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade; entretanto, sabe-se o quanto esses princípios estão tendo dificuldades de serem implementados. Não é nenhuma notícia sigilosa que o SUS e os serviços públicos de saúde têm passado por grandes transformações e dificuldades, que vão desde a falta de insumos e serviços até o comprometimento da gestão e falta de profissionais da saúde. Essas dificuldades foram elencadas de alguma forma pelos participantes desse estudo, como Luiz e Leandro, ao falarem sobre os obstáculos para terem acesso às medicações. Marcos e Marta, cuidadora de Ricardo, ao citarem a falta de acesso a profissionais que promovam a visita no domicílio, deixaram claro que não se trata do SAD, mas da intersetorialidade com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em decorrência do volume de recursos necessários para avigorar o sistema público da insensibilidade dos diferentes políticos para o tema da universalização da saúde, dos

movimentos de mobilidade social, dos valores propagados pelos segmentos sociais emergentes, da dimensão alcançada pelo sistema privado de saúde suplementar e das dificuldades em realizar reformas sanitárias no espaço macroeconômico do sistema de saúde, o cenário para os próximos dez anos é de lentas mudanças, com consolidação da segmentação do sistema de saúde, a ineficiência e a iniquidade do mesmo (MENDES, 2013).

Não obstante, na necessidade de acesso aos serviços de saúde encontra-se a necessidade de insumos, também correlacionada às necessidades de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida e necessidades de boas condições de vida. Os homens relatam a dificuldade em possuir determinados insumos indispensáveis ao atendimento das suas necessidades básicas de saúde, como a higiene sob as eliminações, remédios, material para curativos, entre outros. Eles deixam claro que a distribuição desses insumos era de responsabilidade do Estado como garantia de direito, mas que, no momento, são eles que estão comprando, mesmo com baixo ‘poder de compra’.

[...] as que tão sendo atendidas é o SAD, às vezes nem sempre tem os materiais [...] (Felipe, pardo, evangélico).

[...] no caso alguns materiais que poderia ajudar mais que não tem né, por falta do governo mermo. Eh! acredito que só alguns materiais, mas o resto, sou bem atendido, o pessoal da equipe é bacana [...] (Leonardo, solteiro, moreninho glacê).

[...] não, um ano não, já faz um ano e quatro meses que eu não recebo fralda. Recebi a fralda, passei seis meses recebendo. Então eu compro fralda, compro remédio que a médica passa, compro pomada que a médica passa. Então tudo sai do meu bolso né e um salário mínimo num dá pra nada [...] (Leandro, mestiço, evangélico).

[...] é necessidade também J, de material, porque fica muito difícil pra mim, fica muito difícil pra mim, porque eu não tenho condição. Material de J tem que comprar pumada, tudo [...] (Maria, cor de canela, do lar).

Atender as necessidades de saúde de homens em condições de limitação exige um cuidado singularizado, na qual, além da atenção, zelo e amor com que presta as ações do cuidar, os insumos têm sua relevância para que as necessidades sejam atendidas. Felipe e Leonardo falam da falta desses insumos representados por materiais (para curativos – NO), medicações e pomadas (Veragel para as LPP – NO). Leandro menciona a falta da fralda geriátrica, pois tem incontinência urinária decorrente de sua lesão raquimedular, assim como pomada para o curativo na LPP. Maria também sente falta de materiais para o curativo (NO), tendo que comprar as pomadas que o SUS, através do SAD, não tem disponibilizado.

Durante o processo da doença, os gastos com materiais, dietas e medicamentos são muito onerosos, um peso no orçamento familiar, levando a uma intensa procura por recursos oferecidos pelo sistema de saúde de forma gratuita, além da necessidade de criatividade e das

informações de vários profissionais para suprimento das demandas (POZZOLI; CECÍLIO, 2017). Mesmo com todas essas dificuldades de acesso aos insumos, ainda se percebe algumas facilidades para o acesso a materiais e recursos tecnológicos, como medicações, fraldas e insumos, quando na presença da assistência domiciliar (OLIVERIRA *et al.*, 2012).

O lazer foi visto por muito tempo como uma peculiaridade prazerosa apenas grupos sociais privilegiados, mas são esses grupos que determinam a classificação de necessidades de uma sociedade, baseada, é claro, em seu padrão de vida com alto ‘poder de compra’. Logo, ao compartilharem ideologicamente o lazer como necessário à saúde, os órgãos competentes à construção de leis e políticas que resguardam a saúde introduzem o lazer no universo das necessidades. Por acontecer esse fato, a necessidade de lazer passa a vigorar como uma necessidade social, conceito atribuído por Heller (1986). Assim, essa necessidade, que outrora se limitava aos grupos privilegiados, agora se estende aos grupos menos favorecidos.

O caráter dinâmico da produção material no capitalismo, bem como as possíveis modificações estruturais na sociedade, e a constituição de um “produto” (representado neste subcapítulo pelo lazer) que em um certo momento histórico era exclusivamente de necessidade apenas dos grupos privilegiados com grande ‘poder de compra’, pode se transformar em uma necessidade para os sujeitos dos grupos menos privilegiados, mas de uma mesma sociedade (HELLER, 1986; CHAVES, 2010).

Considerando nos discursos o lazer como uma necessidade, acredita-se que os homens, de quem os discursos foram provenientes, vivenciaram mudanças de paradigmas ideológicos no tocante à masculinidade deles, pois, quando se trata de masculinidade hegemônica, o trabalho é a única ferramenta de prosperar, excluindo desse convívio tudo que se contraponha a isso, como é o caso do lazer.

O atendimento das necessidades sociais, associado ao desejo de estar bem consigo mesmo, é a dimensão subjetiva pela qual os homens em AD relacionam com a conquista de sua saúde. Os discursos dos homens e cuidadores relacionam o lazer ao bem-estar social, o qual consiste não apenas na manutenção da vida, mas de uma vida agradável e feliz. A felicidade e a qualidade de vida estão relacionadas diretamente com a saúde (SHIRI, 2016).

Na análise dos discursos de Bruno e Ana, percebe-se a construção das relações sociais entre diferentes atores, para o atendimento das necessidades de saúde vinculado ao lazer. No discurso de Cristiane, identificam-se características discursivas peculiares ao padrão hegemônico de masculinidade, aquele que permite aos homens a soberania em suas saídas, desfrutando do álcool como instrumento que auxilia o prazer e, portanto, citado no discurso como lazer. Já no discurso de Luciana, a cuidadora assume um comportamento controlador no

lazer do homem, quando não o permite sair do domicílio, justificado pela ‘tristeza’ que ele sente ao resignificar sua vida nessa nova condição e durante a construção de suas relações sociais.

[...]eu vou andar né. De vez em quando eu dou uma volta na praia [...] vou mais meus amigo de carro [...] eu vou na praça, volto, fico em casa [...] (Bruno, moreno, teísta).

[...] de lazer, num tem muito né. Só tem quando sai de vez enquanto, aí meu cunhado vem buscar ele no carro, leva pra passear um pouquinho. Somente ficar um pouquinho lá de fora, fica vendo aí os negócio [...] (Ana, casada, evangélica).

[...] o único lazer que ele ver é esse aí, ir pro bar, porque os meninos só pega ele aqui pra beber. Se vão pra lá é pra beber, se vem pra cá é pra beber. Aí a única diversão que ele tem é essa, sair pros canto pra beber [...] (Cristiane, branca, evangélica).

[...] assim, geralmente quando ele sai que ver as pessoas andando, conversando, rindo, ele chega mais triste em casa. Então, às vezes eu prefiro que ele nem saia porque quando ele chega, ele chega mais baixo astral, mas [...] que ele ver né o pessoal andando e ele não poder fazer [...] mas quando sai que ver o pessoal andando isso, aquilo outro, ele já fica mais baixo astral, que ele num pode fazer também né [...] (Luciana, 35 anos, irmã, solteira).

As necessidades biológicas suscitam outras necessidades de caráter social. As necessidades de caráter social são superiores e motivadas pelas condições sociais de vida e podem incluir as necessidades de se relacionar com outras pessoas (COMBINATO; MARTIN, 2017). A necessidade social presente nos discursos de Bruno, Ana, Cristiane e Luciana é a de lazer, mas que também se associa à necessidade social de relacionar-se. Para eles obterem lazer, precisaram possuir uma rede de relações interpessoais tanto dentro quanto fora do seu microespaço.

O usuário com fratura de fêmur e esposo de Ana, bem como Bruno, estabelece relações interpessoais com o cunhado e amigos para poder ter o lazer de passear na praia e nas praças. Cristiane, ao falar do lazer de João, evidencia um discurso que remete a características da masculinidade hegemônica, como a soberania e a invulnerabilidade, ao retratar que as relações interpessoais de João com seus amigos são para levá-lo para beber nos bares. Apesar da condição de João, ele mantém arraigado posturas de padrões hegemônicos.

Luciana, que é irmã e cuidadora de Francisco, externa em seu discurso a preferência por não permitir que seu irmão mantenha o lazer por meio das relações interpessoais nos macroespaços, isto porque Francisco não aceita a sua condição que já perdura há 10 anos e, ao visualizar homens em situação diferente da dele, se irrita, se entristece e perde a vontade de viver pela sensação de impotência que o domina (NO). É comum o comportamento de irritação e sofrimento provocados pela impotência de alguém que tem dependência total; o sofrimento também se faz presente nos familiares de pessoas que dependem de cuidado a longo prazo (POZZOLI; CECÍLIO, 2017).

Nas falas dos homens José, Lucas e Bruno, verifica-se nas produções discursivas a tecnologia digital como artefato para o atendimento da necessidade de lazer. A tecnologia digital tem proporcionado aos atores sociais viajarem por universos distantes da sua realidade, mesmo para aqueles que seu ‘poder de compra’ jamais proporcionaria tamanho lazer. A tecnologia digital é a própria objetivação da globalização oriunda do capitalismo neoliberal.

[...] só assisto tv, jogo no tablet também [...] (José, escolaridade médio completo).

[...] que eu solicito é a internet, tv, filme, essas coisas assim [...] (Lucas, comanda o computador com os olhos).

[...] eu fico assistindo com minha irmã e depois fico deitado, só mexendo no celular mesmo, na internet [...] (Bruno, escolaridade fundamental incompleto).

Não importa que meio digital é utilizado, se televisão, tablet, celular ou computador, mas todos oferecem aos participantes deste estudo o atendimento de sua necessidade social de saúde, que é o lazer. Por intervenção de uma análise mais aprofundada, os instrumentos digitais, citados nos discursos de José, Lucas e Bruno, atendem além da necessidade de lazer, eles reportam a acessibilidade digital, tão importante para pessoas como esses usuários que possuem, respectivamente, perda da força muscular e paralisias, tetraplegia e paraplegia.

O mundo hoje é das tecnologias da informação e comunicação, em que todos os humanos, em qualquer lugar e a todo momento estão conectados à rede e interagindo com as pessoas e com o mundo no espaço digital. Contudo, a sociedade da informação, permite possibilidades de mudanças sociais positivas, mas também ambíguas e indefinidas. Dentre essas mudanças, encontram-se os desafios para permitir que todos os cidadãos tenham acesso a informações publicadas na rede mundial de computadores, independentemente de suas limitações perceptivas, cognitivas ou motoras (ARENHARDT *et al.*, 2017).

Para que os homens com limitações físicas consigam desfrutar do lazer e dos meios digitais de maneira equânime, enquanto atendimento de uma necessidade, a ‘macroestrutura social’ (Estado) precisaria garantir a construção e aplicação de políticas de inclusão e acessibilidade, com a finalidade de evitar a exclusão de alguns atores sociais.

[...] lazer, praticamente zero [...] ir pro aniversário. Imagine em quase dois meses eu só saí de casa duas vezes, é o que eu mais sinto falta [...] tem que se adaptar né. Por exemplo: aqui é um lugar muito ruim, por exemplo pra sair. Se eu quiser sair no andador as ruas não ajudam muito. A própria cadeira de rodas, entendeu. A estrutura num ajuda muito não [...] (Paulo, casado, evangélico).

As necessidades de socialização, acessibilidade e inclusão estão atreladas às necessidades de boas condições de vida, sendo imperioso destacar que, quando se trata de homens com limitações e em AD, para que seja possível a constatação de boas condições de vida, essas necessidades precisam ser vislumbradas como radicais. As necessidades “não conscientes”, conforme Heller (1986), se apresentam em uma categoria de ilustração para representar aquelas que não estão presentes para um grupo ou indivíduo, neste estudo para os homens sem limitação e, portanto, sem serem assistidos pela AD. As necessidades não reconhecidas, também chamadas de radicais, para Marx, são aquelas que, ao serem atendidas, os sujeitos têm que ter consciência delas e expressarem conhecimentos radicais, a fim de realizar mudanças profundas em seu modo de vida (HELLER, 1986).

As necessidades radicais, por vezes, podem motivar crises paradigmáticas, isto é, crises ideológicas, levando os atores sociais a refletirem sobre a sua existência e sobre as suas relações na sociedade. Toda crise leva à revolução e toda revolução ocasiona transformação. Assim, as necessidades radicais estão em constante movimento dialético com as demais necessidades naturais, necessárias e sociais. Considerando essa afirmativa, aceita-se que a natureza e a sociedade estão em constante movimento em que tudo se relaciona a uma permanente transformação e superação de contradições (KONDER, 1981).

Ter acessibilidade, ser incluído e socializar-se, é uma necessidade radical atendida. As necessidades radicais são as propriamente humanas e correlacionam-se à autonomia, autorrealização, autodeterminação, liberdade, atividade moral e reflexão (HELLER, 1986).

A necessidade de socialização está bastante explícita nos discursos dos homens Manoel e Ricardo, das cuidadoras Raimunda e Taís, perante as ‘afirmações de modalidade deôntica’ quando avalia as relações entre os atores sociais como necessidade.

[...] eu agradeço muito ao pessoal, eh! que vem aqui né [...] (Manoel, 49 anos, solteiro, paraplégico).

[...] se eu conseguisse essa plástica aí era outra coisa diferente. Ah! Com certeza. Porque a gente ia andar né, sentir esse ar é diferente né, passear, ver mais as pessoas. Isso dificilmente eu passear, às vezes eu passo três, quatro meses sem dá um passeio. Já por conta disso, agora reunião eu vou toda semana [...] (Ricardo, pessoense, possui LPP).

[...] ontem veio uma amiga dela aqui de muito tempo e foi vê-lo no quarto, quando deu chau ele tentou dar o chau, coisa que ele não fazia, num sabe, que a gente tá notando que ele tá melhorando [...] tentar conversar com ele né. Tentar fazer pergunta pra ver se ele, tem horas que ele responde, tem horas que não. Tem hora que ele diz meio grolado [...] (Raimunda, casada, branca).

[...] ele, às vezes ele sai, vai conversar com as menina, pra distrair a mente, ele sai pra distrair a mente [...] (Taís, 24 anos, irmã, solteira).

Socialização significa se integrar à sociedade. Socializar é o ato imperativo da socialização; é quando o sujeito se integra aos padrões culturais, políticos, econômicos da sociedade; é quando ele desenvolve o sentimento coletivo da cooperação social; é quando ele incorpora a vestimenta de um ator social que contribui para a transformação da sociedade por meio das relações que o permeiam.

Para os participantes desse estudo, como Manoel, Ricardo, Gabriel, cuidado por Raimunda, e Rafael, cuidado por Taís, socializar-se é uma necessidade radical, pela dificuldade que eles possuem em estreitar relações interpessoais entre os atores sociais que se encontram fora do seu espaço microssocial, por vários motivos, entre eles encontra-se o preconceito com os ‘diferentes’ e a falta de acessibilidade que possuem para adentrarem no universo fora do seu domicílio.

Pessoas como Manoel, Ricardo, Gabriel e Rafael têm seu direito garantido em Lei, pelo Decreto nº 3.298/99, que prevê que pessoas com deficiência permanente e que tenham uma redução na capacidade de integração social possam ter meios ou recursos necessários para receber ou transmitir informações importantes ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 2010). Isto é, possam socializar-se!

A necessidade de inclusão e acessibilidade está moldada nos discursos da cuidadora Marlene e dos homens Leandro e Carlos, também por intermédio das ‘afirmações de modalidade deôntica’, exprimindo necessidades. Este estudo admite que, para o atendimento dessa necessidade, é essencial que ocorram profundas mudanças que vão desde alterações físicas às relacionais, dentro do micro e macros espaço. Os excertos dos discursos abaixo retratam essas necessidades.

[...] aí mandei fazer esse negócio aí pa descer, pa ele descer, ficar mió de descer. Quando chega gente pa ele abrir o portão quando tá só. Ajuda pó banheiro, ajuda pá comida [...] (Marlene, 61 anos, mãe, solteira).

[...] o que precisa melhorar, eu acho que é, vou levando assim pro lado da acessibilidade. Como eu falei sobre a qualidade de vida. A gente que somo cadeirante, muitas vezes a gente disputa espaço com carro por causa das calçadas. A lagoa ficou muito bonita, mas em questão de acessibilidade tá precário, porque tem alguns locais lá que são ondulados. Pra cadeirante é horrível [...] (Leandro, escolaridade fundamental completo).

[...] é você vê dificuldade pra cadeirante, é só andar em João Pessoa, em João Pessoa não, no Brasil inteiro. Que é a rampa num tem, essas coisas num tem, aí [...] (Carlos, portador de lesão medular).

Nas sociedades capitalistas, tanto o sistema de exclusão quanto o sistema de desigualdade são formas de domínios hierarquizados e estão presentes a todo instante na vida de uma pessoa com limitações físicas, cognitivas ou perceptivas. A exclusão e a desigualdade

se apresentam desde os recursos materiais a humanos, ou seja, a incapacidade que os macroespaços possuem para receber essas pessoas, a exemplo da falta de rampa de acessibilidade nas calçadas de praças, praias, escolas, mercados; no transporte público sem espaço para os cadeirantes; até os atores sociais que excluem de suas vistas as pessoas com diferenças, não se relacionando com elas.

A acessibilidade é de extrema importância para a inclusão social. Leandro e Carlos, que são cadeirantes, falam da acessibilidade nos macroespaços como as rampas para cadeirantes. Já Marlene, que cuida de seu filho Gabriel, refere-se à acessibilidade no seu microespaço, à medida que enfatiza a adaptação de sua casa com uma rampa de acessibilidade. Promover a acessibilidade é permitir que esses homens voltem a se considerar atores de uma história transformadora da sociedade, é permitir que eles se sintam atores da sua própria história de superação na vida.

A acessibilidade é conceituada como a associação à filosofia do desenho universal, em que uma arquitetura orientada para a diversidade humana é concebida, buscando respeitar a necessidade específica de cada ser humano e favorecer a realização de diversas atividades do cotidiano, com autonomia, independência, segurança e conforto (CORRÊA, 2014; GRADAÍLLE; CARIDE, 2016). Os direitos fundamentais de todas as pessoas passam pelo acesso a um conjunto de serviços básicos que garantam a plenitude pessoal como seres humanos (VILLORIA; FUENTES, 2015). A primeira etapa para conseguir a acessibilidade se origina com o reconhecimento desses direitos fundamentais de maneira equânime, a fim de evitar situações de discriminação e exclusão.

A exclusão é o avesso da inclusão. Estar incluído socialmente é direito de todo cidadão; assim, as políticas públicas de inclusão social têm por finalidade desenvolver ações de participação social e combate à desigualdade, exclusão ou restrição que impeçam o exercício de direitos, em igualdade de condições (BRASIL, 2013f). Para pessoas como Leandro, Carlos e Gabriel, são necessárias atitudes que assegurem o apoio e não permitam que ocorra discriminação baseada nas suas condições físicas e que os afastem da sociedade.

Este subcapítulo discutiu os achados empíricos sobre as necessidades de saúde, aqui consideradas como contra-hegemônicas à masculinidade dominante. Foram analisados os discursos dos atores sociais, homens e cuidadores, sobre a relação com os objetos de suas necessidades de saúde ou externas ao ser humano, como a moradia, os insumos, os serviços de saúde e a acessibilidade; ou em relação às internas, livres e espirituais, como o conhecimento, a religiosidade, a gregária e a socialização.

Neste entendimento é que se deve refletir sobre as necessidades de saúde dos homens em AD, tanto em relação aos meios de produção como à cultura que os diferenciam dentro das relações de gênero, distanciando-os das práticas de cuidado e dos objetos de suas necessidades de saúde. Em se tratando das práticas de cuidado, o capítulo a seguir trará reflexões sobre essa temática junto aos homens em AD.

CAPÍTULO 7

**OS DIFERENTES CONTEXTOS NA CONCEPÇÃO DO CUIDAR: A
REPRESENTAÇÃO E A REPRODUÇÃO NAS PRÁTICAS**



O capítulo anterior versou sobre as necessidades dos homens com problemas de saúde, em sua grande maioria, decorrentes de viver a vida pautada nos padrões de masculinidade hegemônica, acarretando em uma vida com limitações por sequelas e doenças crônicas, tendo as suas necessidades de saúde diferenciadas e assistidas no domicílio. Essas necessidades delinear-se desde aquelas tidas como naturais (existenciais), necessidades de boas condições de vida, até as necessidades radicais e de garantia de acesso a todas as tecnologias que prolonguem a vida. O capítulo evidenciou a permanência das necessidades biológicas e fragmentadas, mas enalteceu a importância das necessidades pautadas em novas ideologias, direcionadas por padrões de masculinidades contra-hegemônicas. São nessas necessidades que se ancora a imprescindibilidade de significar os homens, nas suas masculinidades e numa perspectiva de gênero, a fim de contribuir com um olhar direcionado para as práticas do cuidar visando à singularidade desses homens em AD.

As concepções de gênero definem diferentes modos de cuidar da saúde e, no prisma das masculinidades, as práticas de cuidar da saúde são vivenciadas com bastante dificuldades. Essa afirmativa pode se associar às representações identificadas no material empírico deste estudo, que foi disposto neste capítulo. Os participantes do estudo, homens e cuidadores, incorporavam sua representação de gênero com as questões de saúde e as condições socioeconômicas, não se restringindo apenas aos cuidados direcionados às necessidades de saúde dos homens.

Este capítulo discutiu sobre as práticas dos cuidados prestados aos homens no domicílio, a fim de atender as suas necessidades de saúde. As necessidades de saúde são atendidas por meio das práticas de saúde dos sujeitos e dos atos de cuidar socialmente construídos e manifestados. Os produtos dos atos de cuidar terão valor de uso ou contemplarão as necessidades de saúde de diferentes grupos de atores sociais que, de maneira dialética, modelam a atenção à saúde. Esses atores são produtores e portadores de necessidades, grupos que dominam os modos de saber fazer em saúde e instituições legítimas, como o governo (MERHY, 2002).

Torna-se imperioso destacar que, segundo Fairclough (2016), as práticas são ‘maneiras habituais’ em tempo e espaços particulares, pelas quais os sujeitos aplicam recursos materiais e simbólicos, para agirem em coletividade. Dessa forma, as práticas são construídas na vida social, por meio das ações e moldadas por domínios econômicos, políticos e culturais, incluídos e compartilhados na vida cotidiana, e essas práticas são articuladas para construir redes. As redes são sustentadas nas ideologias firmadas nas relações sociais de poder e estão ligadas a lutas hegemônicas. É nesse contexto que se inserem as práticas do cuidado, realizadas

pelos cuidadores, bem como pelos homens em atenção domiciliar, ao serem analisadas pela ACD e externadas nos discursos dos participantes deste estudo.

Para tanto, após a análise do material empírico, foram apreendidos alguns efeitos nas três dimensões e que foram descritos da seguinte maneira: Na *dimensão textual* da ACD, ao analisar os discursos dos entrevistados foram avaliados o *vocabulário* e a *coesão textual*, com os efeitos de: *avaliações afetivas*, *coesão por conjunção*, *afirmações com modalidade deôntica* e *processos de transitividade*. Atribuíram-se aos discursos, por meio da análise textual, os significados *identificacional* e *representacional*.

As avaliações afetivas são um tipo de avaliação explícita, no qual existem afirmações com processos mentais afetivos que envolvem eventos psicológicos, como reflexões, sentimentos e percepções. É importante lembrar que os processos de transitividade têm a função ideacional na linguagem, relacionada às maneiras como se experienciam e representam o mundo, utilizando de grupos verbais, adverbiais e até nominais para efetivar essa função (VIEIRA; RESENDE, 2016).

Na dimensão da *prática discursiva*, a análise dos discursos se efetivou pela: *intertextualidade*, *interdiscursividade* e *diferenciação*. É nessa dimensão que as ações habituais são postas no campo social, através das lutas hegemônicas determinando atitudes, condutas e comportamentos conhecidos como dominantes, que não só representam um mundo (sociedades), mas constroem e constituem um mundo com significados, perante as relações sociais, as identidades dos sujeitos, os conhecimentos e as crenças propagadas.

Na dimensão da *prática social*, consolidou-se a análise dos discursos com os efeitos da: *ideologia*, *hegemonia*, *luta hegemônica* e *alienação*. Nota-se que o julgamento de quanto uma representação é ideológica só pode ser realizado pela análise da consequência causal dessa representação em áreas específicas da vida social, posto que, é por intermédio da análise de como as validações decorrentes dessa representação contribuem na sustentação ou na transformação de relações de dominação (RESENDE; RAMALHO, 2006). Nesse pensamento, se firma as relações entre cuidador e ser cuidado, emanados por ideologias consensuais ou não, numa relação de poder entre quem domina e quem está sendo dominado, na busca do atendimento das necessidades de saúde, por meio das práticas do cuidado.

Os homens fecundados pelos padrões ideológicos hegemônicos ainda manifestam dificuldades em se reconhecerem como vulneráveis, posicionando-os em uma situação ‘alienada’ em relação ao cuidado com a saúde; assim, essa condição masculina torna-se uma barreira substancial para que eles manifestem necessidades no que diz respeito à saúde. As necessidades de saúde acabam sendo pouco reconhecidas socialmente por vários determinantes

que vão desde as concepções sociais de masculinidade ligadas à invulnerabilidade, até a ausência de participação dos órgãos legitimadores dessas necessidades de saúde. Quando se direciona essa reflexão ao objeto desse estudo, representado pelos homens em AD, é que se sente o peso para o discernimento dessas necessidades, seja pelos órgãos legitimadores, pelos trabalhadores formais, pelos cuidadores e até mesmo pelos próprios homens.

A dificuldade em identificar o que esses homens precisam para ter suas necessidades de saúde supridas acarreta na limitação de atendê-las frente à execução de cuidados. Ao retratar o cuidado nos dados empíricos coletados, aciona-se o feminino praticamente como sinônimo. Essa característica do feminino nas práticas do cuidado é peculiar às ideologias hegemônicas, que foram construídas e repassadas socialmente como naturais. A naturalização é uma estratégia ideológica, na qual se considera aquilo que é construído socialmente como se fosse independente da ação humana (THOMPSON, 2011).

Essa relação do feminino com o cuidado também está associada às relações de gênero, não podendo deixar de considerar que esta função da mulher de cuidar, prover afeto e carinho, dentro da família, consagrou-se na sociedade capitalista pelas masculinidades hegemônicas (OLIVEIRA, 2004). A relação do feminino com o cuidado e o afeto pode ser visualizada nos discursos das cuidadoras Maria e Sandra, através das ‘avaliações afetivas’ que externam sentimento, representada pelos verbos ‘preocupar’ e ‘fazer’.

[...] pra cuidar de J, eu lavo roupa de J, eu faço comida pra J, eu me preocupo com as horas dos medicamentos de J, eu me preocupo com a hora de J acordar, com a hora de J se alimentar. Me preocupo com a hora de J dormir, me preocupo quantas horas ele tem que passar nessa cadeira, que ele não pode demorar, me preocupo pra J deitar e ficar virando pra um lado e pra o outro. Essas coisas [...] (Maria, escolaridade fundamental incompleto).

[...] eu faço a parte de mulher, de ser dona de casa, cuidar dele, tudinho [...] (Sandra, parda, católica).

A preocupação está denotando cuidado com zelo, amor, tratar bem, pois Marta, avó e cuidadora do jovem Felipe, exterioriza a todo momento no seu discurso essa preocupação em cuidar de seu neto, que é paraplégico e dependente dela para alguns cuidados. A benevolência envolvida pelo amor para com o outro pode ser considerada como a plausibilidade extrema de executar um cuidado verdadeiro (WAKIUCHI *et al.*, 2016). O amor e a dedicação são atributos direcionados aos sujeitos por seus familiares que cuidam de maneira incondicional e aprendem a conviver com a doença ou a condição crônica (PINTO; NATIONS, 2012).

Sandra, cuidadora de seu esposo Luiz – diabético insulino dependente –, mostra em seu discurso a construção histórica do cuidado vinculado à relação de poder entre os gêneros,

em que a mulher foi criada socialmente para dedicar-se, cuidar e amar; enquanto os homens foram construídos nas ideologias contrárias a essa. Numerosos são os exemplos citados para demonstrar a dicotomia secular existente entre menino e menina, homem e mulher: rosa, de menina, e azul, de menino; menina é delicada, sensível e expressa seus sentimentos e emoções e o menino deve ser forte, valente e nunca chorar; mulheres devem preservar sua imagem sendo recatadas e caseiras e os homens devem ser aventureiros, garanhões, comprovar sua masculinidade; a mulher deve fidelidade, dedicação e obediência ao marido, sendo uma boa esposa, mãe e dona de casa e o homem deve exercer a autoridade e ser o provedor do lar (SILVA, 2015b).

O discurso de Sandra também alerta para a construção do cuidar como característica naturalizada e exclusiva das mulheres. O cuidado, visualizado na perspectiva do gênero, explicita a opressão sobre o feminino reproduzida pelos estereótipos que especificam as mulheres como cuidadoras naturais (PIRES; FONSECA; PADILHA, 2016).

É importante destacar que as relações entre homens e mulheres não devem ser visualizadas apenas como produtos de construções ideológicas anteriores, firmadas nas dicotômicas relações de poder entre esses gêneros, mas elas são resultado de construções sociais ao longo dos tempos. Levando isso em consideração, nas relações interpessoais familiares, diante da particularidade do cuidado a pessoas doentes e em condições crônicas, por membros familiares, a relação mulher/homem doente está firmada em regras que não são fixas para a compreensão e autoria do papel feminino, em especial da companheira, no cuidado ao homem doente, isso porque existe um contexto sociocultural que modula a inclinação para o cuidado ou para o não cuidado, que vão além das relações de poder e de gênero (ARRUDA; MARCON, 2016).

As ‘avaliações afetivas’, na dimensão textual da ACD continuam presentes nos discursos de Benedita, Natália, Rita e Susana, ao expressarem o sentimento maternal pelos homens, aqui representados no papel de filhos, materializado no ato de cuidar. Na avaliação discursiva das cuidadoras, o feminino aparece como sinônimo de mãe e pessoa idealizada para realizar o cuidar. Além das avaliações afetivas, destaca-se a ‘intertextualidade’ nos discursos das cuidadoras, mediante os interdiscursos masculinos usando os termos “mainha” e “mãe”, destacados abaixo nos discursos de Benedita, Natália e Rita.

[...] ele ficando bom daquilo alí, é o que eu mais queria. Eu não tenho preguiça de nada, a hora que ele me chamar: mainha, eu tô vindo. Os menino do salão mermo manga: mainha, aí mainha corre, mainha, aí mainha corre (risos). Mainha venha cá, mainha vem, mainha deixa tudo lá e corre [...] (Benedita, mãe, do lar, testemunha de Jeová).

[...] constantemente, tanto faz ter gente aqui como não, ele só chama por mim. Enquanto eu entro no banho. "mainha, mainha, mainha", tá entendendo, então/ durante da noite ele acorda, num chamo ninguém, eu mesmo resolvo só. Tá entendendo, e assim eu vivo pra ele [...] (Natália, mãe, parda, católica).

[...] tudo dele, ele tenta resolver só, agora quando eu tô aqui não. Ele vai me diz: mãe me dê um copo com água, mãe bote o ventilador, que hoje eu nem botei, ainda vou botar o ventilador aqui. Pra fazer a fisioterapia quando ele tá com a fisioterapeuta ele faz tranquilo. Mas comigo ele já chama [...] (Rita, mãe, parda, evangélica).

[...] eu sei o que é que ele come e o que ele gosta né, eu preparo, aí já boto o copo com água, coloco o copo com o suco, ele só faz comer, entendeu? Eh a água, eu levo, dou a ele a água ali, B. num vai na geladeira pra pegar água, então ele também não precisa nem tá pedindo pelo fato de a gente saber que ele necessita tomar bastante água, então a gente fica na cola, ou uma ou outra [...] mas eu vou lhe dizer uma coisa, hoje eu bato no peito e digo assim: nunca deixei meus filhos na mão de ninguém. Pra dizer assim: não fulano passou uma noite de sono, perdeu uma noite de sono por causa do filho de L. Você tá entendendo? Porque o filho é meu, eu cuido disso [...] então assim, é como eu digo, o F. o cuidado é meu, num dou esse papel a ninguém, é meu mesmo e eu quem cuido [...] então assim, eu não vejo é a higiene dele sou eu quem faço. A barba, até o cabelo dele quem corta sou eu ((risos)) eu tenho a máquina. Eu quem corto o cabelo dele, faço a higiene, entendeu? Tudo. Então ele não confia em ninguém pra fazer nada [...] (Susana, mãe, parda, evangélica).

Como foi dito anteriormente, algumas ‘ideologias’ são reproduzidas, perpassando gerações e chegando à contemporaneidade reconhecidas pelas famílias como atuais. Isso pode ser visualizado na ideologia do feminino para o cuidado. O padrão masculino também está vinculado a esse transcender gerações, em que o homem provê a família financeiramente, através do trabalho. Connell (1995) afirma que as masculinidades vinculadas à família tradicional eram uma forma que remetia às questões de gênero da história recente. “A família se caracteriza por um sistema complexo e dinâmico que é produto de influências socioculturais, mas que produz diferentes respostas às experiências vivenciadas pelos seus membros” (ARRUDA; MARCON, 2016, p. 299)

A influência sociocultural nas famílias incorpora nas mães a responsabilidade do cuidado maternal para com os seus filhos. Esse cuidado fica ainda mais exacerbado quando esses filhos, independentemente da idade, possuem alguma doença, condição crônica ou limitação, carecendo de cuidados específicos. Essa conformação é visualizada nos discursos de Benedita, ao falar do cuidado ofertado a seu filho Ricardo de 46 anos; e Rita, quando se refere ao seu filho Paulo de 33 anos.

Natália ainda enaltece grandiosamente quando fala que seu cuidado maternal ultrapassa determinados limites ao ponto de viver em função desse jovem rapaz de 27 anos, que possui sequelas de um TCE e encontra-se acamado. Para os cuidadores, principalmente para as mulheres que cuidam, as relações de cuidado reconfiguram os seus modos de sentir e de viver, o que transpassa a possibilidade de se descuidar para cuidar do outro (ARRUDA; MARCON, 2016). Susana é mãe e cuida de seu jovem filho que tem hidrocefalia, ela é divorciada e mora

com a mãe. Apesar de ter o apoio maternal, ela traz para si toda a responsabilidade com seu filho, sem transferir ou compartilhar em nenhum momento esse cuidado.

Essa atitude de Susana em cuidar incondicionalmente a coloca em posição de orgulho por ser assim. Muitas mulheres assumem sozinhas esse cuidado dos filhos por escolha, por carregar o conceito ideológico de que, por serem mulheres e mães, são elas as responsáveis pelo cuidar. O “viver para cuidar”, ou seja, a adoção pelo cuidado, torna-se uma realidade demonstrada nos depoimentos de cuidadores, nos quais a vida passa a ser a vida do ser sob cuidado; e, nesse contexto, não é permitido que eles olhem para si mesmos (OLIVEIRA; CALDANA, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2017).

Essa ‘ideologia hegemônica’ de que o cuidar é feminino e o produzir/trabalhar é masculino, também pode ser vista como a ideologia dominante no que se refere ao conhecimento ligado ao cuidar, ancora-se na representação de que quem domina o saber são grupos de profissionais, ou seja, aqueles que estudam as ciências da saúde. Entretanto, Merhy (2002) destaca que, mesmo que um grupo ou indivíduo não fosse reconhecido como portador do saber tecnológico, isso não queria dizer que ele não possuísse certos saberes para agir na esfera da saúde. Isto é, não é porque um grupo não contempla o lugar formal que ele seja desguarnecido de governabilidade para transformar as práticas de cuidado. Os cuidadores informais, como visto nos dados empíricos deste estudo, podem compor esse grupo referido anteriormente.

A propósito, Mehry (2002, p.8) enfatiza que, “sendo profissionais de saúde os que dominam o território tecnológico de produção dos atos de cuidar, podem condicionar, ou mesmo determinar, as formas de representação dos usuários sobre suas necessidades”. Se os profissionais podem determinar a representação das necessidades, eles também podem definir a representação do cuidado. Isso pode ser visto nos discursos do usuário Paulo, das cuidadoras Raimunda e Marta, representado nos vocábulos ‘enfermeira’, ‘hospital’ e no pronome ‘eles’.

[...] pela minha esposa num ter experiência né. Ela fazia da forma que ela viu as enfermeiras fazendo no hospital, mas não é uma coisa habilitada pra ser feito [...] (Paulo, escolaridade em nível médio completo).

[...] ele tem um comezinho de escara aí [...] é porque a enfermeira do SAD veio aqui e me mostrou como era que tinha que fazer. Eu faço, na hora do banho dele [...] (Raimunda, escolaridade em nível médio completo).

[...] eu vi fazendo né lá no trauma, eles fazem ensinando como é botar a luva, como é que alimpava, eu ficava olhando né. No começo me dava tontura porque era muito fundo, o buraco era assim nas costa dele e tem outra aqui de lado, depois eu fui me acostumando e comi a alimpar. Fazer o curativo dele direitinho. Eu lavava com soro, com sabão neutro né pa lavar, lava com água e o sabão neutro e adepoi lava como soro, enxuga e vai colocando a pomada. Agora o que é caro é a pomada que é [...] é

noventa reais viu. Se for pra viver só do salário dele, num dá pra viver não, que é só de pomada bem dizer [...] (Marta, do lar).

A cuidadora Raimunda cuida de seu esposo que vivencia a rotina da doença Alzheimer; bem como Marta, que também cuida do esposo Ricardo. Ambas declaram que aprenderam a realizar o curativo nas LPP de seus esposos por intermédio das enfermeiras do SAD e do hospital que ele ficou internado. Elas falaram com muita atenção e transparecendo que esse conhecer, que esse aprender não foi travado por disputa entre os saberes científico e popular, mas de maneira complementar (NO).

Paulo – usuário da AD e necessitado de cuidados, por exemplo, para se sentar na cadeira de rodas – para higienizar-se e trocar os curativos em suas LPP, fala da experiência que sua cuidadora teve ao aprender esses cuidados, por meio da observação que ela fazia das enfermeiras hospitalares executando. Salienta-se que o discurso de Paulo atribui o cuidado à mulher, à esposa e, em momento algum, ele fala do cuidado realizado por ele e para ele.

O homem socialmente hegemônico não considera para si o cuidado como uma atividade, uma ação necessária à sua produção na vida, sendo esperado que eles assumam uma posição passiva ou ‘alienada’ em relação a essa prática do cuidado. No caso dos homens com problemas de saúde que limitam e incapacitam, como são os homens em AD, essa passividade e alienação ainda são mais evidentes, pois eles se retratam como: sem autonomia, impossibilitados de cuidar de seu corpo e de resolver problemas de saúde, às vezes atribuindo esses significados à falta de recursos financeiros, à sua condição de vida, e transferem as responsabilidades de modificar a vida a outras pessoas do cerne familiar, que, em grande parte, são os seus cuidadores.

Destarte, é comum que os homens que compõem o grupo dos entrevistados, quando admitem que precisam melhorar o cuidado com a saúde, reconhecem que necessitam de ajuda, apoio e, de certa forma, desloquem essa responsabilidade para outra pessoa que está centrada na imagem do cuidador (neste estudo, apresenta-se como mulheres adultas ou idosas, casadas, com baixo nível de escolaridade, cônjuges ou mães, pardas, cristãs, do lar, que residem com o ser cuidado e dispensam tempo integral para assisti-los). Os cuidadores do estudo possuem baixo nível de escolaridade, como relatado nos discursos e observado na linguagem e em suas práticas no cuidar (NO). Essa característica dá aos cuidadores a convicção de que eles necessitam seguir como regra o cuidado, denotando a aceitação de práticas de cuidado fragmentadas, com horários e sequência imutável.

Se as necessidades forem vistas como fragmentadas e biologistas, as práticas do cuidado para atender a essas necessidades também serão vistas dessa maneira. A respeito disso,

encontra-se uma segmentação social do cuidado enquanto trabalho estabelecido pela histórica divisão sexual, em que, para as famílias patriarcais, ainda encontradas nos dias atuais, o homem é o provedor da família e à mulher é conferido o cuidado maternal, do lar e dos esposos. Como diz Engels (2014), a mulher cumpre os seus deveres no serviço privado da família, fica excluída do trabalho social e nada pode ganhar; e, se quer tomar parte na indústria social e ganhar sua vida de maneira independente, lhe é impossível cumprir com as obrigações domésticas.

A família individual moderna ancora-se na escravidão doméstica, franca ou dissimulada, da mulher. Hoje, na maioria dos casos, é o homem que tem que ganhar os meios de vida, alimentar a família, pelo menos nas classes possuidoras; e isso lhe dá uma posição dominadora, que não exige privilégios legais especiais. Na família, o homem é o burguês e a mulher representa o proletário (ENGELS, 2014). De maneira análoga, as cuidadoras – mulheres, mães, esposas e domésticas – apresentadas neste estudo encontram-se alienadas na prática do cuidar, ao adotar para o seu cotidiano, diuturnamente, as práticas de mecanizadas, repetitivas, sem reflexões, sem retorno, e, para elas, como obrigação arraigada à condição de sua existência enquanto ser feminino.

O cuidado na qualidade de trabalho, subjugado à histórica divisão sexual, desempenhado pelas mulheres como práticas diárias, em dias semanais, sem respeitar feriados, finais de semana, ou, ao menos, intervalos para descanso, acomoda a cuidadora a uma vida que, para elas, traz em seu arcabouço a ideia de escravidão. Muitas cuidadoras, ao falarem da rotina do cuidado, respiravam profundo, balançavam as cabeças como sinal de negação, externavam em suas faces o cansaço e a tristeza, falavam que gostariam de sair, falavam que precisam de férias e que se sentiam sobrecarregadas (NO). O cuidado, para Boff (2017), pode ser validado como o “modo-de-ser-trabalho”, por possuir a forma de interação e de intervenção.

O processo de industrialização do século XVIII caracterizou-se pela ditadura do “modo-de-ser-trabalho” como intervenção, produção e dominação. Essa ditadura do “modo-de-ser-trabalho-dominação”, masculinizou as relações, concedeu espaço para o antropocentrismo, o androcentrismo, o patriarcalismo e o machismo. O trabalho não é mais relacionado com a natureza, mas com o capital, a partir do qual as pessoas vivem escravizadas pelas estruturas do trabalho produtivo, racionalizado, objetivado e despersonalizado (BOFF, 2017).

O irrestrito progresso do sistema capitalista de produção lança o trabalho feminino em um processo de marginalização das mulheres, levando-as ao trabalho parcial ou à posição exclusiva de dona de casa. A imagem da dona de casa, do lar, da família de classe trabalhadora seria o produto mais conclusivo desse progresso, afinal, elas são afastadas do mundo produtivo. Assim, a mulher ficaria relegada às tarefas da reprodução, aquelas que produzem e reproduzem

as gerações atuais e futuras de trabalhadores assalariados (ALVES, 2018). No contexto deste estudo, a família, composta pelo homem e sua cuidadora, tem na sua relação familiar o cuidado diário enquanto atividade desempenhada como trabalho, firmado na divisão sexual. A seguir, os discursos dos cuidadores Terezinha, Josefa e Mariana são destacados para clarificar essa contextualização.

Na análise textual do discurso de Terezinha, identifica-se a ‘coesão por conjunção’, ao utilizar o conectivo ‘porque’, com efeito de vínculo entre as duas orações, e realçando a oração subsequente. De uma maneira geral, todos os discursos de Terezinha, Josefa e Mariana, com o seu texto, tornam-se ‘afirmações com modalidade deôntica’, ao configurarem discursos que exprimem obrigação. A dimensão da prática discursiva no discurso de Josefa e Mariana apresenta ‘interdiscursividade’, perceptível pela presença de interdiscursos técnicos e biólogos, representados pelos vocábulos ‘escaras’, ‘luvas’, ‘equipo’ e ‘sonda’. Ainda na análise da prática discursiva de Mariana, identifica-se a ‘diferenciação’ no momento em que a cuidadora e esposa diferencia o homem que antes era esposo e atualmente é alguém que ela cuida e infantiliza, atributos que o homem, enquanto marido com ideologias hegemônicas, jamais aceitaria.

[...] eu troco fralda dele, eu dou água, porque a gente sabe a hora que a pessoa tá necessitando da água né também. Eh o banho é só uma vez, porque eu não posso com ele pra tirar da cama pra dá banho. Se precisar eu, fazer um asseio, eu faço né, em cima da cama e trocar a fralda na hora certa e se ele pedir alguma coisa eu também faço o que ele pedir também [...] ele toma banho no banheiro, vai na cadeira do banho né, a cadeira do banho e meu marido que dá banho nele. Aí depois (risos) depois coloca na cama e coloca a fralda, ele não fica de roupa não porque, até porque é calor né. Fica só de fralda, tudo limpinho, os pano lavado todos os dias [...] antes do almoço, porque ele come papa. Ele come o café da manhã, sempre eu mudo né, uma vitamina, tudo eu mudo assim. Então, depois do café lá pras nove horas tá com sede né, e o almoço ele gosta até cedo, 11 horas ele já tá olhando assim, olhando assim. Eu disse tá quase pronto. Antes de meio dia, todos os dias pode vir aqui que já tem almoçado. Aí depois do almoço, também ofereço água e troco ele, das necessidades que precisa né [...] (Terezinha, católica, do lar).

[...] pode ser 24 porque eu, todo os cuidado dele é comigo né. Pá sentar, pá fazer curativo, pá da comida, pá da água, tudo é comigo, tudo é comigo [...] os cuidado é só higiene né, então higiene cuidar, da banhe, fazer o curativo, agora que piorou que deu essas escaras, essas coisa todinha, ter cuidado assim na comida, na roupa na nos lençóis, nas coisas né, no curativo, mesmo sem poder tem que usar as luvas tudo direitinho com cuidado né porque comprica [...] (Josefa, parda, do lar).

[...] ah de manhã é da alimento dele, da remédios né, fralda quando ele tá mijado, aí quando é de duas horas a gente dá o banho, e ele come de três em três horas né, então é comida, é remédio, é medicamento que ele toma, quer dizer. A minha vida é só [...] a gente, o remédio eu desenvolvo na água na água, aí coloco pela seringa na sonda, e a alimentação dele também, tem umas que vem pronta na caixa que a gente recebe né, a dieta dele ideal e outras é eu que faço, bato no liquidificador porque é duas alimentação que ele come. Uma é que eu bato a massa e ao outra já vem pronta. Aí eu boto o equipo e fica pingando né ele fica comendo e depois que termina eu lavo com água a sonda e fecho a sonda e pronto. Aí a gente dá o banho nele, eu dou né, assim

na frente, lavo o cabelim e faço tudo. Aí depois vou pra outro lado, viro ele pra ela lavar as costas dele, cabelo bumbuzinho né aí depois a gente hidrata, passa hidratante, aí seca a cama, tudinho, bota a fraldinha [...] (Mariana, escolaridade médio completo, desempregada).

O modelo biologista que mecaniza e rotiniza a prática do cuidado ainda está presente no cotidiano de quem cuida, independente de serem profissionais habilitados para isso ou se cuidadores informais, representados neste estudo pelos familiares, afinal eles aprenderam reproduzindo a maneira daqueles que dominam o saber científico. Tanto essa afirmativa quanto a evidência do cuidado para atender às necessidades biológicas e fisiológicas, são reconhecidos nos discursos de: Terezinha, cuidadora do irmão com AVE, HAS e paraplegia após queda de cavalo; e Josefa, cuidadora e mãe de Carlos.

A participante Mariana é cuidadora de seu esposo, que convive há alguns anos com Síndrome de Wilson, ela, ao falar sobre o cuidado intenso e detalhado que oferece a seu esposo, explicita no seu discurso que as práticas desempenhadas durante o cuidado ofertado para atender às necessidades de saúde dele tornam-se rotinizadas e fragmentadas. O discurso de Mariana ainda revela que, durante o cuidado, existe uma inversão de papéis no sentido de que infantiliza o marido, como se fizesse com um filho, realizando uma inversão em relação ao cuidado com amor entre homem e mulher para o cuidado com amor maternal. Também foi revelado em seu discurso que ela compartilha o cuidado com sua sogra. As mudanças provocadas pelo processo de adoecimento podem ocasionar crises, especialmente devido ao estresse desenvolvido pela mudança na rotina familiar, levando à inversão e divisões de papéis familiares (MATTOS *et al.*, 2016).

A rotina do cuidado é árdua, duradoura e intensa para o cuidador, o que leva à reflexão de que eles também precisam de cuidado, que precisam ser vistos como alguém que vive e tem necessidades, entre elas o lazer, o sair, e por que não dizer a liberdade? É importante o reconhecimento de que os cuidadores necessitam ter algum tempo livre para descanso ou lazer, a fim de promover a saúde física e mental, mesmo diante das dificuldades como a falta de tempo (POZZOLI; CECÍLIO, 2017).

Ao mesmo tempo em que os cuidadores externavam toda a lamentação por aquela rotina árdua, eles se colocavam em uma posição de ‘luta contra aquela ideologia hegemônica’ que os dominava na experiência do cuidado como trabalho. Eles externavam de forma dialética – através da linguagem e dos atos, além dos sorrisos nos rostos (NO) – a satisfação em cuidar para que o homem, o ente querido, tivesse as suas necessidades de saúde alcançadas e, com isso, pudesse andar melhor a vida. Nesse trajeto, torna-se imperativo a assimilação da concretude que o ato de cuidar adquire a partir de suas características intrínsecas, na qual se

constata a presença tensa da relação tutelar e libertadora de um sujeito sobre o outro, de maneira comprometida e adstrita a possíveis processos de ganhos de autonomia pelo outro, que busca uma tutela outorgada do ato de cuidar (MEHRY, 2004).

Para os participantes do estudo, assim como para a maioria dos seres humanos, a dificuldade está em vislumbrar o cuidado não como trabalho ou oposto a ele, mas como complementar e essencial. Boff (2017) retratou em sua obra que o trabalho e o cuidado não se opõem, mas se compõem; eles limitam-se mutuamente e, ao mesmo tempo, se complementam e juntos constituem a integralidade da existência humana. O equívoco seria em opor uma dimensão à outra e não as ver como “modo-de-ser” do único e mesmo ser humano.

Vários pensadores contemporâneos já se certificaram que existe uma generalizada insatisfação da civilização sob o fenômeno do cuidado, do descaso, do abandono, numa expressão da falta de cuidado. Essa ausência do cuidado, nos dados empíricos deste estudo, aparece na figura dos governantes dentro dos macroespaços. Os participantes, aqui representados pelos cuidadores, enfatizam a ilegitimidade de políticas públicas inclusivas e específicas para o ser cuidado por eles, ou seja, para os homens com necessidades de saúde por se apresentarem com limitações que carecem de cuidados específicos.

Apesar do Ministério da Saúde ter implantado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), que prioriza um cuidado qualificado e humanizado, não se encontra em seus eixos, nem mesmo no Plano de Ação Nacional, objetivos que se aproximem das necessidades desse grupo de homens que precisa de cuidados em seu domicílio. Seria justa e ética a implantação de um eixo que contemplasse esses homens dentro da PNAISH, além de uma perspectiva que considerasse as particularidades definidoras da inserção social desse grupo, sem desconsiderar a dimensão ativa dos sujeitos na busca pela satisfação de suas necessidades, diminuindo o desencontro deles com as práticas sociais instauradoras de cuidado, dentro das políticas públicas de saúde, sociais e inclusivas.

Nos excertos dos discursos dos participantes do estudo, a família simbolizada pelo cuidador assume o importante papel dentro do cuidado, na busca pela inclusão dos homens em AD nas políticas públicas que resguardem os direitos humanos. É ressaltada nos discursos a dificuldade que eles enfrentam durante essa procura que garante o direito dos homens nos macroespaços.

[...] aí troca ele e alimentação dele é feita, ah eu tô fazendo artesanal porque a que é pra receber eu não tô recebendo ainda. Eu dei entrada, tudinho, mas eu não tô recebendo ainda, então eu faço em casa eh a dieta que ela passou né. [...] (Paula, 47 anos, mãe, do lar).

[...] a fisioterapia dele, porque de primeiro quando o taxi era mais barato, assim que aconteceu o acidente a gente pagava vinte e cinco de taxi pra ele ir e voltar. Hoje os

rapazes tão cobrando oitenta e não tem condições, é duas vezes por semana. Consegui a ambulância social pra ele, mas a ambulância social vive mais quebrada do que atende ele [...] e a cirurgia dele que faz cinco meses que foi marcada, desmarcaram e eu tô tentando remarcar e não consigo. Pra tirar a sonda [...] (Luciana, parda, teísta).

[...] entraram em recesso, foi muito antes do recesso, que eu agora quando voltar eu vou lá conversar, perguntar porque ele num se escreveu, porque não chamaram ele ainda. Que eu vou atrás. Eu sou muito assim de ir atrás mesmo. Onde tem chão eu tô cavando [...] eu não desisto fácil das coisas [...] (Francisca, corevisora).

[...] aí depois que ele fez essa cirurgia, ele se afastou um pouco do basquete, até pelo fato que ele ficou muito tempo como eu disse a você em coma, o médico achou melhor pra ele. A gente passou tanto tempo afastado que ele perdeu a vaga na FUNAD. Que dizer, quando eu procurei a FUNAD pra voltar, teríamos que enfrentar a fila novamente aí eu desisti [...] (Susana, escolaridade superior completo).

Os familiares lutam diariamente para auxiliar e buscar serviços e condições inclusivas para os homens cuidados por eles. Paula fala a respeito da busca pela dieta enteral. Mesmo lutando e não se acomodando à condição de substituir por dieta artesanal, que facilmente teria em seu domicílio, Luciana enfatiza a dificuldade de serviços de fisioterapia que favoreçam no futuro a inclusão de seu irmão Francisco nos macroespaços sociais, pelas conquistas em nome da diminuição de suas limitações físicas. Francisca, da mesma forma de Luciana, relata que o acesso à fonoaudiologia traria a seu esposo a possibilidade de se comunicar e se incluir nos micros e macroespaços.

A cuidadora Susana revela a procura pela inclusão via FUNAD, fundação que facilita as relações interpessoais e ganhos sociais. A saúde e a ciência têm aumentado os recursos e os cuidados para garantir o direito a uma vida com mais qualidade e permitir a inclusão social, independente do estado de saúde do indivíduo. De maneira particular, os indivíduos com necessidades especiais merecem destaque, por manifestarem maiores repercussões físicas, psíquicas e sociais (LIMA *et al.*, 2017).

Neste estudo, a família tem assumido uma valiosa personificação no atendimento às necessidades de saúde dos homens, garimpando conquistas nos micros e macroespaços, assumindo posições a favor e contrárias às ideologias dominantes, se colocando em lutas internas para a consolidação da sua função no ato do cuidar. O cuidado, em uma ótica ideológica mais contemporânea e dialética àquela que o assume como trabalho, pode ser conceituado por: o cuidado que se opõe ao descuido e ao descaso, o cuidado como algo mais que um ato, como uma atitude; o cuidado que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representando uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro; o cuidado que valoriza as atitudes e que faz da vida um “bem-viver” e das ações, um “reto agir” (BOFF, 2017).

Para que o cuidador consiga aprovar o cuidado sob a concepção acima, é necessário que todos os sujeitos dos micros e macroespaços (familiares, Estado e sociedade em geral) assumam junto a ele o ato do cuidar, por meio das relações sociais. Desde o início até o fim de sua vida, os indivíduos estreitam a comunicação com os outros homens, com a comunidade, com a sociedade à qual estão vinculados, implicando em uma determinação social e histórica desses indivíduos. Esse elo se constitui nessa vinculação porque os indivíduos são seres genéricos, produto de expressão de suas relações sociais (HELLER, 1986).

Os familiares, dentro do microespaço, precisam assumir a responsabilidade com o cuidado, a fim de garantir uma assistência às necessidades de saúde dos homens em AD com mais afinco, esplendor e eficácia. Essa responsabilidade mencionada não é aquela tida como vicária, ou seja, que prevê que uns assumam a responsabilidade do cuidado no lugar de outro, nem tampouco aquela que sobrecarrega um em detrimento de outro. A responsabilidade referida pelos participantes do estudo é a corresponsabilidade do cuidado.

A corresponsabilidade no cuidar pode acontecer de modo dialógico e dialeticamente ao longo dos ciclos de vida da família. O cuidado junto à corresponsabilização é recíproco no cotidiano, é um cuidado que não impede as pessoas de construírem sua própria identidade, mas estimula-as a se lançarem, a exercerem funções diferentes em momentos diferentes, em circunstâncias novas que exigem um movimento dialético-dialógico de cuidar e receber cuidado (BOECHAT; SOUZA MEDEIROS; MAGALHÃES, 2017).

As autoras acima referenciadas enaltecem o discurso de que ninguém pode escolher a família na qual nasce, nem as pessoas com as quais se tem que conviver, mas é possível escolher a qualidade das relações interpessoais dentro e fora do contexto familiar, exceto aquelas pessoas que, por algum motivo, privam-se ou são completamente privadas de qualquer autonomia por razões excepcionais, como é o caso dos homens participantes deste estudo de tese. Isso pode condicionar o fato de que os familiares desses homens precisam se ajudar para o cuidar e o ser cuidado, estabelecendo relações afetuosas e solidárias uns com os outros. Essa prerrogativa pode ser atestada nos discursos dos homens Lucas e Marcos, das cuidadoras Fátima, Raimunda, Francisca, Mônica e Antônia.

Na análise textual dos excertos dos discursos, identifica-se o “processo de transitividade”, denotando o significado representacional de cada ator social no contexto familiar e sua atribuição no cuidado. Esses atores estão apresentados por: mãe, pai, irmã, irmão, namorada e cuidadora formal (profissional). É interessante destacar no discurso de Antônia que a representatividade principal do cuidador está na figura do familiar que possuía a curatela legal do homem.

[...] minha mãe que me auxilia atualmente, e o resto, assim, algumas coisas minha família também, meu irmão, minha irmã, meu pai. Desde tomar água a tomar banho, tudo. Absolutamente 100% do dia. Pra mudar um canal de televisão. Tudo eu preciso de ajuda dela [...] eu não gosto de tomar água, ela me lembra. Alimentação também é tudo com ela/algumas coisas é tudo com ela [...] (Lucas, necessita de cuidado integralmente).

[...] eu tenho muito pouco tempo, porque eu chego do trabalho já é uma hora, uma e duas horas [...] a segunda cuidadora, segura o tombo junto com a mãe [...] a metade da semana ela fica e a metade da semana a mãe dela fica [...] (Fátima, parda, funcionária pública, evangélica).

[...] ela me ajuda porque eu tenho problema de coluna e a idade né. Ela me ajuda a mudar ele de um lado pra o outro, porque ele num pode ficar só [...] ele, meu filho bota ele na cadeira, aquela cadeira higiênica e leva pro banheiro, e começa a lavar a ele, depois levanta, se abraça com ele pra ele ficar em pé pra poder eu lavar pela parte mais embaixo né [...] (Raimunda, técnica em contabilidade).

[...] pronto a tarde, eu vou pra o Jornal, de manhã já fica uma pessoa, eu pago a uma pessoa. Ela chega aqui as sete e meia, porque é o horário que tô saindo para o jornal [...] (Francisca, servidora pública).

[...] meu cunhado e meu irmão me dá banho, meu pai faz meu curativo, me bota na cadeira. Eu vou lá pra baixo [...] (Marcos, pessoense, vítima de arma de fogo).

[...] a irmã, ela lê livros para ele. Tanto a namorada quando tá aqui também ajuda muito ele. Ela disse que vem amanhã e assim, é uma grande ajuda. Nossa, num tenho nem palavras né, pra dizer é uma benção de menina [...] ela vai fazer e assim, a parte da higienização, escovar do dentes dele, eu amo quando ela tá aqui porque ela tem um jeito que ela prendeu no colégio. Eu entrego ele nas mãos dela [...] (Mônica, 47 anos, mãe, do lar, divorciada).

[...] assim vai né e quando eu era sozinha aí a luta era mais né porque ele chama, precisa d'água, de instante e instante, que ele toma muita água. Ele fala Mãe me dê um cafezinho, eu ia. Mãe faça isso, eu ia. Agora não, mas é mais ela né, eu só faço mais pra alimentação e pra vim aqui quando ela num tá [...] quem cuida dele é o tutor dele, é meu genro, aí meu genro é quem cuida. Nesse negócio pra levar pra médico, pra fazer curativo. Ele é quem cuida e o meu filho é quem dá banhe [...] (Antônia, católica, do lar).

A corresponsabilização familiar para o cuidado diante de situações de cronicidade é de extrema relevância, pois o compartilhar das atribuições favorece ao cuidador tempo para cuidar de si, contribuindo para a saúde física e mental dele. Isso não traz benefícios só ao cuidador, mas ao ser cuidado, pois ele reconhecerá que mais membros familiares se importam com ele, demonstrando carinho na forma de cuidado humanizado. O usuário Lucas fala que o seu cuidado é compartilhado entre sua mãe, irmã, irmão e pai, ou seja, todos os que compõem o cerne da família. Marcos diz que o cunhado e o irmão se revezam para cuidar dele.

A cuidadora Fátima compartilha o cuidado com a mãe e a irmã do usuário. Raimunda, que é esposa, cuida do marido junto com a irmã e o irmão dele. Francisca também é esposa e, por trabalhar fora, divide o cuidado com uma cuidadora formal. Mônica é mãe e corresponsabiliza o cuidado do seu filho com a irmã e a namorada dele. E Antônia, que é mãe,

compartilha o cuidado de seu filho com a nora. São todas mulheres que, mesmo tendo a ideologia de que foram criadas com a função nata para o cuidado, dividem a responsabilidade desse cuidado com outras mulheres e homens, dentro do contexto familiar.

Compete a todos os integrantes da família a responsabilidade de compartilharem o cuidado recíproco durante todos os ciclos da vida familiar, proporcionando mutuamente a experiência de uma vida digna a todos os membros familiares. Esse compartilhar de responsabilidade permite uma flexibilidade fundamental no sistema familiar para o bom êxito das relações, observando a idade e o nível de autonomia dos membros familiares, bem como as barreiras entre as gerações desses membros (BOECHAT; SOUZA; MANHÃES, 2017).

Enfatiza-se que, apesar dessa corresponsabilização no cuidado, alguns participantes desta pesquisa declararam não terem escolhido essa função dentro do seu contexto familiar, mas pela posição ocupada, como mãe e esposa, tiveram que assumir tamanha responsabilidade, porque não se imaginariam abandonando os filhos e maridos na condição em que estavam (NO). Nesse mesmo contexto, Ribeiro *et al.* (2017) afirmam que, na maioria das vezes, os cuidadores relatam não terem escolhido esta tarefa, sendo uma consequência do surgimento da doença em algum membro da família, podendo estar relacionada à falta de outra pessoa para assumir esta responsabilidade, ao sentimento de responsabilidade devido ao amor e à dedicação que advém da relação com o familiar doente, e por pensar que um dia poderia estar na mesma situação.

Como em qualquer espaço social, existem resquícios de ações e atitudes permeadas por ideologias dominantes, históricas e culturalmente determinadas ao longo dos séculos, por grupos ou classes sociais. Ao mesmo tempo em que os dados empíricos demonstraram na análise a importância do cuidado corresponsabilizado entre os familiares, percebeu-se no discurso das cuidadoras Benedita e Marlene que essa corresponsabilização não está presente em todos os domicílios, o que acaba por acarretar uma sobrecarga para um único cuidador, que pode relacionar esse cuidado ao trabalho custoso e desvelar a preocupação sobre quem poderá assumir essa responsabilidade na falta dele. Boff (2012) afirma que é lícito preocupar-se, pois todo ser humano por si mesmo, com suas próprias forças, não consegue livrar-se da inquietação e da preocupação diante do futuro.

A ausência da corresponsabilidade nos discursos de Benedita e Marlene foi representada pelo pronome ‘ninguém’. Desta maneira, seguem as falas das cuidadoras:

[...] que eu tô ficando mai velha, tô ficando mais debilitada. Agora num posso mai não, deito no chão e não posso mai me levantar. Antes de ontem eu me deitei, domingo, eu me deitei cadê que num tinha *ninguém* pá me levantar? Foi um sufoco tão grande, me virava pá alí, me virava pa pegar nesse combogoi e nada, virava pa alí pá aquelas grade segurando nas duas grade, *assim meus braços num tá prestando mai não, porque precisa muito de mim né*, muito de mim. Vai ficando mai velha vai

ficando mai debilitada pior pra ele [...] (Benedita, clara, escolaridade fundamental incompleto).

[...] quando né eu, quando eu viajo que num tem *ninguém* pá botar ele lá. Pío é pá botar pá cama, e tirar da cama, pá cadeira, o banheiro e lavar os pano dele [...] (Marlene, analfabeta, agricultora, católica).

Benedita é uma senhora idosa, com estatura baixa, gorda, cabelos brancos e acolhedora. Ela é mãe de Ricardo, homem de 46 anos, estatura alta, forte, cabelos escuros, olhar direcionado e tom de voz alto (NO). Ele é paraplégico e precisa de sua mãe para muitos cuidados. Marlene é uma senhora idosa, estatura mediana, magra, cabelos com fios brancos e comunicativa. Ela cuida de seu filho Gabriel de 25 anos, cadeirante, magro, estatura mediana, cabelos pretos e comunicativo feito igual à mãe (NO). Ambas as cuidadoras são idosas e não compartilham o cuidado com outros membros familiares, fazendo com que elas sintam solidão para o cuidar, mantendo-as em constante preocupação com o fato de que um dia elas não consigam cuidar dos seus filhos dependentes, seja por limitação física ou pela ausência delas.

A solidão do cuidador no cuidado torna-se evidente, isso ressalta a necessidade de pensar a respeito de outros serviços de apoio ao cuidador, com diferentes arranjos sociais, bem como o valor que tem o grupo de cuidadores como espaço de intervenção e acompanhamento da saúde física e mental do cuidador (POZZOLI; CECÍLIO, 2017). Uma forma de atenuar a solidão do cuidador durante o cuidado é contemplar a família como um todo e não somente o cuidador principal, assentindo que haja colaboração e corresponsabilidade da maioria dos membros, independente de idade ou gênero, e, com isso, favorecendo os cuidados dos usuários e minimizando a sobrecarga do cuidador (DUARTE; FERNANDES; FREITAS, 2013).

Essa ausência de corresponsabilidade acompanha a reflexão da necessidade de autonomia e autocuidado na construção do “modo de andar a vida”. Mesmo que os homens em AD apresentem grandes ou definitivas limitações que os condicione a um processo de ‘alienação’ no cuidado, é importante a participação deles e que seja permissa para o outro cuidar e, com isso, atender às necessidades de saúde daqueles que são cuidados. Na análise textual dos discursos dos jovens Lucas e Gabriel e da cuidadora Natália, percebe-se a autonomia para a prática de autocuidado quando eles querem realizar, ou seja, quando for de interesse deles, demonstrando que têm poder para isso. Essa inferência é fundamentada pelas ‘afirmações com modalidade deôntica’, por meio dos conectivos verbais ‘querer’ e ‘poder’.

[...] coisas que eu gosto eu *faço* por mim mesmo, coisas que eu num gosto aí mainha me lembra [...] (Lucas, usa sonda vesical de alívio).

[...] não, eu *faço* minha comida quando eu *quero* eu *faço*, vou e *faço* [...] (Gabriel, 25 anos, solteiro, paraplégico).

[...] ai agora é o rádio, quer o raidinho, "quero me dê, quero o rádio". Ele mesmo liga e desliga [...] (Natália, escolaridade fundamental incompleto).

Os jovens participantes Lucas e Gabriel, que estão aos cuidados, respectivamente, de suas mães, Tânia e Marlene, esclarecem nos seus discursos que podem se autocuidar para atender determinadas necessidades de saúde quando os convêm. Essas necessidades estão presentes desde alimentar-se, no caso de Gabriel, até o lazer, para Lucas. Natália, cuidadora de seu filho que também é jovem como Lucas e Gabriel, relata que, mesmo ele tendo sequelas de TCE, quando quer, ele consegue se autocuidar e atender a necessidades de lazer, ao ligar e desligar o rádio.

Os verbos querer e poder remetem à intrínseca relação de dominação, autoridade e comando, característico da masculinidade hegemônica, mesmo sendo em homens que já demonstram determinadas peculiaridades contra-hegemônicas. Mas, o interessante é reconhecer que, entre essa vontade ('querer') e a supremacia ('poder'), eles começam a se autocuidar superando limitações e conseguindo colocar em prática ideologias contra-hegemônicas que, de maneira rudimentar, os coabitam.

O Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde discutem a importância dos serviços de assistência à saúde no domicílio desenvolvida por uma equipe multiprofissional e/ou cuidadores informais e que estimulem a autonomia do indivíduo doente, para que, com isso, possam reconstruir novos modelos de atenção que busquem a assistência integral e equânime. Essas instituições reconhecem a necessidade de gerenciar e prevenir adequadamente as doenças crônicas integradas aos cuidados agudos à saúde, para auxiliar as pessoas a manterem sua autonomia, investindo no autocuidado e no cuidado proporcionado pela família (BRASIL, 2014).

O autocuidado, por ser visto como a capacidade que as pessoas possuem para cuidar de si mesmas, sem precisar do auxílio de outras pessoas, realizando ações no dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições sensíveis à saúde (FERREIRA *et al.*, 2017). Alguns estudos enfatizam que os usuários da AD declaram realizar algum tipo de atividade sozinhos, como cuidar da própria ferida, participar do plano de cuidados e tomar medicações, atividades proporcionais a cada usuário com graus diferentes e crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (SILVA *et al.*, 2017).

Os usuários como o filho de Natália, assim como Lucas e Gabriel que possuem lesões no sistema nervoso periférico ou central, apresentam limitações para se autocuidarem, mas precisam ser estimulados a recuperarem, em algum grau, esta capacidade. Os pacientes acometidos por lesão medular apresentam vários déficits de cuidado e autocuidado em todas as

categorias das necessidades humanas básicas, principalmente as psicobiológicas, por envolver os cuidados mais íntimos, inclusive os vitais (LIMA *et al.*, 2017).

O reconhecimento dos homens em relação à necessidade de mudanças, argumentadas em capítulo anterior como necessidade radical, é um fato. Percebe-se também em capítulos anteriores características limitadoras para essa ação liberta e consciente dos homens, entre elas é possível citar: a ‘diferenciação’ dos homens em AD, a ignorância, o preconceito que priva as pessoas de agirem e se modificarem, o conhecimento, ou melhor, a falta dele, e o padrão de masculinidade social aceito. Tudo isso dificulta a aproximação dos homens com as práticas do cuidado e de saúde.

As barreiras do cotidiano, reveladas pelos homens para o cuidado com a saúde, são concretas. Além das que já foram citadas, acrescenta-se as políticas públicas de saúde que se encaixam em uma contradição que interfere na construção da autonomia dos homens para o autocuidado, sendo perceptível que as políticas, apenas recentemente, admitiram algumas particularidades das necessidades de saúde desse grupo social.

Compondo o grupo de homens com problemas de saúde incapacitantes que condicionam a assistência no domicílio, estão os participantes deste estudo. Sabe-se que eles se agrupam, em alguns momentos, em masculinidades que contrapõem os padrões ideológicos hegemônicos. Corroborando a essa inferência, Konder (2012) declara que, a partir da acumulação de pequenas modificações no nível singular, por meio da ação dos sujeitos na natureza, modificando-a e a si mesmo, é possível iniciar processos instauradores de superação das contradições da realidade.

Nesse sentido, mediante os dados empíricos, foi possível perceber uma tímida movimentação dos homens, devido às contradições presentes nas ideologias hegemônicas da realidade desses sujeitos, no sentido de satisfazer novas necessidades de saúde, contempladas pelas necessidades de autonomia e autocuidado na construção do “modo de andar a vida”. A autonomia significa a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida; e essa resignificação afetaria profundamente seu modo de viver e sua busca pela satisfação das necessidades de saúde (CECÍLIO, 2001). O homem individual, mesmo sendo suscetível à manipulação social, se desenvolve como indivíduo por ter sua liberdade e possibilidades de liberdade, o que lhe proporciona caminhos para desenvolver sua autonomia (HELLER, 1976).

[...] preciso de muita coisa né, de andar [...] fica aqui direto. Só saio pra ir pra fisioterapia e pro médico (Francisco, 40 anos, concluiu o ensino fundamental).

[...] a liberdade por que a gente sempre precisa de alguém pra fazer alguma coisa e eu era independente. O que eu queria fazer eu fazia e pronto, né? [...] (Leonardo, 22 anos, não concluiu o ensino fundamental).

Em relação ao autocuidado – atitude assumida com a conquista da autonomia dos homens com problemas de saúde incapacitantes, como são os participantes deste estudo – também pode estar agrupado nas necessidades radicais, por considerar que eles precisam desempenhar intensas e definitivas mudanças em suas vidas. Precisam primeiro romper paradigmas hegemônicos que contemplam a soberania, reconhecer suas imitações, admitir necessidade de ajuda e superar limites físicos, mentais e ideológicos que, no início, nem mesmo eles conseguem dimensionar.

Um estudo desenvolvido no Brasil, que tinha por objetivo avaliar a percepção sobre a saúde dos homens nas óticas masculinidades e feminilidades, demonstrou o rompimento nos padrões ideológicos que associam o homem ao trabalho e a mulher ao cuidar, sob uma perspectiva relacional de gênero. Neste estudo, ficou evidente que a mulher, ao se inserir no mercado de trabalho, modificou a dialética relação existente e persistente por séculos. Os homens relacionaram de maneira mais positiva o autocuidado com sua saúde, mesmo as mulheres avaliando que eles têm muito ainda o que melhorar (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017).

Esse mesmo estudo, apontado acima, numa perspectiva de autoavaliação dos homens, demonstrou uma associação significativa entre o cuidado, e conseqüentemente o autocuidado, com a escolaridade (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017). Quanto maior a escolaridade, mais chances para o cuidado. É preciso lembrar que a escolaridade da maior parte dos homens deste estudo era mínima (Quadro 11, em *Escolaridade*), mesmo assim verifica-se que eles assentiram a necessidade de se cuidar, adquirindo autonomia para isso. Nessa égide, entende-se por autocuidado um tipo de função reguladora que permite as pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Destaca-se que as ações de autocuidado são aquelas que o indivíduo realiza de maneira deliberada em proveito próprio com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar; e que os membros da família são essenciais nessas ações, baseado na reflexão de que eles favorecem a modificações nas atitudes e comportamentos, produzindo um saber coletivo capaz de fomentar no indivíduo sua autonomia e emancipação para cuidar de si (AZEVEDO; DUQUE, 2016). Veja no discurso abaixo que a cuidadora Sandra reconhece que o seu esposo Luiz precisa se esforçar, ganhar autonomia para se autocuidar. Ela foi precisa ao demonstrar como faz para que ele admita que é capaz, sendo estimulado diariamente para se movimentar e conseguir se locomover (NO).

[...] a termo de que eu vejo às vezes é a dificuldade dele tá saindo de canto pra o outro, ele tá se arrastando nessa cadeira, que até batizei o andajar dele, mais aí também eu vejo que ele tem que se esforçar um pouco, num ficar tão parado né, ele tem que fazer algum movimento para poder ele num ficar tão dependente né [...] (Sandra, casada, encostada pelo INSS).

A autonomia não deve ser estimulada apenas nos usuários, mas nas cuidadoras como Sandra, que se mostrou limitada para alguns cuidados ofertados ao seu esposo e para o cuidado consigo mesma (NO). O propósito da autonomia na AD é ferido uma vez que está condicionada às variáveis socioeconômicas e à ausência de uma política de apoio mais efetiva ao cuidador que pode ser visualizada, por exemplo, em situações em que o cuidador não disponibiliza de meios de transporte adequado para o ser cuidado, tornando-o impotente frente às limitações das possibilidades de escolha para continuidade do tratamento (CARVALHO *et al.*, 2015).

Os discursos dos homens Rodrigo e Felipe exemplificam o atendimento da necessidade de autonomia e autocuidado. Entretanto, salienta-se que, em meio às falas de Rodrigo e Felipe, para que essa necessidade fosse atendida, foram necessárias mudanças estruturais para a adaptação do microespaço (domicílio), sendo indispensável o ‘poder de compra’ nessa concretude.

[...] é, tomo banho, faço minhas necessidades sossegado. A casa é adaptada já pra mim, entendeu. A casa é adaptada todinha. Eu me vou locomover, saio da cama, fico aqui, levo um vento e aonde eu tava num tinha condição [...] eu faço no banheiro, não uso fralda mais não, tenho controle [...] (Rodrigo, ex mecânico, cadeirante).

[...] agora que eu tô morando nesta casa aqui tá tudo ótimo, porque lá em baixo não tinha canto pra eu, caminhar pra eu sair pro quarto, pra eu ir na sala tomar água [...] ali eu já desço da cama só, subo pra cama só [...] (Felipe, namorando, desempregado).

Rodrigo e Felipe são cadeirantes por causa de uma lesão raquimedular por acidente de trabalho e assalto à mão armada. Eles demonstraram nos discursos que, com o tempo e apesar de suas limitações, conseguiram recuperar a autonomia e, com isso, promover seu autocuidado frente a determinadas necessidades de saúde, como o banho, a locomoção na cama e fora dela. Esses usuários expuseram em sua fala que esse reconquistar da autonomia para promoção do cuidado de si veio mediante conquistas com a adaptação do lar para o cadeirante. Esse achado remete à relevância que o ‘poder de compra’ tem diante a ‘diferenciação’ vivenciada por certos homens para o atendimento às necessidades de saúde. Os usuários paraplégicos e quadriplégicos vivenciam a falta de dispositivos auxiliares de locomoção e adaptações domésticas adequadas, como causadores da regressão ou estagnação do processo de reabilitação (LIMA *et al.*, 2017).

A adaptação do lar pode ser conseguida com a melhora do poder aquisitivo dos familiares e do próprio usuário, bem como com a adaptação e aceitação afetuosa dos familiares para com o usuário. Entretanto, o que dizer dessa adaptação para os macroespaços? Como adaptar e adequar as praças, as escolas, as feiras, a praia, as relações interpessoais entre todos os atores sociais nesses espaços? A intenção dessa adaptação e aceitação seria tornar os espaços públicos mais equânimes e favorecer a inclusão social e a melhora da qualidade de vida desses usuários e cuidadores.

A prática da inclusão social vem substituindo a prática da integração social, partindo do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de todos os seus membros, pois uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. No âmbito do SUS, tenta-se assegurar essa inclusão por meio da representação das pessoas com deficiência nos conselhos de saúde nas três esferas. Além do setor de saúde, adotam-se medidas destinadas à qualidade e ao suprimento de ajudas técnicas, como as tecnologias assistidas, de modo a estimular a autonomia e a dignidade na inclusão desses usuários (BRASIL, 2010).

Nos discursos dos usuários Carlos e Ricardo e da cuidadora Vânia, adotam-se a necessidade de autonomia e autocuidado como uma necessidade radical, pois os homens mostram que precisaram se superar, vencer as barreiras vinculadas às limitações físicas, para poder usufruir de mudanças definitivas no andar de sua vida.

[...] eu faço tudo. Só tenho dificuldade pra vestir um short, mais eu ainda tentando, eu tenho força nos braços, eu visto um short ainda. Calça fica mais difícil, camisa eu visto, eu tomo um banho só, eu faço a barba só, escovo os dentes [...] (Carlos, escolaridade fundamental incompleto).

[...] quem tira a barba sou eu, logo no início era o meu irmão. Que de início era bem complicado né. Foi o que? Vai fazer vinte anos agora em março [...] (Ricardo, pessoense, portador de LPP).

[...] atualmente ele está se cuidando só, mas há um tempo atrás, era o tempo todo era eu, tem uns oito meses. Dependente, quase dois anos e oito meses por aí [...] agora não que depois que tirou os ferro da perna ele já tá conseguindo vestir a roupa só, tudinho, ele tá sem problema [...] Hoje tá mais tranquilo, dá pra ele fazer muita coisa só [...] (Vânia, parda, católica, motorista de transporte escolar).

A superação vivenciada por Carlos, Ricardo e pelo filho de Vânia precisa ser vivenciada por todos os usuários masculinos da AD, ao superarem os dilemas pessoais, as contradições nos sentimentos, as ideologias determinantes de suas práticas. Eles precisam superar suas limitações de maneira definitiva. Dessa forma, eles conseguirão recuperar a autonomia e se autocuidarem, atendendo essa necessidade radical por uma mudança decisiva e

inalterável nas suas vidas. As necessidades radicais são precisamente humanas e estão relacionadas à autonomia, à autorrealização e à reflexão (SILVA *et al.*, 2017).

Mediante a contextualização sobre o cuidado realizada neste capítulo, admite-se que, seja qual for a realidade em que o cuidado esteja imerso, ele se torna um fenômeno ideológico para a consciência do ser humano, pois está presente nas experiências de quem cuida e de quem é cuidado, e assim molda as práticas de quem convive com o ato do cuidar. As masculinidades e as barreiras que distanciam os homens das práticas do cuidado e do autocuidado, incluídas as construídas dentro ou fora do domicílio, determinam condições que precisam ser vencidas, a fim de possibilitar que os homens desenvolvam suas necessidades radicais de saúde, entre elas o autocuidado.

O cuidado ofertado pelo cuidador, quase que na totalidade por familiares, assume uma posição frente a mudanças paradigmáticas, apresentando-se necessárias ao modo de andar a vida dos homens cuidados, e desenvolvendo o afeto e a corresponsabilidade para que isto ocorra. Todavia, para que os homens sejam reconhecidos socialmente como protagonistas do cuidado e de suas necessidades de saúde, é crucial que essa mudança se origine na singularidade de cada ser, desde as transformações que provoquem a reconstrução das masculinidades até o alcance do atendimento integral e equânime de suas necessidades de saúde.

CAPÍTULO 8

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Este estudo partiu do pressuposto de que os homens, quando em situação de vulnerabilidade, são lembrados pelas concepções sociais de dominador e inabalável e tratados perante uma visão biomédica, mecanicista, centrada na doença, nas suas limitações e incapacidades; além de considerar que a medicalização da saúde produz um olhar focado em diagnosticar ineficiências do corpo, referenciadas em sua composição anatomofisiológica, em detrimento das dimensões humanas do emocional, do subjetivo e do interativo.

Destaca-se que, apesar de partir desse pressuposto, e não obstante a essa realidade, este estudo optou por firmar seus princípios numa perspectiva integral de gênero, isto é, sob a perspectiva das masculinidades, em que o homem é visualizado como um ser singular, que adocece, que está vinculado a uma classe social, faz parte de uma geração, possui uma raça e um credo, se orienta sexualmente, não detém genuíno e equidoso poder na sociedade e, dessa forma, deve beneficiar-se de serviços de saúde que compreendam a multidimensionalidade do ser doente e de sua família.

Este estudo também se originou do reconhecimento de que a produção científica era muito escassa no que concerne aos objetos pesquisados, à saúde masculina e à atenção domiciliar, essencialmente quando se refere ao cruzamento deles e com a finalidade de apreender as necessidades de saúde. Dessa maneira, o desenvolvimento deste estudo permeou realidades conhecidas e inexploradas ao contexto científico e sua aplicabilidade nas *práxis* social e da saúde.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou conhecer as características sociodemográficas e de saúde dos homens da cidade de João Pessoa-Paraíba que são assistidos pela atenção domiciliar e de seus cuidadores. Esses homens são adultos jovens; pardos; solteiros; evangélicos; convivem com três a treze membros familiares no seu domicílio; possuem baixo nível de escolaridade, ora determinada pela falta de interesse, ora pela impossibilidade de correlacionar os estudos com o trabalho necessário para a manutenção do lar; aposentados ou sem profissão; sobrevivendo com uma renda equivalente a um salário mínimo vigente, oriundo de seu auxílio saúde ou da aposentadoria por invalidez. Possuem muitas limitações físicas por problemas de saúde, na maioria decorrentes de causas externas como acidentes de trânsito e vítimas de violência por armas de fogo.

A maior parte desses homens em atenção domiciliar pode ser vinculada à classificação de AD2, o que equivale à média complexidade de cuidados no domicílio, com alguns relacionados à AD1 e, alguns poucos, à AD3; entretanto, muito deles, com sérias limitações. Em relação ao perfil dos cuidadores desses homens, identificou-se que são: mulheres; adultas e idosas; mães ou esposas; casadas; baixa escolaridade, mas com o nível

melhor que as dos homens cuidados por elas; pardas; cristãs; do lar; convivendo com filhos e cônjuges, e sobrevivendo financeiramente com a renda de um salário mínimo. Ao apreender essa caracterização, torna-se possível comprovar que, tanto os homens como seus cuidadores, são atores sociais com grande vulnerabilidade e que vivem numa imersão periférica de situações determinantes das suas necessidades de saúde.

Ao caracterizar esses atores sociais também se compreendeu, com este estudo, as masculinidades apresentadas por esses homens que vivenciam o cuidado à sua saúde, no domicílio. Falar na masculinidade desses homens é pluralizá-las, pois um novo *ethos* masculino foi verificado nos discursos, entendido como uma masculinidade subordinada, marcada por novos paradigmas norteados por ideologias ainda hegemônicas, mas consolidado numa masculinidade não hegemônica ou contra-hegemônica.

O *ethos* masculino desses homens cuidados no domicílio é marcado pela: condição de diferenciação que eles vivem; ideologias hegemônicas existentes, mas sentidas e vividas em circunstâncias específicas que favorecem a mudanças histórico, sócias e culturais; lutas ideológicas internas de cada homem em vislumbrar novos conceitos, entretanto, enraizados em conceitos distintos daqueles considerados dominantes; e da naturalização de características passadas em um dado contexto e espaço, porém experimentadas como novas. Esse novo *ethos* masculino, compreendido neste estudo, permitiu conhecer as necessidades de saúde desses homens assistidos pela atenção domiciliar.

As necessidades de saúde dos atores sociais masculinos, à luz discursiva deles e de seus cuidadores, foram concebidas por: aquelas que persistiram no modelo biologista hegemônico, a exemplo da locomoção, interpretada como sinônimo de liberdade; da alimentação; do higienizar e do vestir; e da sexualidade tida como sexo, necessidade valorosa dos homens hegemônicos. Todavia, esse *ethos* é definido por características diferenciadas das hegemônicas, o que levou ao advento de necessidades contra-hegemônicas, reconhecidas como a gregária, o conhecimento, o cuidador, os laços afetivos, a religiosidade, o acesso aos serviços de saúde, os insumos à saúde, a socialização, a acessibilidade e a inclusão.

O andamento deste estudo também propiciou a investigação das práticas de cuidado prestadas aos homens na atenção domiciliar. Essas práticas foram investigadas sob os olhos da pesquisadora durante a observação e pela voz ativa dos protagonistas desse cuidado, aqui imaginados pelos cuidadores e pelos próprios homens, no reconquistar de sua autonomia para cuidar de si. Os cuidados ofertados e realizados a esses homens foram representados e reproduzidos como feminino, maternal, cuidado pelos profissionais, fragmentado, com transferência e responsabilidade para outrem, cuidado enquanto reprodução de técnicas e

trabalho, cuidado como responsabilidade e envolvimento afetivo, corresponsável e o autocuidado.

Diante dos resultados obtidos com este estudo, conclui-se que a tese inicialmente produzida foi confirmada, ou seja, a construção social das masculinidades firmada nas ideologias hegemônicas ocasiona obstáculos para o reconhecimento das necessidades de saúde do homem cuidado no domicílio, limitando-os ao reconhecimento daquelas tidas como biologistas, mas, ao reconhecer as singularidades das masculinidades contra-hegemônicas ou subordinadas desses homens, as suas necessidades são igualmente individualizadas e isso contribui no atendimento delas durante uma assistência mais integral e equânime.

Ressalta-se que é possível – mediante a construção das subjetividades que se contrapõem às ideologias hegemônicas e ao paradigma biomédico, bem como as que reconheçam os homens enquanto protagonistas de suas necessidades e do cuidado para atendê-las – que os homens tornem-se atores sociais com deveres e direitos, colocando-os em posição de cidadãos que merecem, inigualavelmente, ter suas necessidades de saúde atendidas, sendo amparados nas ideologias formadoras de seu *ethos* masculino. Só se chegará à verdade da hermenêutica das necessidades de saúde quando as mesmas forem consideradas singulares e individuais, assim como os atores que as vivenciam.

Este estudo, desenvolvido no microespaço social do domicílio de cada homem, assistido pelo serviço de atenção domiciliar no município de João Pessoa, revelou experiências suscitadas pelo encontro entre familiares e usuários masculinos. Essa união, sob os olhos da pesquisadora, buscou analisar, de maneira tridimensional, por intermédio da ACD, os discursos apreendidos nas falas dos homens e seus cuidadores e da observação desse cenário na prática social; e, com isso, poderá permitir a transferibilidade dessas análises para outros contextos, sempre respeitando as características do cenário e da população.

Cabe salientar que o uso do referencial teórico das Necessidades, de Agnes Heller, e das Necessidades de Saúde, de Matsumoto, favoreceu a compreensão amplificada dos dados empíricos no contexto socio-histórico e cultural experienciado, conduzindo as conjecturas para além da prática exposta, mas para a realidade dialética vivenciada pelos homens e seus cuidadores, perante as necessidades de saúde e o cuidado na atenção domiciliar.

Acredita-se que este estudo poderá: contribuir com a construção teórica e a efetivação prática da PNAISH e das diretrizes da atenção domiciliar, que na conjuntura político-social atual tem vivenciado uma estagnação para a implementação de suas ações; favorecer a instrumentalização de protocolos para uma assistência mais universal, equânime e integral; subsidiar o desenvolvimento de programas de capacitação e de qualificação de profissionais na

área da saúde; incluir na formação de acadêmicos competências direcionadas a esta temática; auxiliar na oferta de uma assistência domiciliar oportuna ao atendimento das necessidades de saúde masculinas e, assim, melhorar as condições de vida desses homens.

Com relação à prática profissional da enfermagem, se espera que este estudo possa trazer benfeitorias à produção de cuidados diferenciados ao homem em assistência domiciliar, diante do reconhecimento particular das necessidades de saúde desse usuário, e estabelecer propostas assistências intermediadas pelo perfil histórico, cultural, social e econômico desse homem.

A abordagem crítica utilizada nos discursos dos homens e usuários mergulhados na vida social, considerando os impedimentos estruturais das diversas práticas cotidianas que esses atores estão envolvidos, bem como valorizando a capacidade que cada ser tem de refletir, agir ou mesmo resistir, levaram ao entendimento de que os atores, participantes deste estudo, denunciaram as relações de poder e de gênero envolvidas entre cuidadores e seres cuidados, na identificação e no atendimento das necessidades de saúde, em que é possível reconhecer momentos de opressão, exclusão, inclusão e transformação nas ações cuidadoras.

Sendo assim, recomenda-se a produção de novas pesquisas que: analisem as ideologias que estão determinando o novo *ethos* masculino, tido como contra-hegemônico, neste cenário e em outros; e que contribuam para o entendimento dessas necessidades de saúde e do cuidado ofertado para o atendimento delas na visão dos profissionais da atenção domiciliar. Também se enfatiza a importância de estudos futuros sobre esses objetos, mas com outras abordagens metodológicas, a fim de subsidiar a prática dos cuidadores e profissionais.

REFERÊNCIAS

.....

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. da. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 337-344, mar./abr., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00337.pdf>. Acesso em: 25. abr. 2016.

ALMAAWIY, U. *et al.* Are family physician visits and continuity of care associated with acute care use at end-of-life? A population-based cohort study of homecare cancer patients. **Palliative Medicine**, v 28, n 2, p. 176-183, 2015. Disponível em: <<http://pmj.sagepub.com/content/early/2013/06/18/0269216313493125.full.pdf+html>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

ALVES, A. M. Pensar o gênero: diálogos com o Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 132, p. 268-286, maio/ago., 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n132/0101-6628-ssoc-132-0268.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

ALVES, F. K.; SCHIMANSKI, E. Saúde do homem e masculinidades em espaços de pobreza. **Revista Magistro**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 151-169, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/3095-7987-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

ANDRADE, L. Papel do serviço social. In: YAMAGUCHI, A. M., *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 76-79.

ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em saúde. **Interface**. Botucatu, v. 22, n. 64, p. 67-76, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160643.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

ANTUNES, N. A.; VIDEIRA, R. A. A relação entre o investimento em educação e o crescimento econômico: uma análise do Brasil, China e Índia. **Anais 5º SEMIC – Seminário de Iniciação Científica ESPM**. ISSN 2358-2138. São Paulo, 27 de Outubro de 2016. Disponível em: <http://www2.espm.br/sites/default/files/pagina/artigo_5osemic_natalia_almeida_antunes_ais.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

ARAÚJO, L.F.S. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v. 15, n.3, p. 53-61, jul./set., 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6326/4660>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

ARENHARDT, D. L. *et al.* Acessibilidade Digital: Uma Análise em Portais de Instituições Federais de Educação do Brasil. **Arquivos Analíticos de Políticas Educativas**. Estados Unidos, v. 25, n. 33, p. 1-24, abr., 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2750/275050047026.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

ARRUDA, L. M.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando: introdução a filosofia**. In: A liberdade, São Paulo: Moderna, 2015, p. 316-322.

ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Reflexões sobre o cuidado ao homem adulto doente no âmbito familiar: uma perspectiva de gênero. **Rev. Enferm UFSM**. Santa Maria, v. 6, n. 2, p.

298-306, jan./mar., 2016. Disponível em:

<<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19344/pdf>>. Acesso em: 25. abr. 2016.

AZEVEDO, A. R.; DUQUE, C. C. D. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 3, n. 19, p. 403-411, jul./set., 2016. Disponível em:

<<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2538/1017>>. Acesso em: 01 out. 2017.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-52, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 20. maio. 2016.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1 ed., Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009.

BACCHIERIL, G.; BARROS, A. J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2981>>. Acesso em: 14. abr. 2016.

BARRA, S. A. R. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 13, n. 2, Jan./Jun., p. 119-142, 2011. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8828/9122>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

BARROS, F. G. Saúde e paternidade. **Tribuna Independente**, Maceió, 18 ago. 2016, edição nº 2712, p. 6. Disponível em: <<https://issuu.com/tribunahoje/docs/ed120816-nova/6>>. Acesso em: 20 jun.2016.

BASTOS, G. A. N. *et al.* Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 475-484. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2332.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BENAZZI, A. S. T.; LIMA, A. B. S.; SOUSA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **R. Pol. Públ**, São Luís, V. 15, n. 2, p. 327- 333, 2011.

Disponível em:

<<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/849>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

BEZERRA, S. M. G. *et al.* Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**. Maranhão, v. 6, n. 3, p. 105-114, jul./ago./set., 2013. Disponível

em:<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95/pdf_38>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BOECHAT, I. T.; SOUZA, C. H. M.; MANHÃES, F. C. Um dia é do cuidado; outro, do cuidador: a dialética e a dialógica no cuidar ao longo dos ciclos de vida familiar.

LINKSCIENCEPLACE. Campos dos Goytacazes, v. 4, n. 1, p. 45-56, jan./mar, 2017.

Disponível em:

<<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/304/173>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

BOFF, L. **Solar cuidar: ética do humano- Compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2017.

BONFIM, E. O. *et al.* Úlceras por pressão em pacientes com lesão medular traumática: subsídios na identificação microbiológica. **J. res. fundam. care. online**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 747-758, abr./jun., 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750622029.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Portaria nº 2.416 de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. 1998. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dae/Port2416.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Portaria nº 1.531 de 04 de setembro de 2001**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1531_04_09_2001.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Portaria SAS/MS nº 249 de 16 de abril de 2002**. Institui a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. 2002a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_249.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. 2002b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Resolução RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Portaria nº 2529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html>. Acesso em: 20 maio. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: MS. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2016.

_____. **Portaria nº 370 de 4 de julho de 2008**. Institui no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares. 2008b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0370_04_07_2008.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Ação Nacional (2009-2011)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/politica_atencao_integral_saude_homem.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

_____. **Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.htm>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo do Melhor em Casa**. 2011c. 32p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 1. Brasília/DF, abr., 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_voll.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil**. 1ª ed.,

Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/13/Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 20 abr.2016.

_____. **Resolução nº466/2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

_____. **Portaria nº 1.208 de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOSO Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em: 22 fev. 2016.

_____. **Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção domiciliar**, Brasília- DF: Ministério da Saúde, v. 2, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2016.

_____. **Portaria nº 1.505 de 24 de julho de 2013**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). 2013d. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505_24_07_2013.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. **Portaria nº 1.814 de 26 de agosto de 2013**. Acrescenta o § 4º ao art. 11 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para dispor sobre a transferência direta de recursos federais referentes ao incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) aos Fundos Estaduais de Saúde. 2013e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1814_26_08_2013.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Viver sem limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. 4 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013f, 92 p. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_i_magens-filefield-description%5D_0.pdf>. Acesso em: 05 jan.2018.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. n. 9, Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 184 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. **Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/PORTARIA-825.pdf>>. Acesso em: 02. ago. 2016.

BRAZ, M. Construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a10v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2016.

BRILHANTE, A. V. M. *et al.* Construção do estereótipo do “macho nordestino” nas letras de forró no Nordeste brasileiro. **Interface**. Botucatu, v. 22, n. 64, p. 13-28, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160286.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRITO, M. J. M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400603&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: Acesso em: 22 fev. 2016.

BRITO, L. T. de; FREITAS, J. G. O. de; SANTOS, M. P. dos. Não, isso não é coisa para homem. Masculinidades e os processos de inclusão/exclusão em uma escola da Baixada Fluminense-RJ. **Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero**. Ponta Grossa, v. 5, n. 2, p. 114-125, ago./dez., 2014. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rlagg/article/view/6137/pdf_127>. Acesso em: 02 jun. 2016.

BRONDANI, C. M. *et al.* Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 3, nn. Esp, p. 689-699, 2014. Disponível em: <<file:///D:/Meus%20arquivos/Downloads/11063-57205-1-PB.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Conexões entre homens e saúde: discutindo algumas arranhaduras da masculinidade. **Athenea digital: revista de pensamento y investigación social**. Barcelona, v. 13, n. 2, p. 259-266, jul., 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/117435/000965476.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CAMPOLINA, A. G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idoso: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229. Disponível em:<http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/5966/art_CAMPOLINA_A_transicao_de_saude_e_as_mudancas_na_2013.PDF?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 ago.2016.

CARNEIRO, R. F. *et al.* Bebida e direção: um olhar de homens vítimas de acidentes de trânsito. **SANARE**, Sobral, v. 14, n. 2, p. 123-129, jul./dez., 2015. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/836/507>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 659-

678, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

CARVALHO, L. C. de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CARVALHO, M. P. O conceito de gênero: uma leitura com base nos trabalhos do GT Sociologia da Educação da ANAPEd (1999-2009). **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 46, p. 99-117, jan./abr., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n46/v16n46a06.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

CARVALHO, D. P. *et al.* Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 450-458, abr./jun., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00450.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

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

CAVALCANTI, J. R. D. da. *et al.* Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0628.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

CARVALHO, D. P. *et al.* Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 450-458, abr./jun., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00450.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

CARVALHO, M. P. O conceito de gênero: uma leitura com bases nos trabalhos no GT Sociologia da Educação da ANPED (1999-2009). **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 46, p. 99-117, jan./abr., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n46/v16n46a06.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

CECÍLIO, L. C. de O; MATSUMOTO, N. F. **Uma Taxonomia Operacional de Necessidades de Saúde**. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 112p.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O. Cuidar é, sempre, um ato político. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**. Petrópolis, v. 1, n.1, p. 76-79, mai./out., 2016. Disponível em: <http://www.fmpfase.edu.br/Intervozes/Content/pdf/Edicao/INTERVOZES_01_VOL_01.pdf#page=77>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CECILIO, L. C. de O.; LACAZ, F. A. de C. **O trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012, 74 p.

CFM. **Resolução CFM nº 1.668/2003**. D.O.U. 03 junho 2003, Seção I, pg. 84. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1668_2003.htm>. Acesso em: 02 ago.2016.

CFN. **Resolução CFN nº 380/2005**. Brasília, 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>>. Acesso em: 02 ago.2016.

CHAGAS, M. S.; ABRAHÃO, A. L. Produção de cuidado em saúde centrado no trabalho vivo: existência de vida no território da morte. **Interface**. Botucatu, v. 21, n. 63, p. 857-867, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160262.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

CHAVES, M. M. N. **Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias**. 2010. 273 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

COFEN. **Resolução COFEN nº 267/2001**. Rio de Janeiro, 05 de outubro de 2001. Aprova atividades de Enfermagem em Domicilio Home Care. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2672001_4304.html>. Acesso em: 02ago.2016.

_____. **Resolução COFEN nº 270/2002**. Foz de Iguaçu, 18 de abril de 2002. Aprova a Regulamentação das empresas que prestam Serviço de Enfermagem Domiciliar- *HOME CARE*. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2702002_4307.html>. Acesso em: 02 ago.2016.

_____. **Resolução COFEN – 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

_____. **Resolução COFEN nº 0464/2014**. Brasília, 20 de outubro de 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html>. Acesso em: 02 ago.2016.

COMBINATO, D. S; MARTIN, S. T. F. Necessidades da vida na morte. **Interface**. Botucatu, v. 21, n. 63, p. 869-880, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160649.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

CONNELL, R. W. Políticas da Masculinidades. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 184-205, jul./dez., 1995. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1224/connel_politicas_de_masculinidade.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. On hegemonic masculinity and violence: response to Jefferson an Hall. **TheoreticalCriminology**. EUA, v. 6, n. 1, p. 89-99, 2002. Disponível em: <<http://sci-hub.cc/10.1177/136248060200600104>>. Acesos em: 25 abr. 2016.

_____. Masculinidade corporativa e o contexto global: um estudo de caso de dinâmica conservadora de gênero. **Cadernos pagu**. São Paulo, v.40, p. 323-344, jan./jun., 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows%2010/Desktop/TESE%20APÓS%20QUALIFICAÇÃO/DEPOIS%20DA%20QUALIFICAÇÃO/DISCUSSÃO/MASCULINIDADE/MASCULINIDADE-VIDA%20E%20CONTRADIÇÃO.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **The men and the boys**. Berkeley, CA: University of California Press, 2000.

CONNELL, R. W; MESSERSCHMIDT, J. M. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282. jan./abr., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2013000100014/24650>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

CORRÊA, P. M. **Acessibilidade no ensino superior: instrumento para avaliação, satisfação dos alunos com deficiência e percepção de coordenadores de cursos**. 2014. 281 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Marília, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/106629>>. Acesso em: 05 jan.2018.

COSTA, A. A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Revista Gênero**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-20, 2005. Disponível em: <<http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/380/285>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

COUTINHO, C. P. A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. **Educação Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 1, p. 5-15, jan./abr., 2008. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/5291>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

COUTO, M. T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 14, n. 33, p.257-270, abr./jun., 2010. Disponível em:<<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1708>>. Acesso em: 20 abr.2016.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/02.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 6 ed., Rio de Janeiro: Rocco, 2003, 164p.

DANTAS FILHO, J. **Homens nordestinos em cena** - relações/tensões de masculinidades em As Velhas de Lourdes Ramalho. 26 ed., João Pessoa: Marca de Fantasia, série Veredas, 2016, p. 136.

DATASUS. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Mortalidade**, Brasília. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 25 out.2017.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Morbidade**, Brasília. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb>>. Acesso em: 25out. 2017.

DAY, C. B.; PASKULIN, L. Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico: revisão sistemática da literatura. **Revista da Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 384-390, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/7548>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

DUARTE, I. V.; FERNANDES, K. F.; FREITAS, S. C. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 73-88, jul./dez., 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n2/v16n2a06.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

ENGELS, F. **A origem da família, da prosperidade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: UnB, 2001, 316p.

_____. **Discurso e mudança social**. 1 ed., Brasília: UnB, 2008, 320p.

_____. **Discurso e mudança social**. 2 ed., Brasília: UnB, 2016, 338p.

FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F (Orgs.). **Cadernos de Saúde Coletiva Inovações na formação de sanitaristas**. 1 ed., Porto Alegre: Redeunida, 2013, 73p.

FERREIRA, J. A. de. **Comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino**: um estudo representacional. 2011. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

FERREIRA, J. A. *et al.* Efetivação da comunicação dos enfermeiros com os usuários do gênero masculino: fatores influenciadores. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v.7, n.2, p. 579-588, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3467/5415>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

FERREIRA, M. C. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 1633-1847, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/264/pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

FERREIRA, J. A.; SENA, R. R. Man's health at home: an integrative review. **International Archives of Medicine**. v. 9, n. 330, p. 1-10, 2016. Disponível: <<https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/2012/1918>>. Acesso: 25 out.2016.

FERREIRA, L. V. et al. Busca do autocuidado por idosos na rede de atenção à saúde.

Revista Contexto & Saúde. Rio Grande do Sul, v. 17, n. 32, p. 46-54, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2017.32.46-54>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** 1 ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014, 163 p.

FEUERWERKER L. C. M.; MEHRY E. E. A. contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health**, v. 24, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev PanamSaludPublica**[serial on the internet]. 2008 [cited 2013 Sep 2]; 24(3):180-7. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/viewFile/85.a2.60/10672>>. Acesso em: 04ago.2016.

FIGUEIREDO, W. S. **Masculinidades e Cuidado: diversidades e necessidades de saúde dos homens na atenção primária.** 2008. 295 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FONTES, W. D. *et al.* Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.24, n.3, p. 430-433, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 fev. 2016.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1>>. Acesso em: 20 abr.2016.

FIGUEIREDO, W. S. dos; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 935-944, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>>. Acesso em: 20 abr.2016.

FRANCO, F. A. *et al.* A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc. Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan./Mar., p. 157-162, 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, abr., 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>>. Acesso em: 05 jan.2018.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **REME.** Belo Horizonte, v. 1, n. 17, p. 225-230, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>>. Acesso em: 01 out. 2017.

- GASPODINI, I. B. *et al.* Masculinidades em diálogo: Produção de sentido a partir de marcadores sociais da diferença. **Mudanças-Psicologia da Saúde**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 17-25, jan./jun., 2017. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7101/5708>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- GATTI, B. A. Reconhecimento social e as políticas de carreira docente na educação básica. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, v. 42, n. 145, p. 88-111, jan./abr., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v42n145/07.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.200p.
- GILLANE, F. Serviço de Atenção Domiciliar. João Pessoa: 22 de fevereiro de 2016. Entrevista concedida a J.A.F
- GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010, p. 92.
- GOMES, R. (Org.). **Saúde do Homem em Debate**. In: GOMES, R. A Sexualidade Masculina em Foco. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 145-157. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows%2010/Desktop/TESE%20COM%20CORREÇÕES%20DA%20ORIENTADORA/LIVRO%20DE%20ROMEU.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. **Interface**. Botucatu, v.18, Supl 2, p. 1427-1440, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1427.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do. Produção do conhecimento sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, mai., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/03.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.
- GOMES, R. *et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v, 16, supl. 1, p. 983-992, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a30v16s1.pdf>>. Acesso em: 20jun.2016.
- GOMES, I. M. *et al.* Aspectos éticos nas redes sociais de apoio no cuidado domiciliar à luz do pensamento complexo. **Enfermagem em Foco**, v. 3, p. 110-113, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/292/154>>. Acesso em: 04 ago.2016.
- GOMES, R. *et al.* Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/08.pdf>>. Acesso em: 20jun.2016.
- GOTTARDO, B. L. F.; CARNEIRO, J. V. Q. A educação básica de qualidade como direito de todo ser humano. **Revista de Direito e Sustentabilidade**. Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 196-

214, jul./dez., 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/802-1598-2-PB.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GOULART, F. A. de. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, p. 1-91, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2016.

GRADAÍLLE, R.; CARIDE, J. A. La accesibilidad en las realidades de la vida cotidiana: la pedagogía social en la construcción del derecho a una educación inclusiva. **Archivos Analíticos de Políticas Educativas**. Estados Unidos, v. 24, n. 9, p. 1-19, sept., 2016. Disponível em: <<http://epaa.asu.edu/ojs/article/view/2458>>. Acesso em: 05 jan.2018.

GRAMSCI, A. **Hegemony (Civil Society) and separation of powers**. In: GRAMSCI, A. Selections from the prison notebooks. Londres: ElecBook, 1971.

GRAMSCI, A. **The Gramsci reads-select writings, 1916-1935**. In GRAMSCI, A. Hegemony relations of force, historical bloc. New York: New York University Press, 2000, p. 189-221.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 650-660, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/17.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

GUBA, E. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. **Educational Communication and Technology Journal**, v. 29, p. 75-92, jun., 1981. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/BF02766777>>. Acesso em: 18 fev. 2018.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies?** In: D. M. FETTERMAN (ed.), Qualitative approaches to evaluation in education: The silent scientific revolution. London: Praeger, 1988, p. 89-115.

HELLER, A. **Teoria de las necesidades em Marx**. 2 ed. Barcelona: Ediciones Península, 1986, 182 p.

HELLER, A. **The theory of need in Marx**. London: Allison & Busby, 1976.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. 4 ed., Barcelona: [sin], 1994.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

HEMMI, A. P. A.; CONCEIÇÃO, J. A. da; SANTOS, D. D. M. Representações sociais de homens sobre saúde e doença: contribuições para o cuidado. **R. enferm.Cent. O. Min**. Divinópolis, v. 5, n. 1, p. 1457-1468, jan./abr., 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/642/835>>. Acesso em: 20 jun.2016.

HINO, P. *et al.* Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1438-1445, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v46n6/22.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

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

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html>>. Acesso em: 26 out. 2017.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama João Pessoa 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>>. Acesso em: 26 out. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Estimativas – incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp>>. Acesso em: 25 out. 2017.

IZZO, H. *et al.* Papel da fisioterapia. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 43-47.

JOÃO PESSOA. Secretária Municipal de Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem-Implantação no município de João Pessoa**. João Pessoa: SMS, 2010.

_____. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. João Pessoa: SMS, out., 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Endereço eletrônico: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>.

JOVCHELOVITCH, S.; PRIEGO-HERNADEZ, J. **Sociabilidades subterrâneas: identidade, cultura e resistência em favelas do Rio de Janeiro**. Brasília: UNESCO, 2013, p. 252.

JULIÃO, G.G; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia saúde da família. **R. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2400/1743>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

KEIJZE, B. "Sé que debo parar, pero no sé cómo": abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. **Sex., Salud Soc.** Rio de Janeiro, n. 22, p. 278- 300, enero/abr., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sess/n22/1984-6487-sess-22-00278.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S dos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/11.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2016.

KONDER, L. **O que é dialética**. 23 ed., São Paulo: Brasiliense S.A., 2012.

KUHN, T. S. A estrutura das revoluções científicas. Tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2007, 260 p.

LACERDA, S. M. *et al.* Qualidade de vida de idosos atendidos em programa de assistência domiciliária. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 329-342, 2011. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a13.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

LAGANA, M. T. C. *et al.* Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosos. **Journal of Research Fundamental Care** [on line], v. 5, n. 3, p. 293-303, jul./set., 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2045/pdf_871>. Acesso em: 04 ago. 2016.

LAHAM, C. F. Papel da psicologia. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 71-75.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio e Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Penso, 2010, 344 p.

LEFEVRE, F.; LEVEFRE, A. M. C. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 15-28, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a02.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

LEVERATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263- 1274, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000401263&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 abr. 2016.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

LIMA, F. A. C. *et al.* Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino. **Interface**. Botucatu, v. 22, n. 64, p. 29-41, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160725.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

LIMA, N. B. A. *et al.* Importância da mobilidade para tetraplégicos e paraplégicos: implementação dos conhecimentos de enfermagem no cuidar multidimensional. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 289-296, jan./mar., 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.289-296>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

- MACHADO, C. P. Acontecimentos enunciativos e temporalidade: análise de um texto publicitário. **Estudos de Língua (gem)**. Vitória da Conquista, v.13, n.1, p. 199-212, jun., 2015. Disponível em: <<http://www.estudosdalinguagem.org/index.php/estudosdalinguagem/article/viewFile/454/417>>. Acesso em: 30 set. 2017.
- MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, nov., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023>. Acesso em: 22 fev. 2016.
- MADRID, S. La formación de masculinidades hegemónicas en la clase dominante: el caso de la sexualidad en los colegios privados de elite en Chile. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**. Rio de Janeiro, v. 22, p. 369-398, enero./abr., 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.17.a>>. Acesso em: 30 jan. 2018.
- MAGALHÃES, C. M. Olhares em análise de discurso crítica. In: **Caminhos teóricos-percursos das abordagens discursivas associadas à linguística sistemática funcional**. Brasília: Cepadic, 2009, p. 17-38.
- MAGALHÃES, I. **Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico**. Brasília: Thesaurus, 2000.
- MAIA, R. C. A.; FERREIRA, J. A.; MENESES, R. M. V. Acidente no trânsito: uma questão de falta de educação no exercício da cidadania. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n. 4, p. 1145- 1152, abr., 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Jocelly%20Ara%C3%BAjo/Downloads/3388-38969-1-PB.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2016.
- MANGUEIRA, G. M. S. M. C. Papel da medicina. In: YAMAGUCHI, A. M., *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 56-60.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297p.
- MARTINS, J. J. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 265-271, jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000300005&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 22 fev. 2016.
- MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 399-420, mai./ago., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00110.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- MARTELLI, D. R. B. *et al.* Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **PhysisRev Saúde Col**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 147-157, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a08.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

MATSUMOTO, N.F. **A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde.** 1999. 201p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATTOS, K. *et al.* Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. **Revista Psicologia e Saúde.** Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 1-6, jan./jun., 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v8n1/v8n1a01.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

MEIRELLES, R.; HOHL, A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. **ArqBrasEndocrinolMetab.** São Paulo, v. 53, n. 8, p. 899-900, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n8/01.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2016.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados.** São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.** In: MERHY E. E. *et al.* (Org.). Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002, p. 15-35.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão de trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver - SUS Brasil: Caderno de texto. Brasília: MS, (Série B. Textos Básicos de saúde), 2004, p. 108-137.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: **Seminário Nacional de Divulgação dos Resultados da Pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS.** Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 05 ago.2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1 ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 408p.

MINAYO, M. C. S. de; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/16.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa.** São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr., 2017. Disponível em: <<http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 22 out. 2017.

MORAES, P. A. de; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepção sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

MOTA, D.; RIBEIRO, M. B. Qualidade de vida em portadores de lesão medular com úlceras por pressão. **Enfermería Global**. Espanha, v. 42, p. 22-30, abr., 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_clinica2.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MOTTA, L. E.; SERRA, C. H. A. A ideologia em Althusser e Laclau: diálogo (im) pertinentes. **Rev. Sociol. Polit.** Curitiba, v. 22, n. 50, p. 125-147, jun., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v22n50/09.pdf>. Acesso em: 25 set.2017.

MOURA, E. C.; LIMA, A. M. P.; URDANETA, M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2597-606, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n10/09.pdf>>. Acesso em: 30abr.2016.

MOURA, E. C. de; GOMES, R.; PEREIRA, G. M. C. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 22, p. 291-300, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0291.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

NAKAMURA, A. N. Papel da fonoaudiologia. In: YAMAGUCHI, A. M., *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 48-55.

NASCIMENTO, A. R. A. do. *et al.* Masculinidades e práticas na região metropolitana de Belo Horizonte-MG1. **Saúde Soc. São Paulo**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/20.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

NASCIMENTO, A. R. A.; TRINDADE, Z. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. **Psico-USf**. Itatiba, v.16, n. 2, p. 203-213, mai./ago., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v16n2/v16n2a09.pdf>>. Acesso em: 05 abr.2016.

NEVES, R. T *et al.* Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. **PsicolHosp**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-98, 2013. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n2/v11n2a06.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais- Um debate necessário. **Revista Serviço Social & Saúde**, UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez., 2011. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634832/2751>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

OLANDA, K. K. R.; PASSOS, X. S.; DIAS, C. S. Perfil das morbidades dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. **J Health Sci Inst**. São Paulo, v. 33, n. 1, p. 83-88,

jan./mar., 2015. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/%20publicacoes/ics/edicoes/2015/01_jan-mar/V33_n1_2015_p83a88.pdf>. Acesso em: 05 jan.2018.

OLIVEIRA, M. A. de C.; SILVA, T. M. R. da. Avaliação de necessidades em saúde: um requisito para qualificar a atenção à saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 2, Mar/Abr, p. 103, 2012. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0034-71672012000200001>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 591-599, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71424779014.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com Demência de Alzheimer. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/13.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

OMEDILHA, R. S.; CAPPELARO, A. M. S. O papel do farmacêutico na atenção domiciliar. **Rev. Pesq. Inov. Farm**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 31-37, 2013. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/RPInF/article/view/39/33>>. Acesso em: 05 ago.2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. 1 ed. Ministério da Saúde: Brasília, p. 1-236, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2016.

ORGANIZATION, P. A.; ORGANIZATION, W. H. **Provisional Agenda**. Washington: Indexed, September-October, 1988.

PAIVA, F. F. S.; ROCHA, A. M.; CARDOSO, L. D. F. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1452- 1458, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a25.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

PALM, E. A declaration of healthy dependence: the case of home care. **Health Care Anal**, v. 22, p. 385-404, 2014. Disponível em: <<http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:585049/FULLTEXT01.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

PEREIRA, S. L. **Necessidade de saúde de homens usuários de uma unidade básica de saúde em Belo Horizonte**. 2013. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

PINTO, E. A. *et al.* Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado no domicílio. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 194-197, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/383/174>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 521-530, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a25v17n2.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

PIOSIADLO, L. C. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 728-733, out./dez., 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0728.pdf>>. Acesso em: 05 abr.2016.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00648.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

PIRES, M. R. G. M.; FONSECA, R. M. G. S.; PADILHA, B. A politicidade do cuidado na crítica aos estereótipos de gênero. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 6, p. 1223-1230, nov./dez., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1223.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa – Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010, 292p.

POZZATI, R. *et al.* O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 540-550, out./dez., 2013. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a20.pdf>>. Acesso em: 05 abr.2016.

POZZOLI, S. M. L.; CECÍLIO, L. C. O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1116-1129, out./dez., 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1116.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PRADO, E. F. G. B. Papel da odontologia. In: YAMAGUCHI, A. M., *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 67-70.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. **Análise de discurso (para a) crítica: o texto como material de pesquisa**. Campinas: Pontes, 2011.

REBOUÇAS, M. *et al.* O que há de novo em ser velho. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 22, n.4, p. 1226-1235, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000400023&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 20 fev. 2016.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], supl. p. 231-242, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a24v10s0.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. C. V. S. Análise de discurso crítica, do modelo tridimensional à articulação entre práticas: implicações teórico-metodológicas.

Linguagem em (Dis)curso – LemD, Tubarão, v. 5, n. 1, p. 185-207, jul./dez., 2004.

Disponível em:

<http://www.pucsp.br/isfc/proceedings/Artigos%20pdf/53cda_resende_1069a1081.pdf>.

Acesso em: 13 jun. 2016.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. **Análise de discurso crítico**. São Paulo: Contexto, 2006, 153p.

RIBEIRO, B. F. *et al.* Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. **Rev Cuid.** Colombia, v. 8, n. 3, p. 1809-1825, 2017. Disponível em: <

<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/429/853>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

ROCHA, P. T. *et al.* A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento oncológico: percepção da pessoa com câncer. **Rev. Tendên. da Enferm. Profis.** Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 2031-2036, dez., 2016. Disponível em: < <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-8-4.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

RODRIGUES, J. F.; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, ano.1, v.1, jul./dez., 2012. Disponível em:

<<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/cadernosauadedesenvolvimento/article/view/139/74>>. Acesso em: 05 abr.2016.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAGE. Ministério da Saúde. Redes e Programas. Melhor em Casa. **Estabelecimentos e Número de Equipes habilitadas**, Brasília. 2017. Disponível em:

<<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 25out. 2017.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n3/861-870/pt>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Caracterização das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sete Lagoas e região. **Revista BIOETHIKOS- Centro Universitário São Camilo**. São Camilo-SP, v. 5, n. 1, p. 84-92, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art10.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2016.

SANTANA, V. S.; MOURA, M. C. P.; NOGUEIRA, F. F. e. Mortalidade por intoxicação ocupacional relacionada a agrotóxicos, 2000-2009, Brasil. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 3, p. 598-606, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/0034-8910-rsp-47-03-0598.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2016.

SANTOS SILVA, P. A. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery (impr)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, jul./set., p. 561-568, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

SANTOS, P. T.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 788-795, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/12.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS, M. F. **Grupos de estudo em Saúde da Família**: módulo visita domiciliar. 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde , políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2016.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, Mai., p. 961-970, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n.10, p. 2579-2588, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/04.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2016.

SCHWARZ, E. *et al.* Política de saúde do Homem. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, p. 108-116, 2012. Supl. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700015>. Acesso em: 22 fev. 2016.

SCOTT, J. W. Prefácio a gender and Politics of history. **Cadernos Pagu**. Campina, n. 3, p. 11-27; 1994. Disponível em: <<http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files//pagu03.02.pdf>>. Acesso em: 20 fev.2016.

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. 2 ed. Recife: SOS Corpo; 1995.

SCOTZ, E. N. **Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde**. In: ROCHA, C. M. F *et al.* (Orgs.) VER-SUS/Brasil: Cadernos de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 284-299p.

SEIXAS, C. T. *et al.* La integralidade desde la perspectiva del cuidado em salud: uma experiência del Sistema Único de Salud em Brasil. **SaludColectiva**, Buenos Aires/Argentina, v. 12, n. 1, p. 113-123, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/731/73144643009.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a13.pdf>> . Acesso em: 23 dez. 2017.

- SILVA, P. N. **Gênero, masculinidade e saúde do homem: a representação social do agente comunitário de saúde**. 2015. 89f. Dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva na área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, 2015a.
- SILVA, A. D. **Ser homem, ser mulher: as reflexões acerca do entendimento de gênero**. In: Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina [online, São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015b, p. 51-100. Disponível em: [SciELO Books <http://books.scielo.org>](http://books.scielo.org). Acesso em: 20 fev. 2018.
- SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2016.
- SILVA, K. L. *et al.* Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660/pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- SILVA, K. L. *et al.* O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 773-784, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76475/80208>. Acesso em: 05 jan.2018.
- SHIRI, R. Happiness, health and mortality. **The Lancet**, London, v. 388, n. 10039, p. 26-27, jul., 2016. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30895-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30895-9.pdf). Acesso em: 30 set. 2017.
- SILVA, M. E. D. C. *et al.* Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**. Teresina, 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: 22 fev. 2016.
- SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2016.
- SILVA, D. R.; PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B. A prática médica no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 35, n. 2, p. 374-386, abr./jun., 2011. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/312/pdf_121. Acesso em: 20 maio. 2016.
- SILVA, P. A. S. dos. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery (impr.)**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, jul./set., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>. Acesso em: 20 jun.2016.
- SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G. O acesso de homens a diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 17, n. 45, p. 463-471, abr./jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/18.pdf>. Acesso em: 20 fev.2016.

SILVA, J. C. S. da. *et al.* Homens envenenados como sujeitos do cuidar e dos cuidados de enfermagem. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 716-721, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0716.pdf>>. Acesso em: 20jun.2016.

SILVA, J. C. S. da; COELHO, M. J.; PINTO, C. M. I. Fatores associados aos óbitos entre homens envenenados por carbamatos (“chumbinho”). **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v. 37, n. 2, p.1-7, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n2/0102-6933-rngenf-1983-144720160254799.pdf>>. Acesso em: 20jun.2016.

SIMOMURA, F. Papel da nutrição. In: YAMAGUCHI, A. M., *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 61-66.
SOUZA, F. C. R. de; BRICOLA, S. A. P. C. de. Papel da farmácia. In: YAMAGUCHI, A. M., *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 32-42.

SOARES, J. P. F. *et al.* “O choro do capitão”: notas sobre performatividades de gênero e masculinidades no futebol profissional. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 4, p. 114Porto Alegre, v. 22, n. 4, p. 1149-1162, out./dez., 2016. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/63205/39724>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

SOUZA, M. C. *et al.* Fisioterapia, acesso e necessidades de saúde: limites e possibilidades na atenção básica. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, São Paulo, v. 5, n. 2, Ago, p. 125-133, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/499>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

SOUSA, F.G.M; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L. **Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa**. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org). **Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. 1ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito** (contribuição das ciências para a fundamentação teórico metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. 514 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TAFURI, D. M.; GONÇALVES JUNIOR, L. Educação popular e o discurso da economia política eurocêntrica. **Rev. FAEEBA- Ed. e Contemp**. Salvador, v. 24, n. 43, p. 63-74, jan./jun., 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows%2010/Downloads/1307-3213-1-SM.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2018.

TAMAI, S. A. B.; CARDOSO, E. C. A. Papel da terapia ocupacional. In: YAMAGUCHI, A. M. *et al.* (Eds). **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. São Paulo: Manole Ltda, 2010. p. 80-103.

TESTON, E. F. *et al.* A vivência de doentes crônicos e familiares frente a necessidade de cuidado, **CiencCuidSaude**. Maringá, v. 12, n. 1, Jan/Mar, p. 131-138, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21721/pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2016.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna-Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

TOKI, A.; TAMURA, R.; SUMIDA, M. Long-term ventilation for high-level tetraplegia: a report of 2 cases of noninvasive positive-pressure ventilation. **ArchPhysMedRehabil**, v 89, p. 779-783, 2008. Disponível em: <[http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(08\)00002-6/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(08)00002-6/pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2007.

TRILICO, M. L. C. *et al.* Discursos Masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 381-395, maio./ago., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n2/1981-7746-tes-sip00015.pdf>>. Acesso em: 20 jun.2016.

VIEIRA, H. F. *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente acamado em domicílio: uma revisão sistemática. **FIEP Bulletin on-line**, Espanha, v. 85, Special Edition – Article II, 2015. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/85.a2.60/1067>>. Acesso em: 10 ago.2016.

VIEIRA, V.; RESENDE, V. D. M. **Análise de discurso (para a) crítica: o texto como material de pesquisa**. 2 ed., Campinas: Pontes Editores, 2016.

VILLELA, W. V.; PEREIRA, P. P. G. Gênero, uma categoria útil (para orientar políticas)? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2585-2587, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/06.pdf>>. Acesso em: 20jun.2016.

VILLORIA, E. D.; FUENTES, S. S. Diseño universal para el aprendizaje como metodología docente para atender a la diversidad en la universidad. *Aula Abierta*. Espanha, v. 43, n. 2, p. 87-93, jul./dic., 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210277315000025>>. Acesso em: 05 jan.2018.

WAKIUCHIL, J. *et al.* Sentimentos dos filhos ao vivenciarem o adoecimento dos pais. **Rev. Eletr. Enf.** Goiana, v. 18, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/41543>>. Acesso em: 05 jan.2018.

WHO. **Defining sexual health- Report of a technical consultation on sexual health, 28-31, January, 2002, Geneve**. Geneva: who, 2006, p.1-26. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015

WHO. **World Health Statistics 2013**, Genova: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf>. Acesso em: 20jun.2016.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiana, v. 11, n. 1, p. 45-54, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a06.htm>. Acesso em: 04 ago. 2016.

APÊNDICE A
LEVANTAMENTO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

DISTRITO SANITÁRIO	EMAD	INICIAIS	IDADE (ANOS)	DIAGNÓSTICO	AD (1, 2, 3)	PRINCIPAL CUIDADOR
III	1	RVC	27	Sequela de TCE	AD2	Mãe
III	1	ARS	30	Síndrome Arnoud Chiari	AD2	Irmã
III	1	JVL	28	Lesão Medular Congênito	AD3	Mãe
III	1	ITS	51	Fratura de Fêmur	AD2	Esposa
III	1	CAS	54	AVE	AD2	Esposa
IV	2	DLDO	18	Paraplegia por arma de fogo e LPP	AD2	Mãe
IV	2	GFS	56	Paraplegia por arma de fogo e LPP	AD2	Esposa
IV	2	AC	59	Parkinson e Neuropatia	AD1	Sobrinho
IV	2	ASB	32	Paraplegia por arma de fogo e LPP	AD2	—
IV	2	PSL	22	Paraplegia por arma de fogo e LPP	AD2	Esposa
IV	2	MP	59	AVE	AD2	Enteada
IV	2	JALS	57	Câncer de Próstata	AD1	—
IV	2	GPS	25	Paraplegia por arma de fogo e LPP	AD2	Irmã

DISTRITO SANITÁRIO	EMAD	INICIAIS	IDADE (ANOS)	DIAGNÓSTICO	AD (1, 2, 3)	PRINCIPAL CUIDADOR
IV	2	GMMS	18	Paraplegia por TRM	AD3	Mãe
IV	2	GSB	33	Paraplegia por TRM	AD2	Mãe
II	3	WSM	28	Paraplegia por TRM	AD2	Esposa
II	3	JSO	53	Esquizofrenia	AD1	Irmã
II	3	LCM	40	Tetraplegia e LPP	AD2	Irmã
II	3	SN	46	Paraplegia por TRM e LPP	AD2	Mãe
II	3	JB	25	Paraplegia por TRM e LPP	AD2	Mãe
II	3	PE	48	Tetraplegia e LPP	AD2	Cuidadora Formal
II	3	DH	26	Paraplegia por TRM e LPP	AD1	Mãe
II	3	FF	23	Hidrocefalia e LPP	AD1	Mãe
III	4	EFS	54	AVE, HAS, DM	AD2	Irmã
III	4	JSS	27	Paraplegia por arma de fogo e LPP	AD1	Mãe
III	4	NSA	59	AVE e LPP	AD2	Mãe
V	5	RJSF	48	HAS, DM	AD1	—
V	5	MDL	50	Alzheimer	AD2	Esposa

DISTRITO SANITÁRIO	EMAD	INICIAIS	IDADE (ANOS)	DIAGNÓSTICO	AD (1, 2, 3)	PRINCIPAL CUIDADOR
V	5	MVO	40	Paralisia Cerebral	AD2	Pai
V	5	JMF	52	Paraplegia por Câncer Medular	AD2	Mãe
I	6	MPS	28	Paraplegia por arma de fogo e LPP	AD2	Mãe
I	6	CPN	42	Obesidade Mórbida	AD1	Esposa
I	6	GSP	34	Síndrome de Wilson	AD3	Esposa
I	6	CRSF	33	Paraplegia por acidente de trabalho	AD2	—
I	6	JEAA	26	Neoplasia Cerebral	AD2	Mãe
V	7	PHIS	22	Paraplegia por arma de fogo e LPP	AD2	Mãe
V	7	JV	52	Paraplegia e AVE	AD2	Irmã
V	7	TPR	30	Sequela fratura de Tíbia e Fíbula	AD2	Mãe
V	7	VCB	50	DM e pós operatório de amputação	AD2	Esposa

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar, João Pessoa (PB), 2017.

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA****Para: Os homens****DADOS DA ENTREVISTA:**

Data da entrevista: ____/____/____

Início: _____ Término: _____

DADOS DO ENTREVISTADO:

Iniciais: _____ DN: ____/____/____

Naturalidade: _____

Situação conjugal: () casado () em união estável () solteiro () separado () viúvo

() divorciado

Escolaridade: () Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo

() Ensino Superior Incompleto

Cor/raça: () branco () amarelo () preto () indígena () pardo

Religião: _____

Profissão/Ocupação: _____ Renda familiar: _____

Número de pessoas que residem na casa: _____ Quem são essas pessoas: _____

PERGUNTA NORTEADORA DA ENTREVISTA:

Gostaria que me falasse sobre as suas necessidades de saúde e o atendimento delas aqui no domicílio?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Para: Os cuidadores

DADOS DA ENTREVISTA:

Data da entrevista: ____/____/____

Início: _____ **Término:** _____

DADOS DO ENTREVISTADO:

Iniciais: _____ **DN:** ____/____/____

Naturalidade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino **Parentesco com o homem:** _____

Situação conjugal: () casado () em união estável () solteiro () separado () viúvo

() divorciado

Escolaridade: () Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo

() Ensino Superior Incompleto

Cor/raça: () branco () amarelo () preto () indígena () pardo

Religião: _____

Número de pessoas que residem na casa: _____ **Quem são essas pessoas:** _____

Profissão/Ocupação: _____ **Situação Empregatícia:** _____

Disponibilidade de tempo para cuidar: () menos de 6 horas () de 6 à 12 horas () 24

horas () tempo integral

PERGUNTA NORTEADORA DA ENTREVISTA:

Fale-me sobre os cuidados que são ofertados a seu (o homem cuidado) no domicílio, para que as necessidades de saúde dele sejam atendidas.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para: Os homens

Prezado Senhor,

Gostaria de convidá-lo a participar voluntariamente da pesquisa intitulada, **CUIDADO DOMICILIAR AO HOMEM NA PERSPECTIVA DO ATENDIMENTO ÀS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE**, em desenvolvimento no Curso de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Jocelly de Araújo Ferreira, orientada pela Prof^a Doutora Rita de Cássia Marques, professora dessa escola. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre esta pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetiva em linhas gerais: Analisar a assistência domiciliar ao homem na perspectiva do atendimento às suas necessidades de saúde. A pesquisa se desenvolverá em dois momentos, com a entrevista e a observação. A entrevista apresentará perguntas que analisarão às necessidades de saúde dos homens e como elas estão sendo atendidas. A observação será não participante, mas o pesquisador utilizará um diário de campo, a fim de registrar as suas impressões, e objetivará observar o que não foi verbalizado durante a entrevista, em relação às necessidades de saúde que os homens apresentam e o atendimento delas no seu cotidiano, na atenção domiciliar. Destaca-se que as respostas à entrevista serão gravadas mediante um gravador de voz digital da marca Sony, se assim for permitido, para ser o mais fiel possível a elas, estando à sua disposição de ouvi-la, se assim o desejar. As informações fornecidas na gravação não serão identificadas pelo seu nome e serão mantidas em posse da pesquisadora por 5 anos e depois destruídas.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para conhecer e conseqüentemente oferecer uma assistência domiciliar oportuna ao atendimento das necessidades da saúde masculina. Ressalta-se que durante a entrevista e a observação o senhor possa sentir-se desconfortável ou constrangido, por tratar de questões que desencadearão emoções. No entanto, o senhor poderá interromper a qualquer momento e retornar o depoimento quando se sentir melhor.

Sua colaboração é voluntária e a observação assim como a entrevista não será identificada, garantindo seu anonimato. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa e para divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, o senhor poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, ou mesmo recusar a participar da pesquisa sem nenhum ônus ou prejuízo a assistência.

Será garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, as pesquisadores, Dr^a Rita de Cássia Marques, que poderá ser encontrada na Escola de Enfermagem da UFMG no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP: 30.130-

100; e Jocelly de Araújo Ferreira, Rua Edvaldo Bezerra Cavalcante Pinho, 320, Apt. 102, Kadosh Residence, Cabo Branco, João Pessoa/PB - CEP: 58.045-270. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31.270-91. Tel: (31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Além disso, não haverá custos adicionais para sua participação considerando que o senhor será entrevistado e observado no período em que estiver sendo assistido pelo Serviço de Atenção Domiciliar, sendo cobertas por mim, todas as despesas decorrentes da pesquisa.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida ao senhor.

Consentimento: Eu, _____, fui informado dos objetivos da presente pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar dessa pesquisa como voluntário sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

João Pessoa, ____ de _____ de 20____.

Nome: _____

Assinatura: _____

Contatos: _____

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



Pesquisador Responsável: _____

(Jocelly de Araújo Ferreira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da UFMG. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com)

Pesquisador Orientador: _____

(Rita de Cássia Marques. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG. Telefone (31) 3409-9181; (31) 99984-4174, e-mail: rcmarques23@gmail.com)

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para: Os cuidadores

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada, **CUIDADO DOMICILIAR AO HOMEM NA PERSPECTIVA DO ATENDIMENTO ÀS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE**, em desenvolvimento no Curso de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Jocelly de Araújo Ferreira, orientada pela Prof^a Doutora Rita de Cássia Marques, professora dessa escola. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre esta pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetiva em linhas gerais: Analisar a assistência domiciliar ao homem na perspectiva do atendimento às suas necessidades de saúde. A pesquisa se desenvolverá em dois momentos, com a entrevista e a observação. A entrevista apresentará perguntas que analisarão às necessidades de saúde dos homens e como elas estão sendo atendidas. A observação será não participante, mas o pesquisador utilizará um diário de campo, a fim de registrar as suas impressões, e objetivará observar o que não foi verbalizado durante a entrevista, em relação às necessidades de saúde que os homens apresentam e o atendimento delas no seu cotidiano, na atenção domiciliar. Destaca-se que as respostas à entrevista serão gravadas mediante um gravador de voz digital da marca Sony, se assim for permitido, para ser o mais fiel possível a elas, estando à sua disposição de ouvi-la, se assim o desejar. As informações fornecidas na gravação não serão identificadas pelo seu nome e serão mantidas em posse da pesquisadora por 5 anos e depois destruídas.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para conhecer e conseqüentemente oferecer uma assistência domiciliar oportuna ao atendimento das necessidades da saúde masculina. Ressalta-se que durante a entrevista e a observação o (a) senhor (a) possa sentir-se desconfortável ou constrangido (a), por tratar de questões que desencadearão emoções. No entanto, o (a) senhor (a) poderá interromper a qualquer momento e retornar o depoimento quando se sentir melhor.

Sua colaboração é voluntária e a observação assim como a entrevista não será identificada, garantindo seu anonimato. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa e para divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, o (a) senhor (a) poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, ou mesmo recusar a participar da pesquisa sem nenhum ônus ou prejuízo a assistência.

Será garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, as pesquisadores, Dr^a Rita de Cássia Marques, que poderá ser encontrada na Escola de Enfermagem da UFMG no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP: 30.130-100; e Jocelly de Araújo Ferreira, Rua Edvaldo Bezerra Cavalcante Pinho, 320, Apt. 102, Kadosh Residence, Cabo Branco, João Pessoa/PB - CEP: 58.045-270. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31.270-91. Tel: (31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Além disso, não haverá custos adicionais para sua participação considerando que o (a) senhor (a) será entrevistado (a) e observado (a) no período em que estiver cadastrado (a) como cuidador (a) no Serviço de Atenção Domiciliar, sendo cobertas por mim, todas as despesas decorrentes da pesquisa.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora e a outra será fornecida ao senhor (a).

Consentimento: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar dessa pesquisa como voluntário (a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

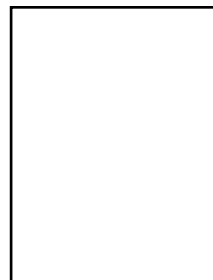
João Pessoa, ____ de _____ de 20 ____.

Nome: _____

Assinatura: _____

Contatos: _____

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



Pesquisador Responsável: _____
(Jocelly de Araújo Ferreira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da UFMG. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com)

Pesquisador Orientador: _____
(Rita de Cássia Marques. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG. Telefone (31) 3409-9181; (31) 99984-4174, e-mail: rcmarques23@gmail.com)

APÊNDICE F



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM – DINTER
UFMG/UFMG

TERMO DE COMPROMISSO DAS PESQUISADORAS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autora e orientanda da pesquisa intitulada de **“Cuidado domiciliar ao homem na perspectiva do atendimento às suas necessidades de saúde”** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que revisa e atualiza a Resolução 196/96, e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833 de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada participante incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/UFMG (Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais) 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/UFMG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Jocelly de Araújo Ferreira
Autora da Pesquisa

Rita de Cássia Marques
Orientadora

APÊNDICE G



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM – DINTER
UFMG/UFCG

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autora e orientanda da pesquisa intitulada de **“Cuidado domiciliar ao homem na perspectiva do atendimento às suas necessidades de saúde”**, assumimos cumprir com o dever de divulgar os resultados, mediante atendimento das 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.

A divulgação ocorrerá na Secretária de Saúde do Município de João Pessoa, instituição participante da pesquisa, com agendamento prévio por intermédio da pessoa de Gilanne Ferreira, Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar, bem como através do Relatório Final emitido pela pesquisadora e entregue ao Comitê de Ética do UFMG, além das publicações científicas, desde que o sigilo dos participantes seja mantido.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Jocelly de Araújo Ferreira
Autora da Pesquisa

Rita de Cássia Marques
Orientadora

ANEXOS



ANEXO A

ARTIGO DA TESE PUBLICADO EM PERIÓDICO

International
Medical Society
<http://imedicalsociety.org>

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
SECTION: PRIMARY CARE
ISSN: 1755-7682

2016

Vol. 9 No. 330
doi: 10.3823/2201

Man's Health at Home: an Integrative Review

REVIEW

Abstract

Objective: To analyze the scientific literature about home care in the context of man's health.

Methods: A integrative review carried out in August and September 2015, consisting of 39 articles indexed in the databases SciELO, MEDLINE, LILACS, and BDEFN IBECS.

Results: The results converged into three categories - home care to the man with chronic problems, granted by formal and informal caregivers; the political and economic, social and educational mismanagement for the caregiver and health care, in man's home care; improvement in health and human quality of life in home care.

Conclusion: it becomes clear that the characteristics and health problems residing in assisted men are common in Brazil and other countries in addition to the marked improvement in health and quality of life of the man who is assisted at home, compared to its hospital stay.

Jocelly de Araújo Ferreira¹,
Roseni Rosângela de Sena²

- 1** Doctoral Candidate, post graduation program in Nursing by Minas Gerais Federal University, UFMG. Docent at Campina Grande Federal University, UFCG, Campina Grande, Brazil.
2 Doctor in Nursing by São Paulo University, USP. Principal at Minas Gerais Public Health School. Belo Horizonte, Brazil.

Contact information:

Jocelly de Araújo Ferreira.

Address: Edvaldo Bezzerra Cavalcante Pinho Street, 320, Apartment 102, Cabo Branco, Paraíba, Brasil.

 jocellyaferreira@hotmail.com

Keywords

Men's Health; Home Nursing;
Homebound Persons;
Continuity of Patient Care;
Home Care Services.

Introduction

The Unified Health System (SUS) emerged in Brazil in order to create equitable conditions and quality of health opportunities for the population, from its principles of universality, comprehensiveness and equity. Through programs and policies, based on the uniqueness of each population group, the Ministry of Health (MOH), startled by the harm to men's health due to their greater vulnerability to disease, especially chronic, disabling conditions from external causes and high rates of mortality, launched in 2008 the National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH). This policy is based on the humanization, qualification and change the male perception in the care of their own health and that of their families [1].

Referring to chronic diseases and disabilities, it is the interface with the home care, which is a form of health care to substitute character or

complement to an existing one, customized by actions to promote and protect the health, treatment diseases and rehabilitation at home, which in Brazil is through the Home Care Service (SAD), represented by the Program Best at Home [2]. This assistance aims to: accelerate recovery through approaching home environment, reduce the risk of nosocomial infections, reduce costs of hospitalizations and readmissions, provide a more human environment to the user, increase turnover and free up beds, integrate professional -family user [3].

Even before the PNAISH, men are still seen as subjects who little care for their health or who take measures to prevent and control diseases, which is quickly reflected in morbidity and mortality rates of the male population, increasing costs and the need for secondary, tertiary and home assistance. This condition rushes the growth in government and social participation, which is not so contemporaneously noticed. Thus, the present study sought to investigate how men with health problems are being assisted at home by the following guiding question: how is happening to men health in terms of home care? In order to answer this question, it is aimed to review and analyze, through a systematic review, as shown home care in the men's health context.

Method

The methodological approach used in this qualitative research was the literature of integrative review of scientific literature concerning home care to men, in the period between 2005 and 2015. The literature integrative review constitutes in search of studies through a planned approach and synthetic, answering a question. It was used the methodology from an integrative review to capture advances in the production of knowledge on the subject and answer the question. This methodology provides a review that identifies, selects, evaluates and critically analyzes the productions, seizing the evidence in order to facilitate the taking of evidence-based decisions.

The integrative literature in general and in order to avoid bias, follow the following steps for your design: clear definition of the object of interest to be investigated, which is done through the elaboration of guiding question; search or sampling in the literature; the data collection; critical analysis of the included studies; the discussion of the results and the presentation of the integrative review. Also it is imperative for review, to assign a classification of the level of evidence and grade of recommendation, the final set of selected items [4, 5].

By contextualization of this type of study, this review took place in August and September 2015 and followed the following path: delimited to the object of interest through the problematical issue defined by - as is happening to human health in level of home care?; then it was selected the descriptors that best respond to study the object, the selection occurred by accessing the DeCS/MeSH websties and reading concepts on them. To develop searching strategies of scientific production, the descriptors were used, in Portuguese, English and Spanish, according to the following intersections: human health AND home care; home patients AND human health; hospital services home care AND human health; continuity of care to the patient AND human health; home care services AND human health.

Defined the criteria for inclusion and exclusion of publications to compose the scope of the study: full articles; indexed in the Scientific Electronic Library Online databases (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF) and Bibliographical Index Spanish Health Sciences (IBECS); understood in a time frame of 10 years (2005-2015), limited to male and published in Portuguese, English or Spanish.

After defining the criteria, we went to Virtual Health Library (VHL) and the Journal Portal Higher Education Personnel Improvement Coordination (CAPES), using 10 defined search strategies, all reviewed by two librarians. When performing this screening yielded 61,311 articles, as follows:

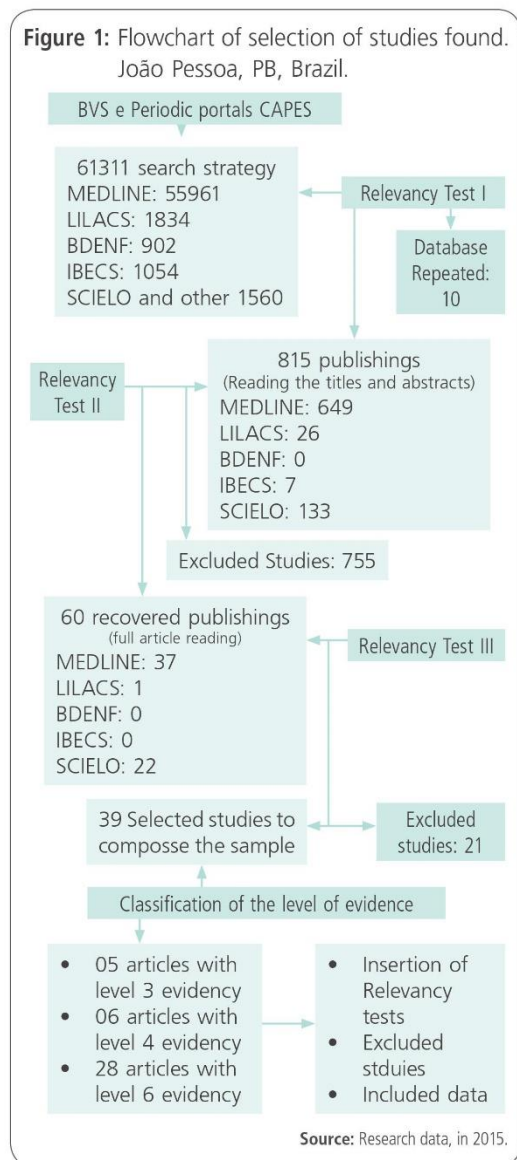
55,961 in MEDLINE, LILACS 1,834,902 in BDNF, 1054 in IBECs, 1,560 in SCIELO and other bases; of these, 48,936 in English, 2,046 in Spanish, 3,422 in Portuguese and 6,907 in other languages. Sequentially, we used the inclusion criteria, totaling 815 items, including: 649 in MEDLINE, 26 in LILACS seven in IBECs, 133 in SCIELO and none in BDNF; of these, 700 in English, 65 in Spanish and 50 in Portuguese.

From these selected items, the Repeated ones were excluded in more than one database, resulting in a quantitative production 10 duplicates. Made to read the abstracts of the articles, excluding those who did not fit the investigated object, and the outcome of 60 articles, of which 37 in MEDLINE, one in LILACS, 22 in SCIELO, none in BDNF and IBECs; of these, 33 in English, four in Spanish, 23 in Portuguese. All 60 articles were retrieved in databases and carefully read in their entirety by two researchers, an expert in systematic and integrative review methodology of literature and other specialist in the study of the object. During the examination of these articles to carefully read the full text of productions included in the review was performed.

After the careful reading of the publications, 21 articles were rejected and 39 accepted to understand the set of definitive studies in the review. These studies were numbered and organized by year, authors, language, journal, type of publication, title, objectives, methodological theoretical framework, bias (selection, performance, detection, reporting and other bias) [6, 7], synthesis and selection of quotations. In these studies, we used the PRISMA recommendations and has also applied a classification on the level of evidence, assessing the quality of articles [6]. By applying this classification, it was observed that five articles obtained level 3 of evidence six articles level 4:28 articles level 5.

All articles selected and included in this integrative review were organized in a table and described in detail. Through the convergence of the findings

from the selected publications, after careful analysis of their content, the articles were grouped into three categories, to proceed with the discussion. (Figure 1)



Results

The publications were selected and analyzed in summary in **Table 1** and characterized the order of articles, authors, year, study design, language, publishing periodic and qualis.

The analysis allowed to evidence that most publications, 28 articles, has more than three co-author-

ships and only three have single authorship. The year of the most prominent publications directed to the issue of health home man, in the last 10 years were 2010 and 2013, with the same proportion of seven articles, sequenced by 2011 with six articles. Regarding the publication language, the Portuguese deserved notoriety, with 20 articles, however,

Table 1. Characterization of the selected productions for review, according to the number, authors, year, study design, language, journal and qualis. João Pessoa, PB, Brazil, in 2015.

Nº	Authors	Year	Studies Design	Language	Periódic	Qualis
01	Toki et al.	2008	Qualitative and Case reports	English	Arch Phys Med Rehabil	B1
02	Kaffashian et al.	2011	Prospective Multicenter Cohort	English	Age and Ageing	A2
03	Teno et al.	2013	Retrospective cohort	English	Jama	C
04	Huijzen; Van Staa	2013	Qualitative	English	Scandinavian Journal of Occupational Therapy	A2
05	Ansari et al.	2009	Observational cohort, comparative	English	Chronic Respiratory Disease	B1
06	Cheng et al.	2012	Qualitative	English	Public Health Nursing	A1
07	Tamir et al.	2007	Quantitative and comparative	English	Palliative Medicine	A2
08	Ettner et al.	2008	Cohort, Multicenter	English	AIDS Care	A2
09	Clinch; Brian Le	2011	Case report and literature review	English	Palliative Medicine	A2
10	Freitas; Meneghel	2008	Case report and participant observation	Portuguese	Texto Contexto Enferm.	A2
11	Thumé et al.	2010	Transversal population base.	Portuguese	Rev Saúde Pública	A2
12	Brondani CM et al.	2013	Quantitative, transversal and descriptive	Portuguese	Rev Enferm UFSM	B3
13	Fripp et al.	2012	Quantiquantitative	Portuguese	Epidemiologia e Serviços de Saúde	B2
14	Campos; Lara Silva	2013	Descriptive and exploratory	Portuguese	Rev Min Enferm	B2
15	Neves et al.	2013	Quantiquantitative	Portuguese	Psicologia Hospitalar	B3
16	Marques; Freitas	2009	Qualitative, descriptive and evaluative	Portuguese	Rev Esc Enferm USP	B2
17	Machado; Scramin	2010	Descriptive and exploratory	Portuguese	Rev Esc Enferm USP	B2
18	Martelli et al.	2010	Descriptive and retrospective	Portuguese	Physis - Revista de Saúde Coletiva	B1
19	Parenti et al.	2005	Transversal	Portuguese	Epidemiologia e Serviços de Saúde	B2
20	Bajotto et al.	2012	Quantitative, descriptive and transversal	Portuguese	Rev HCPA	B3
21	Lacerda et al.	2011	Transversal, Analytical PADI	Portuguese	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	B2
22	Saevareid et al.	2007	Transversal	Portuguese	Aging & Mental Health	A2

Nº	Authors	Year	Studies Design	Language	Periódic	Qualis
23	Sorbye et al.	2010	Cohort	English	Journal of Multidisciplinary Healthcare	B1
24	Ruiz-Mirallesa et al.	2007	Descriptive	Spanish	Enfermería Clínica	B1
25	Chayamiti, Caliri	2010	Quantitative,descriptive, transversal	Portuguese	Acta Paul Enferm	B3
26	Duval et al.	2010	Quantitative, prospective	Portuguese	Revista Brasileira de Cancerologia	B2
27	Gaspar et al.	2007	Epidemiological, ecological, descriptive	Portuguese	Rev Esc Enferm USP	B2
28	Almaawiy et al.	2015	Cohort of population-based	English	Palliative Medicine	A2
29	Rodriguez	2013	Quantitative	English	European Journal of Public Health	A2
30	Santana; Alves	2014	Descriptive	Portuguese	Revista Eletrônica Gestão & Saúde	B4
31	Thumé et al.	2011	Cross with logistic regression	English	American Journal of Public Health	A1
32	Del Duca et al.	2011	Transversal of population-based	Portuguese	Rev Saude Publica	A2
33	Cavalcante et al.	2013	Qualitative and descriptive	Portuguese	Rev enferm UFSM	B3
34	Weinland	2009	phenomenological	English	American Journal of Men's Health	B2
35	Mullen	2009	Case Report	English	Home Healthcare Nurse	B2
36	Jagger et al.	2011	Quantitative	English	BMC Geriatr	B1
37	Cattalini et al.	2012	Descriptive, prospective and longitudinal	Portuguese	Cuidarte. Enfermagem	B5
38	Maroldi et al.	2012	Descriptive	Portuguese	Cuidarte. Enfermagem	B5
39	Rumbak et al.	2010	Quantitative, Random sampling	English	Coll. Antropol	B2

Source: Research data, in 2015.

stands out the English with the amount of 18 articles published in this matter.

The journals kept heterogeneity in the area of public health, epidemiology and hospital. It was found that between these journals there are 10 international and 14 national, highlighting the Nursing School University of São Paulo magazine with three publications, bringing good emphasis on targeted Nursing studies. It is observed that most of the journals are indexed to a large scientific impact of databases and QUALIS established between A1 and B2.

Is worth stressing that the methodological design of higher frequency between the studies were cross-sectional quantitative, averaging 10 studies,

followed by prospective cohort studies, retrospective or observational nine studies and less applicability in three articles in a quantitative methodological design.

As regards biases found in the studies that comprised this systematic review, it appears that all the articles had high or low risk of developing bias and selection, performance, and endpoint detection or diagnosis report. Note that each item had two or more risk of bias, highlighting the selection and outcome often 29 items with selection bias and 12 outcome, perhaps grounded in the absence of randomization of the study sample that supported the article.

It is imperative to point out that 10 studies understood in its development as a theoretical and/or methodological, quote: free approach thematic analysis (8), Theory founded by Stauss and Cabin [9], constructionist perspective of the study of language and production of the philosopher's way Michel Foucault [10] theoretical model associations between hypotheses [11], risk assessment for UPP by Braden Scale [12], subjective global assessment produced by the patient [13], theory of basic human needs garden tools [14], the NANDA taxonomy [15], phenomenology [16] and self-care theory of Oren [17].

The results of published studies, as well as the following discussion, were structured into categories drawn from the convergence of its content, since the proposed objectives to the important findings. Articles bring in its scope the magnitude of men health thematic and home care, passing by content ranging from formal and informal caregivers of men with health care in your home until the implication of such assistance in improving the health and quality of life of these men.

Thus, they grouped into categories homogeneous content of productions, following listed and referenced by articles that constituted: Home care man with chronic problems, granted by formal and informal caregivers. The content of the articles [3, 8-12, 14, 15, 21-23, 25-29, 30-32, 34, 39] depicts how men with cardiovascular diseases, using mechanical ventilation, respiratory problems, example of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), infectious diseases such as HIV, diseases such as depression and Alzheimer's disease, fractures and spinal cord injuries are taken care of at home.

The second category called is: the political and economic, social and educational mismanagement for the caregiver and health care, in home care to man. The content of the articles [9, 10, 16, 19, 20, 22, 24, 28, 29-31, 33-39] specifies that the social, economic and educational standards of caregivers interfere in how they provide care to men. These

articles also confirm that the political and economic condition affects the way health services are structured to meet the man at his home.

The last category was entitled by: improving health and men's life quality in home care. The content of the articles [3, 13, 17, 21, 23, 25, 27, 29, 32, 35, 36, 40-46] emphasizes improving health and quality of human life, even for those who have a disease that threatens life, when watched in your home.

Discussion

From the results presented by articles of literature review, the analyzed categories which emerged in order to synthesize the contents found in the articles, in order to answer the question that guided this review:

Men home care with chronic issues, granted by formal and informal caregivers

Predominates in recovered articles the notion that the practices directed to men in the form of home care are related to people with chronic illnesses bearers. There are a variety of chronic medical conditions that can be treated successfully in households, with some differentiation with respect to the assistance provided by formal and informal caregivers [19-22].

Chronic diseases which demand home care have been described by: cardiovascular disease, Alzheimer's, dementia, depression, schizophrenia, stroke, degenerative neuropathies, fractures, osteomyelitis, varicose ulcers, polio sequelae and cardiac arrest, as well as cancers in terminal stage users [19-23]. It denotes that these men assisted at home have on average more than five comorbidities and at least two clinical diagnoses [21].

Some of the examined articles brought in its scope the profile of men who are assisted in their homes, characterizing them by: predominant age group between 61 and 89 years old, under 30 years a minority due to congenital causes or accidents,

married or widowed, low education, low income and retired, living in suburbs, referred by the Family Health Strategy and hospitals sectors like cardiology [3, 20-27].

It was noticed, with the analyzed studies, that men in clinical conditions of high risk of destabilization require frequent care by formal caregivers - occupational therapy, nursing, physical therapy, medical and psychology - when compared to informal - children, wives and even neighbors [8, 19, 20, 27-31]. The assistance, when provided by informal caregivers, requires training, besides the particularity of the domiciles are close to the hospital services and lack of materials, equipment and supplies to care, and it is imperative to emphasize that the residences can be their own men or support, such as nursing homes and hostels, which are constant in countries like Canada and the United States of America [8, 24, 31].

The minimum care and intermediaries are the most frequent at home, quote: the nasoenteric survey (SNE), care of pressure ulcers (UPP), the aid for intestinal eliminations and intermittent bladder catheterization [12, 14, 15, 19, 24].

Studies have shown evidence that men, when taken care at home with at least one visit per week of a caregiver, such as nursing, have shown improvement in their health status, equivalent to when treated in hospitals. The positive effects of home care is not noticeable only in improving the health of men, but in the relationship and the conditions of professionals in not going to hospitals and humanization of care [9, 11, 14, 26, 29, 32]. Therefore, home care offered to men with chronic problems, either formal or informal carers, brings considerable improvements and desirable health.

The political and economic interference, social and educational for the caregiver and health care, in home care man

Informal caregivers, also called home caregivers in various articles can be family members and/or

people without specific training, who are hired for this purpose. It highlights the important role of informal caregivers, especially with regard to the spouse, who most often have low education, provides care without compensation and without the help of other family components, making the care burden, due to old age this caregiver and the cared, in which demand attention, physical and mental effort of those who watches [10, 19, 20, 22, 24, 28, 33, 34]. However, among these caregivers, and not least, there are the children, who have paid work and only providing a day off to fully engage the caregiver function [28].

Home care, as referred to formal caregivers, should appreciate the multidisciplinary character of educational strategies, care diversity, evaluation and co-responsibility with the informal caregivers [16, 19, 20, 24, 31].

The use of one or more technologies in the home is an axiom, represented by the continuous use of medication, mechanical ventilation, peritoneal dialysis, hemodialysis, SNE, indwelling urinary catheter, gastrostomy, tracheostomy, oxygen therapy, curative with surgical wounds, care UPP, stoma care, injections and environmental organization [10, 31, 33, 35].

The advent of home care has decreased the number of occupied beds and hospital costs in countries such as the UK [29, 36]. In England and Wales increase is projected at 82% between 2010 and 2030, with demand of more than 630, 000 Home Care [37]. Despite the proven rise of home care, are perceived limitations in this type of assistance, requiring improvement in the quality of their services. These limitations have micro dimensions - patient characteristics - and macro - political, social and economic - and micro less impact when compared to macro [9, 28].

Among the macro dimensions, there is a difference in access to medical services, since in countries like the United States Medicaid program has less access to those who do not have private health

insurance. In countries like Brazil and Spain, this statement becomes valid, because access to health and home services is proportional to family income, influencing the reception of formal, informal or mixed care and generating health inequities [30, 38]. Even by the macro dimensions, there is the absence of home care policy to subsidize the compensation of informal care by formal, by transferring the family responsibility to government, which for now is complementary. It is noticed that there is potential in home care program, however, the weaknesses in the care and management are higher [10, 30]. In Brazil, the SUS, through the rehabilitation hospital network of institutions, act as support for home care; however, the reference health unit only act as material suppliers, not ensuring comprehensive care to people at home. It is emphasized that, in states like São Paulo, primary care remains acting in a disjointed way, justified by the lack of a municipal policy homecare able to support the structuring of health services [38, 39]. Thus, it is assumed that in Brazil home care still needs great discussions to formulate policies that truly promote home care.

Improvement in health and Man quality of life in home care

Based on the results of three studies, it was found that discharge from hospital to home, even in home care system, promotes improved health and quality of life of men. Regardless of the diagnosis that these men have and justifying the continuity of care, this practice at home has shown a reduction in mortality and in hospital returning [27, 29, 40]. Home care can be a wish of the patient, when it reaffirms its call to die at home, they are terminal patients. When at the end-stage condition, well assisted home environment and quality of care appears to be an ideal place for the end of life [13, 23, 36, 41, 42].

Quality of life (QOL) of men and family becomes better at home than in the hospital, as there is an evident improvement in vitality, psychosocial well-

being, comfort and environmental safety, satisfaction with care received and offered, in a sense of freedom, peace and gratitude for being at home, not glimpse the suffering of others, the possibility of self-care, reducing risk factors, such as poor eating habits [3, 17, 21, 25, 32, 35, 43-46]. Thus, we highlight the attributes of home care to the male patient with chronic problems, when this care is practiced with ethics, safety, humanization and grounded in health policies.

Conclusion

This study allowed the analysis of the size of home care in the context of man health through an integrative review of scientific publications related to this thematic in Brazil and in other countries. It is emphasized that there were limitations in the development of this study, because men, in their large majority of articles were not the main object of research, being present in the characterization of the participants with women, which demonstrates the insufficient scientific approaches and specific attention to human health.

It was evident, with the articles analyzed, that home care to men is still in its infancy when it comes to perceive them in their uniqueness and considering its historical-cultural scenario. To investigate what the literature shows about this subject, it was noticed that the characteristics of the home assisted men are common, regardless of the country investigated, as well as health problems that led them to require formal or informal care at home. It was also evident that the home care involves understanding the family, domestic life and community are not isolated, but part of the educational dynamic, political and economic society as a whole.

The studies analyzed in their findings brought noticeable improvement in health and quality of life of men who are assisted at home compared to their hospital stay. Therefore reiterates the importance of studies that address the home care services

targeted to men in their individuality, and research that emphasize the practical aspects of assistance to man in his home, as studies have focused more on emotional, psychological and on users and their caregivers wellbeing.

References

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem (Princípios e diretrizes). Brasília: MS, 2008.
2. Platel ICS, Batista PSS, Costa SFG, Freire MEM, Lopes MEL, Batista JBV, et al. Therapeutic Actions Promoted to Terminal Patient: Professional Experience at Home Care Service. *Arch intern med.* 2016;9(165):1-11.
3. Martelli DRB, Silva MS da, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis Rev Saúde Col.* 2011; 21(1):147-57.
4. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1):102-6.
5. Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(4):491-8.
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e metanálises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(2):335-42.
7. Botelho F, Silva C, Cruz F. Epidemiologia explicada: vieses. *Acta Urológica.* 2010; 47(3):47-52.
8. Van Huijzen S, Van Staa A. Chronic ventilation and social participation: experiences of men with neuromuscular disorders. *Scan J Occup Ther.* 2013; 20(3):209-16.
9. Cheng JF, Huang XY, Lin MJ, Yang TC, Hsu YS. Intervening conditions of hospital: based home care for people with severe mental illness. *Pub Health.* 2012; 29(4):320-9.
10. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade básica de saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43 (4): 825-32.
11. Saeveareid HI, Thygesen E, Nygaard HA, Lindstrom TC. Does sense of coherence affect the relationship between self-rated health and health status in a sample of community-dwelling frail elderly people? *Aging Ment Health.* 2007; 11 (6):658-67.
12. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23 (1): 29-34.
13. Duval PA, Vargas BL, Fripp JC, Arrieira ICO, Lazzeri B, Destri K, et al. Caquexia em pacientes oncológicos internados em um programa de internação domiciliar interdisciplinar. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(2):207-12.
14. Santana CR. Estudo sobre os limites e possibilidades do programa de internação domiciliar em desospitalizar doentes portadores de doenças crônicas degenerativas na regional de saúde do Paranoá. *Rev Eletrôn G&S.* 2014; 5(1):37-46.
15. Cavalcante KMH, Figueirêdo Carvalho ZM, Garcia FMP. Diagnósticos de enfermagem aplicáveis a pessoas com paraplegia em fase inicial de reabilitação domiciliar. *Rev Enferm UFSM.* 2013; 3(2):238-47.
16. Weinland JA. The lived experience of informal African American Male caregivers. *Am J Men's Health.* 2009;3(1):16-24.
17. Mullen K. An older adult man who is unable to sleep: advocating self-care in home healthcare. *Home Healthcare Nur.* 2011; 29(1):22-5.
18. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
19. Freitas IBA, Meneghel SN. Artefatos de cuidado no domicílio como expressão de poder. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):358-64.
20. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Públ.* 2010; 44(6):1102-111.
21. Neves RT, Laham CF, Aranha VC, Santiago A, Ferrari S, Lucia MCS. Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicol Hosp.* 2013; 11(2):72-98.
22. Maroldi MAC, Ponte D, Roceti LC, Figueiredo RMD, Caliri JDS. Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. *CuidArte Enferm.* 2012; 6(1):24-29.
23. Clinch A, Brian L. Withdrawal of mechanical ventilation in the home: A case report and review of the literature. *Palliat Med.* 2011; 25 (4): 378-81.
24. Campos CVS, Silva KL. Cateterismo vesical intermitente realizado pelos cuidadores domiciliares em um serviço de atenção domiciliar. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(4): 753-62.
25. Parenti CF, Pereira LMR, Brandão ZS, Silvério APC. Perfil dos pacientes com AIDS acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. *Epidemiol Serv Saúde.* 2005; 14(2):91-6.
26. Bajotto AP, Witter A, Mahmud SJ, Sirena S, Goldim JR. Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. *Rev HCPA.* 2012; 32 (3): 311-17.
27. Toki A, Tamura R, Sumida M. Long-term ventilation for high-level tetraplegia: a report of 2 cases of noninvasive positive-pressure ventilation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008; 89:779-83.
28. Kaffashian S, Raina P, Oremus M, Pickard L, Adachi J, Papadimitropoulos E, et al. The burden of osteoporotic fractures beyond acute care: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Age Ageing.* 2011; 40:602-7.

29. Ansari K, Shamssain M, Farrow M, Keaney NP. Hospital-at-home care for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: an observational cohort study of patients managed in hospital or by nurse practitioners in the community. *Chron Resp Dis*. 2009; 6:69-74.
30. Ettner SL, Conover CJ, Proescholdbell RJ, Weaver MR, Ang A, Arno PS. Triply-diagnosed patients in the HIV/AIDS Treatment Adherence, Health Outcomes and Cost Study: patterns of home care use. *AIDS Care*. 2008; 20 (10):1177-89.
31. Machado WCA., Scramin AP. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in) substituíveis pais/cuidadores. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44 (1): 53-60.
32. Cattalini M, Prado SERD, Bellucci GA, Loli V, Vidal VGO, Errerías CC. Efeitos del atendimento en domicilio sobre los marcadores bioquímicos y Los parametros biofísicos de pacientes con el síndrome metabólico. *CuidArte Enfermagem*. 2012; 6(1):15-23.
33. Sorbye LW, Hamran T, Henriksen N, Norberg A. Home care patients in four Nordic capitals – predictors of nursing home admission during one-year followup. *J Multidiscip Healthcare*. 2010; 3:11-18.
34. Del Duca GF, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saude Pub*. 2011; 45 (1): 113-20.
35. Brondani CM, Ramos LH, Beuter M, Lampert MA, Seiffert MA, Bruinsma JL. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. *Rev Enferm UFSM*. 2014; 3(Esp.):689-99.
36. Tamir O, Singer Y, Shvartzman P. Taking care of terminally-ill patients at home – the economic perspective revisited. *Palliative Medicine*. 2007; 21:537-41.
37. Jagger C, Collerton JC, Davies K, Kingston A, Robinson LA, Eccles MP, et al. Capability and dependency in the Newcastle 85+ cohort study. Projections of future care needs. *BMC Geriatr*. 2011; 11:1-10.
38. Rodríguez M. Use of informal and formal care among community dwelling dependent elderly in Spain. *Eur J Public Health*. 2013; 24(4):668-73.
39. Gaspar JC, Campos Oliveira MA, Duayer MDFF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4): 619-28.
40. Almaawiy U, Pond GR, Sussman J, Brazil K, Seow H. Are family physician visits and continuity of care associated with acute care use at end-of-life? A population-based cohort study of homecare cancer patients. *Palliative Medicine*. 2015; 28 (2): 176-83.
41. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in end-of-life care for medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. 2013; 309(5): 470-7.
42. Fripp JC, Facchini LA, Silva SM. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012; 21(1): 69-78.
43. Lacerda SM, Gazzola JM, Lopes AB, Lemos NDFD, Cordeiro RC. Qualidade de vida de idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(2):329-42.
44. Ruiz-Miralles ML, Richart-Martínez M, Moreno-Pina JP, Villagrana-Rocher F, Castroverde-Agudo O, Llopis-Cartagena ML, et al. Estudio de la calidad de vida en las personas mayores confinadas en el domicilio en un barrio de Alicante. *Enferm Clin*. 2007; 17(6):287-92.
45. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, Campbell P. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *Am J Pub Health*. 2011; 101(5):868-74.
46. Rumbak I, Šatalić Z, Keser I, Panjkota Krbavčić I, Giljević Z, Zadro Z, Colić Barić I. Diet quality in elderly nursing home residents evaluated by Diet Quality Index Revised (DQI-R). *Coll Antropol*. 2010; 34(2):577-85.

Publish in International Archives of Medicine

International Archives of Medicine is an open access journal publishing articles encompassing all aspects of medical science and clinical practice. IAM is considered a megajournal with independent sections on all areas of medicine. IAM is a really international journal with authors and board members from all around the world. The journal is widely indexed and classified Q2 in category Medicine.

ANEXO B

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 07 de outubro de 2016

Processo Nº: 16.012/2016

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **“ATENÇÃO DOMICILIAR AO HOMEM NA PERSPECTIVA DO ATENDIMENTO ÀS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE”**, a ser desenvolvida pelo(a) pesquisador(a) **JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA**, sob orientação de **RITA DE CÁSSIA MARQUES** e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR**, em João Pessoa.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012 do CNS**.

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços do município, fica condicionada a apresentação a esta Gerência, a **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde
Mat. 04.299-1 SMS-IP

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO DOMICILIAR AO HOMEM NA PERSPECTIVA DO ATENDIMENTO ÀS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Pesquisador: RITA DE CASSIA MARQUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61343716.2.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.829.326

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado da área de Ciências da Saúde que pretende analisar a assistência domiciliar ao homem na perspectiva do atendimento às suas necessidades de saúde.

Segundo a proponente, a realização do estudo partirá da premissa de que os homens em situação de vulnerabilidade são evocados nas representações sociais como dominador e inabalável e tratados perante uma visão biomédica, mecanicista, centrado na doença, nas suas limitações e incapacidades. O estudo firmará seus princípios na perspectiva do homem como um ser singular, que adoece, que está vinculado a uma classe social, faz parte de uma geração, possui uma raça e um credo, é orientado sexualmente, não detém genuíno e equidoso poder na sociedade, e portanto, deve se beneficiar de serviços de saúde baseados em suas necessidades enquanto ser social.

O estudo terá uma abordagem qualitativa, que adotará como instrumento para produção do material empírico a entrevista aberta, a observação e o diário de campo. Será realizado com os homens assistidos pelo Serviço de atendimento domiciliar do município de João Pessoa-Paraíba, bem como os seus cuidadores.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.829.326

Objetivo da Pesquisa:

A proponente menciona como Objetivo Primário analisar a assistência domiciliar ao homem na perspectiva do atendimento às suas necessidades de saúde e como objetivos secundários: *Identificar as necessidades de saúde dos homens assistidos em domicílio; *Descrever como as necessidades de saúde dos homens estão sendo atendidas, na assistência em domicílio; *Caracterizar quem está atendendo as necessidades de saúde dos homens, na assistência em domicílio; *Compreender como o atendimento das necessidades de saúde dos homens assistidos em domicílio, interfere na sua qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como risco é mencionado o possível desconforto e constrangimento, por tratar de questões que desencadearão emoções aos entrevistados, porém a proponente buscará o bem estar do participante como prioridade sobre a coleta de depoimentos para a pesquisa. Cita que prezarão pelo conforto e privacidade dos entrevistados, respeitando seus sentimentos e emoções no momento da entrevista, bem como disponibilizará o tempo necessário para que cada participante possa continuar ou retomar o depoimento. Descreve benefícios individuais e coletivos, exemplificando a possibilidade de poder construir novos conhecimentos para melhor assistir os homens no domicílio e subsidiar os cuidadores informais e os profissionais de saúde, sobretudo, os enfermeiros, no atendimento a essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de Saúde Coletiva que poderá contribuir para a melhor compreensão sobre as necessidades de saúde do homem. Término previsto para junho-julho de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados à Plataforma Brasil os seguintes documentos: Folha de Rosto com assinatura da Vice-Diretoria da Escola de Enfermagem-UFMG, Formulário de Informações Básicas, Projeto Completo, Parecer consubstanciado da Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Aplicada, Anuência da Gerência de Educação na Saúde (GES) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-Paraíba, para realização do trabalho no Serviço de Atendimento Domiciliar da referida Secretaria., Roteiro de Entrevista dos cuidadores e homens participantes, TCLE direcionado aos cuidadores e ao homens participantes. Outros documentos apresentados foram Declaração das Pesquisadoras, Declaração de Divulgação de Resultados, Levantamento da População de Estudo e Cronograma Orçamentário. Foi incluída nessa versão uma Carta Resposta e uma nova versão dos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.829.326

TCLEs com alterações recomendadas na diligência anterior.

Recomendações:

Inserir campos para rubrica do participante e do pesquisador na primeira página dos TCLEs.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, o projeto ATENÇÃO DOMICILIAR AO HOMEM NA PERSPECTIVA DO ATENDIMENTO ÀS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE, de RITA DE CASSIA MARQUES poderá ser aprovado, na confiança de que a proponente irá realizar a modificação menor adicional recomendada nesse parecer.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_813416.pdf	18/11/2016 00:47:11		Aceito
Outros	PROJETO_CORRIGIDO_TCLE.pdf	18/11/2016 00:45:37	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PARECER.pdf	18/11/2016 00:42:15	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HOMENS_CORRIGIDO.pdf	18/11/2016 00:41:45	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.829.326

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CUIDADORES_CORRIGIDO.pdf	18/11/2016 00:41:33	JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CUIDADORES.pdf	21/10/2016 16:20:25	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HOMENS.pdf	21/10/2016 16:19:39	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	21/10/2016 16:13:29	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Outros	LEVANTAMENTO_POPULACAO_ESTUDO.pdf	21/10/2016 16:11:03	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DIVULGACAO_RESULTADOS.pdf	21/10/2016 16:09:53	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Outros	DECLARACAO_PESQUISADORAS.pdf	21/10/2016 16:08:04	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_HOMENS.pdf	21/10/2016 16:07:17	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_CUIDADORE S.pdf	21/10/2016 16:06:35	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	21/10/2016 16:03:49	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Orçamento	CRONOGRAMA_ORCAMENTARIO.pdf	20/10/2016 16:39:53	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATIVIDADES.pdf	20/10/2016 16:38:32	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Outros	ANUENCIA_UFMG.pdf	20/10/2016 16:37:33	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Outros	ANUENCIA_SECRETARIA.pdf	20/10/2016 16:37:09	RITA DE CASSIA MARQUES	Aceito
Outros	61343716parecer.pdf	22/11/2016 10:48:04	Eliane Cristina de Freitas Rocha	Aceito
Outros	61343716aprovacao.pdf	22/11/2016 10:49:06	Eliane Cristina de Freitas Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.829.326

BELO HORIZONTE, 22 de Novembro de 2016

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br